

a cura di
Eugenio Anessi Pessina
Elena Cantù

Rapporto OASI 2006

L'aziendalizzazione della sanità in Italia

prefazione di Elio Borgonovi
e Francesco Longo

1 Il modello di analisi, l'impostazione del rapporto e i principali risultati

di Eugenio Anessi Pessina

1.1 Obiettivi e attività dell'Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane (OASI)

Questa è la settima edizione del Rapporto OASI. Come sempre, il Capitolo 1 presenta brevemente gli obiettivi dell'Osservatorio, le sue attività, le premesse metodologiche che lo caratterizzano, per poi passare all'illustrazione specifica della struttura del Rapporto e dei principali risultati.

Il rinnovamento dei sistemi sanitari continua a essere un importante oggetto di dibattito politico e scientifico, a livello nazionale e internazionale. Continua, infatti, la ricerca di soluzioni che soddisfino finalità almeno in parte contraddittorie: efficacia e qualità, efficienza e contenimento dei costi, equità, libertà di scelta. Con l'istituzione e lo sviluppo dell'Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane (OASI), il CERGAS dell'Università Bocconi ha voluto confermarci quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in atto nella sanità italiana, prendendo spunto da due presupposti:

- che il dibattito non possa limitarsi alle «ricette», agli aspetti di principio, ai presunti punti di forza e di debolezza di alternativi modelli «ideali» o comunque di alternative formule e architetture istituzionali, ma debba estendersi all'osservazione della realtà, ai risultati effettivi e concreti che le «ricette» di volta in volta formulate o rivisitate sono in grado di produrre;
- che la responsabilità di un centro di ricerca sia di immettere nel sistema e nel dibattito politico, istituzionale e sociale dosi massicce di conoscenze per incidere sulle tre determinanti del cambiamento, sapere, volere e potere.

Al riguardo va ricordato che il sistema sanitario può essere legittimamente indagato secondo diversi approcci: clinico, giuridico, politico, sociologico, economico generale, economico aziendale ecc. Pur nel pieno rigore metodologico, ogni approccio applica al sistema sanitario i propri «schemi concettuali» e le proprie «chiavi di lettura», il che «porta ad analisi e interpretazioni della realtà che danno

rilievo a differenti elementi che la caratterizzano» (Borgonovi 1984, p. 6). Come premessa metodologica di fondo, OASI indaga il sistema sanitario secondo l'approccio economico-aziendale.

Un'analisi efficace del sistema sanitario non può però prescindere dal rapporto costante con gli operatori del settore. Con l'istituzione di OASI, pertanto, il CERGAS ha anche inteso creare un tavolo comune per sviluppare elementi critici di interpretazione e valutazione della realtà sanitaria italiana, diffondere e condividere le esperienze, permettere al mondo accademico e al mondo aziendale di essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza. Operativamente, questo si è realizzato con:

- il «Network OASI», attualmente composto da circa 400 operatori con posizioni di responsabilità nelle regioni e nelle aziende (Riquadro 1.1);
- gli incontri trimestrali del «Club degli staff di gestione delle aziende sanitarie» su temi innovativi (Riquadro 1.2);
- il sito Internet (www.oasi.cergas.info), in generale e nell'apposita area riservata al network (www.networkoasi.cergas.info);
- la sezione del Centro documentazione IPAS-CERGAS (document.cergas@unibocconi.it) specificamente dedicata al «materiale istituzionale» prodotto a livello nazionale, regionale e locale (leggi, decreti, delibere, circolari, documenti di budget ecc.);
- forme di collaborazione con soggetti istituzionali, singole aziende e loro associazioni, imprese del settore;
- iniziative di diffusione dei risultati della ricerca.

Riquadro 1.1 **Il Network OASI**

Obiettivi

Il Network è costituito da professionisti che operano nelle aziende del SSN e si propone di:

- diffondere e condividere le esperienze, sviluppando uno stretto raccordo tra l'attività di ricerca e di sperimentazione dell'università, da un lato, l'esperienza e i fabbisogni di chi svolge funzioni gestionali nelle aziende, dall'altro;
- costituire un ambito di discussione e confronto sulle innovazioni gestionali e organizzative, all'interno dell'attività di monitoraggio del processo di aziendalizzazione svolta da OASI.

Modalità di lavoro

- Raccolta strutturata dei documenti più significativi prodotti dalle regioni e dalle aziende; loro sistematizzazione e diffusione presso OASI e presso il Centro documentazione IPAS-CERGAS.
- Collaborazione con i ricercatori del CERGAS per la predisposizione di articoli da sottoporre a *Mecosan*, prevalentemente nella sezione «esperienze innovative».
- Libero accesso al Centro documentazione IPAS-CERGAS (compresa la sezione dedicata al «materiale istituzionale») e ai relativi servizi di consulenza bibliografica.

Riquadro 1.1 (segue)

- Accesso all'area riservata del sito OASI (www.networkoasi.cergas.info), con condivisione di documenti istituzionali, presentazione di esperienze aziendali innovative, partecipazione a dibattiti su temi di particolare attualità o interesse, servizio di spoglio riviste, diffusione di informazioni su opportunità di lavoro.
 - Partecipazione agli incontri del Club degli staff (cfr. Riquadro 1.2).
 - Organizzazione di convegni, presentazione di relazioni, diffusione di informazioni sui convegni stessi.
 - Testimonianze nei corsi della SDA e dell'Università Bocconi.
 - Collaborazione alla redazione dei rapporti di ricerca dell'Osservatorio, anche attraverso un supporto nel reperimento e nell'interpretazione della documentazione istituzionale prodotta dalla propria azienda o regione.
-

Riquadro 1.2 Il Club degli staff di gestione delle aziende sanitarie italiane

Obiettivi

OASI svolge la propria attività di ricerca con la collaborazione dei partecipanti al Network. Al fine di diffondere e condividere le esperienze, l'Osservatorio organizza alcuni incontri differenziati in base all'attività professionale svolta. Tra questi assumono particolare rilevanza gli incontri del Club degli staff di gestione.

Partecipanti

Professionisti che ricoprono posizioni di staff per la direzione generale nelle aziende del SSN, all'interno della possibile gamma di funzioni attribuite: programmazione e controllo, analisi e progettazione organizzativa, gestione del personale, marketing e comunicazione, sistemi informativi, strategia, assistenza alla direzione generale ecc. Le aziende possono essere pubbliche o private accreditate. I professionisti possono essere assunti come dipendenti o collaborare attraverso forme contrattuali esterne.

Modalità di lavoro

Il Club organizza incontri periodici (tipicamente trimestrali) di confronto e discussione. Relatori agli incontri sono i membri stessi del Club, ricercatori del CERGAS ed eventuali invitati esterni. A brevi relazioni molto dense e tecniche seguono ampie discussioni.

Calendario

Incontri 1998

- | | |
|--------------|--|
| 13 marzo | L'introduzione della contabilità economico-patrimoniale. |
| 12 giugno | La reingegnerizzazione di processo: esperienze a confronto. |
| 25 settembre | Progettazione e costruzione di sistemi informativi a supporto dell'alta direzione. |

Incontri 1999

- | | |
|--------------|--|
| 26 febbraio | Obiettivi e indicatori nel sistema di budget: esperienze a confronto. |
| 11 giugno | L'architettura dei CdR nell'accresciuta dimensione delle aziende: unico o doppio livello di negoziazione dei budget? |
| 24 settembre | Il ruolo del Nucleo di valutazione, del Comitato budget e del Controllo di gestione. |
-

Riquadro 1.2 (segue)

3 dicembre	Esperienze nei sistemi di incentivazione del personale e nei relativi istituti contrattuali.
<i>Incontri 2000</i>	
3 marzo	Medici di medicina generale e strumenti di programmazione e controllo.
26 maggio	Libera professione e funzione di marketing.
29 settembre	L'atto aziendale.
1° dicembre	Contratti interaziendali di fornitura con il pubblico e con il privato.
<i>Incontri 2001</i>	
2 marzo	Evoluzione dei sistemi di controllo direzionale, con specifico riferimento alle attività territoriali.
25 maggio	Politiche di gestione del personale: valutazione dei dirigenti e carriere professionali.
28 settembre	Information technology e Internet: strumenti di comunicazione, di marketing e di e-procurement.
30 novembre	Evoluzione dei sistemi di contabilità analitica: dalla contabilità per struttura alla contabilità per prestazione.
<i>Incontri 2002</i>	
15 marzo	L'organizzazione dipartimentale nelle strutture ospedaliere.
23 maggio	Appropriatezza ed economicità: modelli di programmazione e controllo a confronto (con Regione Emilia Romagna e ASL bolognesi).
6 dicembre	Forme innovative di gestione dei servizi.
<i>Incontri 2003</i>	
7 marzo	I sistemi informativi integrati (ERP).
23 maggio	Il collegamento tra i sistemi di P&C e di gestione del personale.
3 ottobre	La pianificazione strategica.
5 dicembre	Budget dei MMG e governo dell'assistenza farmaceutica.
<i>Incontri 2004</i>	
5 marzo	Quali indicatori per esprimere gli obiettivi di budget delle diverse aree assistenziali e dei diversi livelli organizzativi?
28 maggio	La riorganizzazione dei servizi amministrativi.
8 ottobre	Il finanziamento degli investimenti in sanità: il project finance.
3 dicembre	Struttura e processo del sistema di reporting per i diversi livelli aziendali.
<i>Incontri 2005</i>	
4 marzo	Il PDTA (percorso diagnostico terapeutico e assistenziale): lo strumento e la sua applicazione in azienda.
27 maggio	Il sistema dei controlli nelle aziende sanitarie: i controlli esterni e i controlli interni.
7 ottobre	I sistemi di programmazione e controllo per il territorio.
2 dicembre	Lo stato di maturità dei sistemi di contabilità analitica.
<i>Incontri 2006</i>	
3 marzo	Il governo clinico per i processi assistenziali.
26 maggio	Il bilancio sociale.
6 ottobre	I principi contabili.
1° dicembre	La retribuzione variabile nelle aziende sanitarie.

OASI realizza un monitoraggio continuo delle variabili che incidono sull'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e delle scelte organizzative e gestionali formulate dalle singole aziende sanitarie. A questo scopo si avvale di diverse strategie e strumenti di ricerca tra loro integrati (analisi documentale, studi di casi singoli e comparati, sistematizzazione e analisi quantitativa di dati, interviste e *survey* a diversi profili regionali e aziendali). Il tentativo, in particolare, è quello di combinare sistematicamente:

- indagini sull'universo delle regioni e delle aziende, o comunque su campioni significativi, tipicamente svolte con questionari o interviste strutturate;
- indagini focalizzate su specifici casi regionali e aziendali, con finalità sia scientifiche sia di supporto agli operatori del settore.

Le prime sono particolarmente utili per tracciare un quadro complessivo dei fenomeni indagati, rispondendo a domande del tipo: quanto/i? (per esempio, quante aziende predispongono il budget?; quanto tempo richiede la formulazione del budget?); chi? (per esempio, chi formula le proposte di budget?); dove? (per esempio, dove si concentrano le aziende dotate di budget? dove è collocato l'ufficio programmazione e controllo nell'organigramma dell'azienda?).

Le seconde sono invece più indicate (Yin 1994, pp. 3-9) per analisi approfondite, per cogliere i dettagli e comprendere le relazioni di causa-effetto tra le diverse variabili interne ed esterne all'azienda, per rispondere a domande del tipo: perché? (per esempio, perché l'azienda non predispone ancora il budget?); come? (per esempio, come ha fatto l'azienda a introdurre e portare a regime il sistema di budget?).

Queste considerazioni acquistano particolare significato nel sistema sanitario pubblico, dove frequenti sono i comportamenti «isomorfici» (Powell e DiMaggio 1983), di adesione solo formale a prescrizioni normative o a principi e soluzioni che riscuotono il consenso del contesto di riferimento (per esempio, l'adozione dell'atto aziendale, la redazione del piano strategico, la dipartimentalizzazione delle strutture organizzative) e dove quindi è molto rischioso fermarsi alle apparenze dichiarate nei documenti, nei questionari e nelle interviste strutturate.

Gli approfondimenti consentiti dal metodo dei casi, infine, sono estremamente importanti anche per il mondo aziendale. I casi possono infatti aiutare gli operatori a riflettere sui principali fabbisogni organizzativi e gestionali della propria azienda, sull'esigenza di sviluppare soluzioni che garantiscano la coerenza tra le principali variabili d'azienda (struttura organizzativa, meccanismi operativi, caratteristiche dell'organismo personale ecc.; cfr. par. 1.2) e di ambiente, sulla gestione del processo di cambiamento.

I risultati dell'attività di ricerca di OASI vengono raccolti in:

- un rapporto annuale, che presenta un'analisi dei sistemi sanitari nazionale e regionali, fornendo dati quantitativi, indicazioni qualitative e di tendenza (Ri-

Riquadro 1.3 I Rapporti annuali

1999 Rapporto «Zero» (rapporto preliminare non pubblicato, con l'obiettivo principale di evidenziare i possibili contributi di OASI all'analisi del sistema sanitario secondo una prospettiva economico-aziendale).

2000 *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2000*, a cura di E. Anessi Pessina ed E. Cantù, Milano, Egea, 2000 (Executive summary pubblicato come: E. Anessi Pessina ed E. Cantù, 2000, «L'aziendalizzazione della sanità in Italia: i principali contenuti del Rapporto OASI 2000», *Tendenze nuove*, n. 6, pp. 4-17).

2001 *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2001*, a cura di E. Anessi Pessina ed E. Cantù, Milano, Egea, 2002 (Executive summary pubblicato in *ASI*, n. 16, 18 aprile 2002, pp. 2-9).

2002 *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2002*, a cura di E. Anessi Pessina ed E. Cantù, Milano, Egea, 2002 (Executive summary pubblicato in *ASI*, n. 5, 30 gennaio 2003, pp. 3-21).

2003 *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, a cura di E. Anessi Pessina ed E. Cantù, Milano, Egea, 2003 (Executive summary pubblicato come: E. Anessi Pessina ed E. Cantù, 2004, «Regionalizzazione e aziendalizzazione del SSN nel rapporto OASI 2003», *Tendenze nuove*, n. 3, pp. 259-272).

2004 *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2004*, a cura di E. Anessi Pessina ed E. Cantù, Milano, Egea, 2004 (Executive summary pubblicato come: E. Anessi Pessina ed E. Cantù, 2004, «L'aziendalizzazione del SSN», *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 35(6), pp. 5-9 e 35(7), pp. 3-9).

2005 *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2005*, a cura di E. Anessi Pessina ed E. Cantù, Milano, Egea, 2005 (Executive summary pubblicato come: E. Anessi Pessina ed E. Cantù, 2006, «L'aziendalizzazione della sanità nel Rapporto OASI 2005», *Tendenze nuove*, n. 2, pp. 137-173. Principali analisi e conclusioni, anche dei Rapporti precedenti, presentate in E. Anessi Pessina ed E. Cantù, «Whither Managerialism in the Italian National Health Service», *International Journal of Health Planning and Management*, in corso di pubblicazione).

2006 *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2006*, a cura di E. Anessi Pessina ed E. Cantù, Milano, Egea, 2006.

quadro 1.3). In ogni rapporto annuale alcuni capitoli approfondiscono *ex novo* temi giudicati di particolare rilevanza e attualità, mentre altri propongono riflessioni e aggiornamenti su temi già approfonditi in rapporti precedenti;

- alcuni rapporti tematici su commessa che, previo accordo con il committente, sono tipicamente ripresi in pubblicazioni autonome e/o in appositi capitoli del rapporto annuale (Riquadro 1.4).

Le strategie di divulgazione comprendono inoltre l'organizzazione di convegni, la presentazione di relazioni a convegni, la pubblicazione di articoli su quotidiani e riviste specializzate, l'utilizzo del sito Internet.

Riquadro 1.4 I rapporti tematici

1998 Indagine sullo stato di sviluppo del sistema di programmazione budgetaria nelle aziende sanitarie (in collaborazione con l'ASSR) – Pubblicato in *Ricerca sui Servizi Sanitari*, II(2), 1998.

1999 I meccanismi regionali di finanziamento delle aziende sanitarie (in collaborazione con Farmindustria) – Sintesi pubblicata come C. Jommi, E. Cantù, E. Anessi Pessina (2001), «New Funding Arrangements in the Italian National Health Service», *International Journal of Health Planning and Management*, 16(4), pp. 347-368.

2000 L'impatto del nuovo modello di welfare sul finanziamento del sistema sanitario e sulla struttura dell'offerta e della domanda di servizi. Governo della domanda ed evoluzione dei bisogni di salute (in collaborazione con Farmafactoring).

2001-2002 Analisi e monitoraggio dei principali sistemi sanitari regionali (in collaborazione con Pharmacia SpA) – Sintesi della sezione relativa ai sistemi di finanziamento pubblicata come E. Anessi Pessina, E. Cantù, C. Jommi (2004), «Phasing Out Market Mechanisms in the Italian National Health Service», *Public Money & Management*, 24(5), pp. 309-316.

2001-2002 Analisi dei bilanci delle aziende sanitarie toscane (in collaborazione con l'Osservatorio di Economia Sanitaria dell'Agenzia Regionale Sanitaria e il Dipartimento per il Diritto alla Salute della Regione Toscana).

2002 Prime analisi e riflessioni sul funzionamento e sui risultati dell'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 in sanità (in collaborazione con Farmafactoring).

2002-2003 Stato di sviluppo del processo di aziendalizzazione delle strutture sanitarie pubbliche (in collaborazione con FIASO per *Il Sole 24 Ore Sanità*) – Sintesi pubblicata in *Il Sole 24 Ore Sanità*, n. 24, 24-30 giugno 2003, pp. 13-16.

2003-2004 Filiera della salute. Sanità e salute in Lombardia (in collaborazione con Assolombarda).

2004-2005 Scenari per la collaborazione pubblico-privato nel sistema di tutela della salute (in collaborazione con AXA Assicurazioni SpA).

2005 Le sfide nei rapporti interistituzionali e tra i diversi livelli di governo nell'ambito della sanità: un'analisi comparata a livello internazionale (in collaborazione con Fondazione Farmafactoring).

2005 Hospital Governance Survey (iniziativa promossa da EAHM – Associazione Europea dei Manager Ospedalieri, da HOPE – Comitato Permanente degli Ospedali dell'Unione Europea e dal Centro di Ricerca per i Servizi Sanitari e Infermieristici dell'Università di Leuven).

2006 Analisi dei disavanzi sanitari e della loro relazione con le caratteristiche dei Servizi Sanitari Regionali (in collaborazione con Fondazione Farmafactoring).

2006 Analisi e impatto delle forme di sostenibilità finanziaria delle scelte in sanità (in collaborazione con Fondazione Farmafactoring).

2006 Osservatorio sull'assistenza sanitaria privata in Italia (in collaborazione con Assolombarda).

1.2 Il modello di analisi

Nell'approccio economico-aziendale, la pubblica amministrazione (o qualunque suo sottosistema, compreso quello sanitario, che peraltro include anche aziende private) viene interpretata non come sistema unitario, ma come sistema di aziende dotate di autonomia.

Di conseguenza:

- dal punto di vista interpretativo, la funzionalità complessiva del sistema dipende dai livelli di funzionalità raggiunti da ciascuna azienda e dall'interazione tra le aziende stesse;
- dal punto di vista normativo, la funzionalità complessiva del sistema si può migliorare modificando le modalità di funzionamento delle singole aziende e mettendole in grado di migliorare i propri risultati, nel rispetto delle proprie specificità organizzative, gestionali e di ambiente. Anche nella definizione delle politiche pubbliche non bisogna cercare di imporre comportamenti uniformi, bisogna invece creare le condizioni e fornire gli incentivi perché le singole aziende migliorino le proprie modalità di funzionamento.

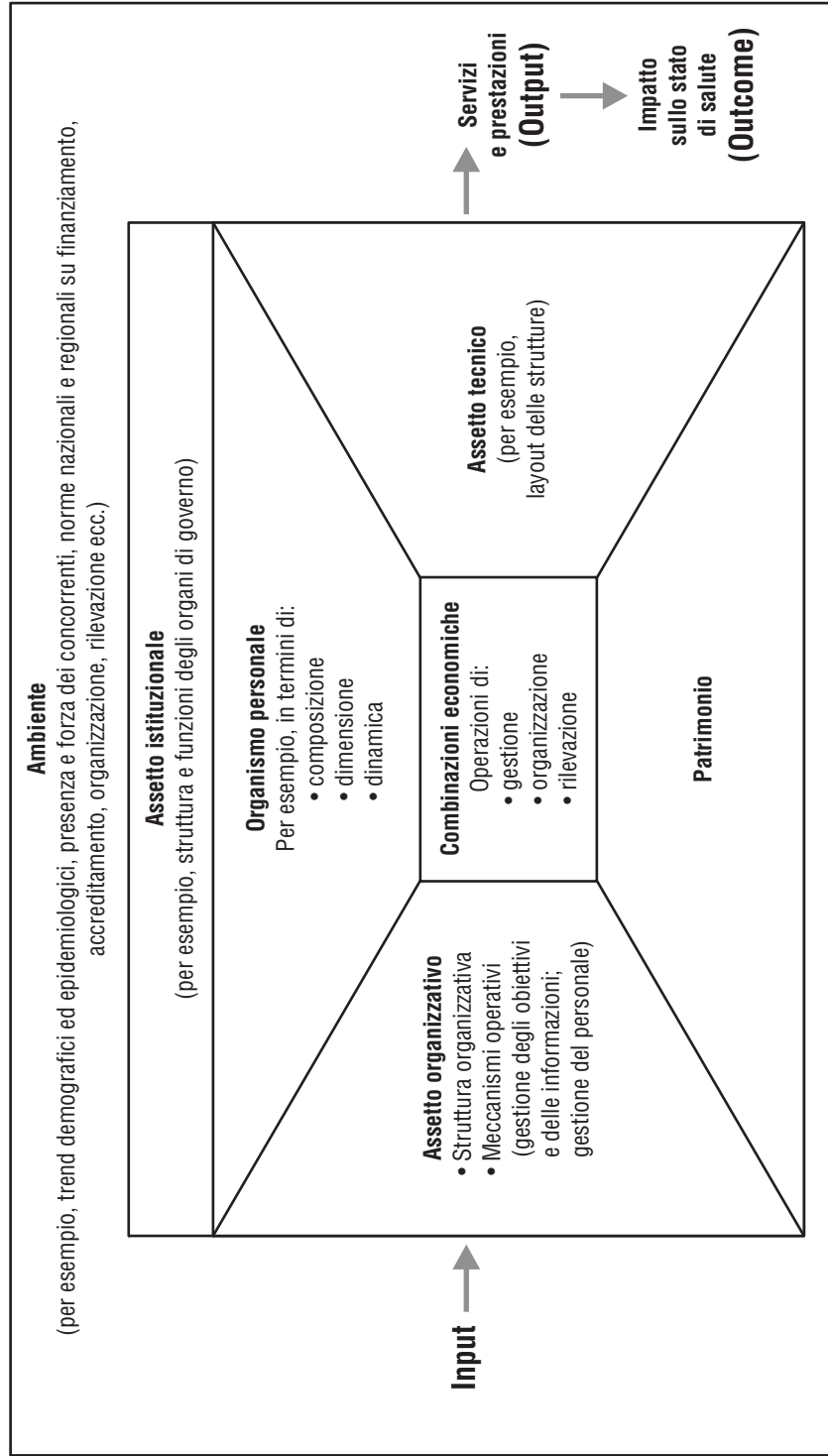
OASI si propone quindi di analizzare le scelte adottate dalle singole aziende sanitarie e i loro riflessi sulla funzionalità delle aziende stesse, dove per funzionalità si intende il rapporto (logico prima ancora che operativo) tra qualità e quantità delle risorse utilizzate e qualità e quantità dei risultati prodotti, espressi in termini di grado di raggiungimento delle finalità istituzionali. A questo scopo è necessario individuare analiticamente le variabili che determinano il grado di funzionalità di una qualsiasi azienda e, più in particolare, di un'azienda sanitaria. Le variabili da analizzare sono rappresentate schematicamente nella Fig. 1.1.

Di seguito si presentano brevemente i diversi elementi.

L'*assetto istituzionale* identifica i soggetti primari e le regole del gioco fondamentali dell'azienda ed è definito come la configurazione dei soggetti nell'interesse dei quali l'azienda nasce e opera (i cosiddetti *portatori di interessi istituzionali*); dei contributi che tali soggetti forniscono all'azienda; delle correlate aspettative nei confronti dell'azienda stessa; delle modalità di partecipazione dei diversi soggetti al governo dell'azienda; delle strutture e dei meccanismi che regolano tale partecipazione. Nell'impostazione qui accolta, per le aziende sanitarie pubbliche i portatori di interessi istituzionali sono le persone che compongono la collettività di riferimento e le persone che prestano il proprio lavoro all'interno dell'azienda.

La collettività di riferimento, in particolare, contribuisce all'attività dell'azienda prevalentemente attraverso il prelievo tributario. Le sue aspettative riguardano in primo luogo la disponibilità di adeguati servizi sanitari, ma non di rado si estendono ad altri aspetti (per esempio la tutela dei livelli occupazionali). La sua partecipazione al governo dell'azienda si esplica tipicamente attraverso la rappresentanza politica: prevalentemente a livello di comune nell'architettura originale del SSN, essenzialmente a livello di regione dopo il D.lgs. 502/1992. Nell'architettura originale del SSN, infine, le principali strutture di governo erano rappresentate dall'assemblea generale e dal comitato di gestione, poi sostituite (attraverso varie fasi) dall'organo monocratico di direzione generale e oggi nuovamente in fase di revisione.

Figura 1.1 Rappresentazione della struttura e dello spazio d'azione di un'azienda sanitaria



Fonte: adattato da Airoidi, Brunetti e Coda (1994, p. 86)

Regole particolari (anch'esse in evoluzione) disciplinano l'assetto istituzionale delle strutture «equiparate», tra cui i Policlinici universitari a gestione diretta e gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS).

Il riferimento a regioni e comuni richiama il tema delle *relazioni di natura istituzionale* con altre aziende. Queste relazioni caratterizzano in modo significativo l'assetto istituzionale delle aziende sanitarie pubbliche. Le riforme introdotte dal D.lgs. 502/1992, in particolare, hanno ridefinito i Servizi Sanitari Regionali (SSR) come gruppi di aziende (sanitarie locali e ospedaliere) guidate dalla regione: di qui il frequente riferimento alla regione come «capogruppo» o «holding». In realtà, sia il ruolo effettivamente svolto dalla regione, sia quello che la regione stessa si propone di assumere non sono sempre coerenti con la figura della «holding» in senso stretto, ossia di soggetto che governa il SSR attraverso gli strumenti diretti di indirizzo e controllo tipici della «proprietà».

Le *combinazioni economiche* sono il «cuore» dell'azienda. Rappresentano l'insieme delle operazioni svolte dall'azienda e in esse si sostanzia l'attività economica dell'azienda stessa. Tradizionalmente le operazioni vengono classificate in tre gruppi. La *gestione* è l'insieme delle attività direttamente rivolte alla produzione e al consumo: nelle aziende sanitarie pubbliche comprende quindi le operazioni di produzione ed erogazione di prestazioni e servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, nonché le correlate operazioni di acquisto. L'*organizzazione* è l'insieme delle attività che riguardano l'organismo personale e l'assetto organizzativo: comprende quindi le operazioni di selezione, formazione, valutazione, retribuzione del personale, nonché le operazioni di analisi e progettazione delle strutture organizzative e dei sistemi di gestione del personale. La *rilevazione*, infine, è l'insieme delle operazioni di produzione, trasmissione ed elaborazione di dati e informazioni.

Una caratteristica fondamentale delle combinazioni economiche è la loro estensione, ossia la loro dimensione, numerosità ed eterogeneità. Al riguardo si può osservare come in origine le Unità Sanitarie Locali (USL) si caratterizzassero per l'elevata estensione, al fine di perseguire i vantaggi connessi all'integrazione sia orizzontale (convergenza di tutti i servizi e attività attinenti alla salute in un'unica azienda), sia verticale (scarsa diffusione dell'esternalizzazione); come gli anni Novanta del secolo scorso siano stati invece caratterizzati da generali fenomeni di deintegrazione sia istituzionale (per esempio, scorporo delle aziende ospedaliere), sia gestionale-organizzativa (per esempio, specializzazione delle aziende in risposta alle convenienze generate dal sistema di finanziamento; diffusione dell'*outsourcing* anche per attività precedentemente considerate *core*), quindi da aziende sanitarie pubbliche con combinazioni economiche meno estese; come infine dal 2000 sia di nuovo iniziata la ricerca di integrazione, seppure a livello di SSR nel suo complesso più che di singola azienda.

L'*assetto organizzativo* comprende sia la struttura organizzativa, ossia «la configurazione unitaria e coordinata degli organi aziendali e degli insiemi di compiti e responsabilità loro assegnati» (Airoldi, Brunetti e Coda 1994, p. 464), sia i mec-

canismi o sistemi operativi, ossia «un vasto insieme di regole, di procedure e di programmi che, complementariamente alla struttura organizzativa, guidano il comportamento delle persone che svolgono le combinazioni economiche aziendali» (Airoldi, Brunetti e Coda 1994, p. 485). Tra i sistemi operativi si distinguono quelli di gestione degli obiettivi e delle informazioni (pianificazione strategica, programmazione e controllo, sistema informativo) e quelli di gestione del personale (ricerca, selezione, accoglimento e inserimento del personale, dimensionamento degli organici, addestramento e formazione, carriera e valutazione del potenziale, retribuzione e valutazione delle mansioni e delle prestazioni). Si noti peraltro che il confine tra assetto istituzionale e assetto organizzativo è tutt'altro che netto (Airoldi 1996, p. 375); che nelle aziende pubbliche gli assetti istituzionali si caratterizzano per un'elevata «pervasività» (Del Vecchio 2001, p. 35); che in particolare le scelte relative alla struttura organizzativa acquisiscono spesso nel settore pubblico una forte connotazione istituzionale perché contribuiscono a definire e comunicare obiettivi da perseguire e interessi da tutelare.

Il *patrimonio* è l'insieme delle condizioni di produzione e di consumo di pertinenza dell'azienda in un dato momento. Si compone di elementi sia attivi (disponibilità monetarie, crediti, scorte, fabbricati, impianti, macchinari, attrezzature ecc.) sia passivi (debiti di regolamento, debiti di finanziamento, capitale proprio).

L'*organismo personale* è l'insieme delle persone che prestano il proprio lavoro all'interno dell'azienda. La teoria aziendale riconosce che il concetto di «organismo personale» può essere interpretato in modo più o meno ampio (Airoldi, Brunetti e Coda 1994, p. 455). Nel SSN questa precisazione appare particolarmente rilevante per i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS) che, seppure non legati da contratti di lavoro dipendente, rappresentano una risorsa strategica per le aziende. Nelle aziende sanitarie assume particolare rilevanza un complesso di elementi immateriali (know-how, relazioni, reputazione e coesione interna) che i sistemi tradizionali di rilevazione faticano a cogliere.

L'*assetto tecnico*, infine, è dato dall'insieme di elementi che qualificano la configurazione fisico-tecnica dell'azienda, quindi dagli aspetti fisico-tecnici delle immobilizzazioni (fabbricati, impianti, attrezzature ecc.) e dei processi produttivi. In particolare, per le aziende sanitarie, l'assetto tecnico comprende il *layout* delle strutture (per esempio, la localizzazione dei posti letto, delle sale operatorie, dei magazzini o dei servizi diagnostici in relazione alle unità organizzative); l'organizzazione dei posti letto e delle aree di degenza; la localizzazione, l'allocazione organizzativa e le caratteristiche funzionali delle attrezzature sanitarie e delle altre risorse strumentali finalizzate a erogare assistenza; l'allocazione e l'insieme di compiti affidati all'organismo personale in riferimento alle scelte di allocazione degli spazi e delle risorse strumentali; le modalità di programmazione dell'utilizzo della capacità produttiva rispetto a criteri legati alla tipologia di attività (si pensi ad attività programmabile o in urgenza o alle differenti specialità) e alla variabile tempo (distribuzione delle attività tra i vari giorni della settimana); la configurazione dei sistemi informativi, con particolare riferimento agli strumenti di sup-

porto alle operazioni di gestione caratteristica, come i software per la refertazione in formato elettronico, per la gestione del parco letti, per la prenotazione automatica delle agende ambulatoriali, per la gestione dell'inventario e la programmazione delle manutenzioni fino al modello dell'*hospital resource planning*. In sintesi fanno parte dell'assetto tecnico tutti gli elementi, le condizioni e gli strumenti di supporto che permettono il funzionamento operativo della struttura determinando la configurazione dei processi di assistenza.

Naturalmente tutti questi elementi sono interdipendenti e presentano un forte fabbisogno di coerenza. L'azienda è inoltre inserita in un ambiente che ne influenza significativamente il funzionamento, le fornisce gli input e ne riceve gli output. A questo riguardo assumono particolare rilevanza le relazioni (di natura istituzionale, già citate, ma anche di scambio e di concorrenza) con altre aziende. Nel SSN, per esempio, le aziende di un dato «gruppo sanitario regionale» stabiliscono importanti relazioni anche con lo Stato, i comuni, altre regioni e le relative aziende sanitarie pubbliche, altri enti pubblici e non profit, una vasta rete di strutture e di professionisti accreditati o convenzionati, diverse classi di fornitori.

1.3 La struttura del Rapporto

La struttura del Rapporto riflette la Fig. 1.1.

La prima parte («Il quadro di riferimento») fornisce alcune informazioni di sintesi sulla struttura del SSN, dei SSR e delle singole aziende, con particolare riferimento all'assetto tecnico, all'organismo personale, alle principali caratteristiche della rete di strutture e professionisti pubblici e privati accreditati e convenzionati. Successivamente evidenzia i compiti fondamentali che spettano alla regione in quanto «capogruppo» del sistema regionale; sviluppa in particolare i temi del numero e caratteristiche delle aziende e della mobilità dei direttori generali delle aziende stesse; propone un quadro sintetico delle normative regionali che regolano l'assetto del SSR, l'eventuale istituzione di un'agenzia sanitaria regionale, il Piano Sanitario Regionale (PSR) in vigore o in corso di approvazione, l'organizzazione delle aziende, la loro contabilità. Infine analizza gli input, gli output e gli *outcome* delle aziende sanitarie in termini quantitativi (per esempio tipologie, volumi, indicatori di qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate) e monetari (spesa, finanziamento, disavanzo), proponendo anche alcuni confronti internazionali. Nel quadro della progressiva (ma tuttora incompiuta) responsabilizzazione finanziaria delle regioni, grande attenzione viene dedicata alle misure regionali di copertura dei disavanzi. Rispetto ai Rapporti precedenti, inoltre, un intero capitolo (il 4) è dedicato alla struttura e alle attività del sottosistema composto dalle aziende sanitarie private accreditate.

La seconda parte («I sistemi sanitari regionali») interpreta gli indirizzi e le scelte regionali come fondamentali variabili ambientali che condizionano le decisioni aziendali e che hanno acquisito ulteriore rilevanza con l'assunzione, da parte

almeno di alcune regioni, dell'effettivo ruolo di «capogruppo». Nel Rapporto 2006 confluiscono in questa parte tre coppie di capitoli. La prima coppia (Capitoli 5 e 6) riguarda le relazioni tra livello regionale e livello nazionale. Il Capitolo 5 analizza i Piani Sanitari Nazionali (PSN) approvati o comunque resi pubblici dal 1992, indagandone sia il significato programmatico (anche attraverso aspetti formali quali gli indici, la lunghezza, la struttura), sia l'attenzione verso il «modello aziendale» e verso il ruolo delle regioni. Il Capitolo 6 avvia una riflessione interdisciplinare su finalità e contenuti dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), anche alla luce della riforma del Titolo V della Costituzione e delle conseguenti pronunce della Corte Costituzionale. La seconda coppia (Capitoli 7 e 8) riprende, dopo un anno d'assenza, il tradizionale tema dei sistemi regionali di finanziamento delle aziende. Il Capitolo 7 analizza le caratteristiche dei tariffari regionali con le relative modalità di aggiornamento e approfondisce il processo di finanziamento dell'innovazione tecnologica (nuove tecnologie e nuove indicazioni per tecnologie già esistenti). Il Capitolo 8 indaga i meccanismi regionali di finanziamento dell'assistenza residenziale agli anziani non autosufficienti, nonché i modelli di accreditamento e di governo degli accessi alle relative strutture. La terza coppia (Capitoli 9 e 10) si colloca nel filone di ricerca dedicato alle linee guida regionali per le aziende e lo sviluppa con riferimento a contabilità analitica (Capitolo 9) e *risk management* (Capitolo 10).

Le successive tre parti sono dedicate più specificamente alle aziende. La terza parte è stata ridenominata, significativamente, «Assetti istituzionali, assetti tecnici e combinazioni economiche» perché, come si chiarisce più approfonditamente nel par. 1.4, una novità che emerge dal Rapporto 2006 è la maggiore attenzione delle aziende verso l'analisi e la riprogettazione della propria configurazione fisico-tecnica e dei propri processi gestionali. In questa parte prosegue innanzitutto l'analisi delle innovazioni prodotte dai recenti processi di riassetto istituzionale e delle relative determinanti, prendendo spunto dalla nuova legge sull'organizzazione e il funzionamento del SSR dell'Emilia Romagna (Capitolo 11). Seguono tre capitoli che si concentrano specificamente sull'assetto tecnico e le combinazioni economiche d'azienda: la ridefinizione dei confini aziendali tramite il ricorso all'*outsourcing* (Capitolo 12), le modifiche all'assetto tecnico-logistico delle strutture ospedaliere verso modelli basati sull'intensità di cura (Capitolo 13); l'analisi e la riprogettazione dei processi con finalità di governo clinico e di controllo dei rischi (Capitolo 14).

Nella quarta parte («L'organizzazione») si offre anzitutto una riflessione su alcune questioni organizzative prioritarie che le aziende sanitarie si trovano ad affrontare: come coinvolgere maggiormente i professionisti nelle decisioni strategiche, come riorganizzare l'azienda revisionando i modelli culturali e operativi tipici del contesto professionale tradizionale e come riconfigurare il sistema aziendale dei servizi (Capitolo 15). Successivamente si affronta il tema della carenza di infermieri e delle soluzioni che le aziende sanitarie possono attivare per farvi fronte (Capitolo 16).

La quinta parte («La rilevazione») presenta temi parzialmente diversi da quelli tradizionali: da un lato la definizione e la realizzazione delle strategie (Capitolo 17), dall'altro la rendicontazione sociale (Capitolo 18). Per il filone di ricerca sui sistemi informativo-informatici, quest'anno viene analizzato il grado di integrazione informativa dei processi, distinguendo tra area amministrativa e area clinica del sistema informativo aziendale (Capitolo 19). In questa parte trova infine collocazione un capitolo dedicato alla finanza e specificamente alle iniziative aziendali di *project finance* (Capitolo 20). Vale naturalmente, come sempre, la precisazione relativa all'accezione da attribuire al termine «rilevazione», che non vuole negare la forte valenza organizzativa né dei sistemi di pianificazione, programmazione e controllo, né dei sistemi informativi. Entrambi infatti, sotto la denominazione comune di «sistemi operativi di gestione degli obiettivi e delle informazioni», rappresentano una fondamentale classe di sistemi operativi.

1.4 I principali risultati

Come sempre, ogni capitolo del Rapporto propone le proprie specifiche conclusioni, mentre di seguito si riassume il quadro di insieme che ne deriva. Complessivamente, il Rapporto 2006 conferma le caratteristiche e le tendenze di fondo emerse l'anno scorso, ma evidenzia anche alcuni nuovi elementi significativi.

1. *Permanente dinamicità del sistema.* Il SSN continua a mostrare un elevato tasso di innovazione manageriale. Proseguono infatti la ricerca e la sperimentazione di soluzioni non preconfezionate, ma disegnate per le specifiche esigenze locali. Le aziende (così come alcune regioni) sembrano inoltre in grado di cogliere le istanze emergenti dalle esperienze internazionali e nazionali, per esempio in termini di modelli di accreditamento (Capitolo 10) e di pratiche di rendicontazione sociale (Capitolo 18).
2. *Ricerca dell'equilibrio economico-finanziario.* Nel sistema resta centrale la preoccupazione per l'equilibrio economico-finanziario. Si conferma quindi il paradosso della politica sanitaria italiana, che è dominata dalle esigenze di contenimento della spesa sanitaria non per l'entità della spesa stessa, che anzi è inferiore a quella di numerosi altri paesi, quanto per la situazione complessiva della finanza pubblica. Nel Rapporto di quest'anno, in particolare, si segnalano da un lato l'ampiezza dei disavanzi 2005 nonché la revisione in aumento di quelli pregressi, dall'altro le difficoltà di decollo del federalismo fiscale con le resistenze regionali all'aumento delle aliquote tributarie e il parziale ripiano dei disavanzi da parte dello Stato.
3. *Ingegneria istituzionale.* A partire dal 2002 si sono intensificati gli interventi di ingegneria istituzionale in una triplice accezione: accorpamenti e scorpori di Aziende Sanitarie Locali (ASL) e Aziende Ospedaliere (AO); introduzione di nuovi soggetti giuridici (fondazioni, società della salute, enti per i servizi

tecnico-amministrativi di area vasta, società miste pubblico-privato); interventi sui meccanismi che legano le diverse aziende (programmazione, contrattazione, coordinamento a livello di macroarea o area vasta). Nell'ultimo anno, in particolare (Capitolo 2), è iniziato il processo di riordino del servizio sanitario piemontese; è stata completata l'unificazione dell'Azienda Sanitaria Regionale (ASR) molisana; l'AO e il Policlinico universitario di Udine sono confluiti in un'unica AO universitaria; alcuni IRCCS di diritto pubblico in Lombardia, Puglia e Calabria sono stati trasformati in fondazioni. Innovazioni di natura istituzionale si rilevano anche all'interno delle aziende, per esempio con l'introduzione o il rafforzamento dei comitati di direzione e con la qualificazione del distretto quale articolazione del governo aziendale. Queste iniziative derivano in parte da una sorta di «riflesso condizionato», tipico della Pubblica Amministrazione, che vede nelle riforme istituzionali la risposta per eccellenza a tutti i problemi di funzionamento; in parte dall'esigenza di integrare l'attività di aziende progressivamente specializzatesi anche in risposta alle convenienze generate dal sistema di finanziamento; in parte ancora dalla volontà di rafforzare il ruolo di portatori di interessi diversi dalla collettività regionale e principalmente delle collettività locali e dei professionisti. Quest'ultimo punto, a sua volta, può trovare spiegazione, da un lato, nello spostamento dell'asse dei bisogni e dei servizi verso aree, quali cronicità e domiciliarità, che trovano nei contesti locali e nel collegamento con una complessa rete di servizi (anche non sanitari) la migliore forma di risposta; dall'altro, in alcune tendenze strutturali che hanno ulteriormente rafforzato il ruolo dei professionisti o che comunque richiedono una più stretta alleanza tra professionisti e azienda (necessità di governo della domanda e di ricerca dell'appropriatezza, natura sempre più *knowledge intensive* dell'assistenza sanitaria, progressiva professionalizzazione delle diverse classi di operatori). Nel dibattito resta invece ancora abbastanza in ombra il ruolo del cittadino nella sua veste non di componente della collettività regionale e locale, ma di paziente-utente. In particolare non è stato ancora sistematicamente affrontato né il profilo normativo (quali livelli di *empowerment* siano coerenti con le peculiarità del settore sanitario), né quello positivo (quali livelli di *empowerment* siano attualmente garantiti nel sistema, tramite quali meccanismi e con quali effetti, per esempio, come reagiscono le aziende sanitarie alla presenza di mobilità passiva? La libertà di scelta si è complessivamente tradotta in effettivi benefici per il paziente?).

4. *Regionalizzazione*. Il SSN manifesta caratteri sempre più spiccati di regionalizzazione, nella duplice accezione di differenziazione interregionale e di accentramento a livello regionale di decisioni strategiche e funzioni amministrative. Nel Rapporto 2006, la differenziazione interregionale emerge con evidenza da numerose tematiche quali le modalità di copertura dei disavanzi (Capitolo 3); il peso e le caratteristiche delle strutture private accreditate (Capitolo 4); i sistemi di finanziamento in termini di rilevanza attribuita alla remunerazione a tariffa,

di caratteristiche dei tariffari, di adeguamento dei tariffari stessi all'innovazione tecnologica (Capitolo 7); i modelli di *long term care* per anziani non autosufficienti rispetto a dimensioni quali il sistema di offerta e il peso relativo di assistenza residenziale, ospedaliera e domiciliare, i modelli di accreditamento e di governo degli accessi alle strutture, i meccanismi di finanziamento (Capitolo 8); le linee guida regionali sulla contabilità analitica, che si presentano differenziate per prescrittività, ampiezza dell'ambito di regolazione, sofisticatezza metodologica, operatività e analiticità, innovatività (Capitolo 9); le linee guida regionali sul *risk management* in termini, per esempio, di tematiche prioritarie: sicurezza del paziente, rischio alla struttura, costi assicurativi, tecnologie sanitarie, accreditamento istituzionale, percorsi assistenziali (Capitolo 10).

L'accentramento regionale, d'altra parte, si rileva per esempio dall'ampia diffusione, nei sistemi regionali di finanziamento, di tetti o target di volume o di spesa per prestazioni tariffate (Capitolo 7) oppure dall'importanza assunta, in molte linee guida regionali per la contabilità analitica, dalla finalità di generare flussi informativi metodologicamente omogenei verso la regione (Capitolo 9).

Come già segnalato nel Rapporto 2005, peraltro, cominciano a manifestarsi fenomeni o comunque richieste di recupero di omogeneità a livello nazionale. L'anno scorso si citavano i casi della normativa contabile e dei sistemi di accreditamento. Nel Rapporto di quest'anno si pone invece l'attenzione sui sistemi di finanziamento. Si rilevano infatti processi di emulazione, spontanei o nell'ambito di più strutturati tavoli interregionali, su come e quanto utilizzare la leva tariffaria come sistema di finanziamento/orientamento delle aziende e dei professionisti e su come governare i potenziali comportamenti opportunistici generati dal sistema di finanziamento a tariffa per prestazione (tetti o target su volumi o spesa; contratti interaziendali ecc.). In tutti questi ambiti, il ruolo di «traino» di alcune regioni potrebbe contribuire alla crescita culturale, tecnica e gestionale del SSN nel suo complesso.

5. *Differenziazione interaziendale e spazi di autonomia per le aziende.* Malgrado il graduale accentramento regionale, le aziende sembrano mantenere un elevato livello di autonomia. Ciò conferma come molte variabili chiave restino sotto il controllo delle singole aziende e come il loro efficace utilizzo continui a dipendere, anche se non esclusivamente, dalle capacità manageriali interne alle aziende stesse. Nel Rapporto di quest'anno la differenziazione interaziendale, anche all'interno della stessa regione e anche in presenza di specifiche indicazioni regionali, emerge da tutti i capitoli che presentano l'adozione di strumenti manageriali da parte delle aziende (*infra*). Particolarmente significativi sono i passaggi che evidenziano le percezioni profondamente differenziate, tra le aziende, circa la rilevanza strategica del servizio infermieristico (Capitolo 12); l'adozione da parte di alcune aziende del modello organizzativo per intensità di assistenza e cura (Capitolo 13); l'eterogeneità dei bilanci sociali e di missione anche all'interno della medesima regione (Capitolo 18).
6. *Diffusione e consolidamento dei sistemi gestionali.* Oltre all'elevato tasso di

innovazione manageriale vanno segnalati due aspetti. Da un lato, molte aziende si dimostrano sufficientemente mature da tornare sui propri passi per correggere e consolidare soluzioni inizialmente progettate e/o realizzate in modo inefficace. In questo senso va la scelta di alcune aziende di individuare posizioni (per esempio, affiancando al direttore di dipartimento un responsabile dei servizi sanitari, Capitolo 15) dedicate a garantire il necessario collegamento tra strategie e attività operative e quindi a superare l'inerzia organizzativa. Anche il capitolo sulla carenza di infermieri (Capitolo 16) evidenzia la capacità dell'azienda analizzata di valutare criticamente gli effetti delle proprie iniziative. Dall'altro lato, giungono segnali positivi anche dalle regioni, di cui in passato si era criticato il limitato grado di adozione di logiche e tecniche manageriali, quindi l'incapacità di svolgere efficacemente il ruolo di «capogruppo» del SSR. Il Rapporto 2006, per esempio, mostra come le linee guida regionali più recenti in tema di contabilità analitica (Capitolo 9) abbiano ampliato il proprio orizzonte dagli aspetti più tecnici (rilevazioni contabili) a quelli gestionali (utilizzo delle rilevazioni nei processi di programmazione e controllo) e presentino caratteristiche più spiccate di sofisticazione metodologica e di innovatività. Allo stesso modo, è interessante notare come l'interpretazione della funzione di coordinamento regionale sul *risk management* (Capitolo 10) si traduca spesso nella valorizzazione e diffusione delle iniziative aziendali più significative.

7. *Ampliamento della gamma di strumenti manageriali.* La fase iniziale del processo di aziendalizzazione si era fisiologicamente focalizzata su pochi e precisi strumenti manageriali (in particolare i sistemi di programmazione e controllo), finendo però per sovraccaricarli di finalità. Oggi le aziende stanno invece differenziando il portafoglio degli strumenti manageriali, correlandoli a specifici fabbisogni di governo. Nel Rapporto 2006 si trovano così riferimenti a *risk management* (Capitoli 10 e 14), *outsourcing* (Capitolo 12), revisione degli assetti tecnico-logistici delle strutture ospedaliere in base all'intensità di cura (Capitolo 13), protocolli diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) e governo clinico (Capitolo 14), pianificazione e gestione strategica (Capitoli 15 e 17), forme di lavoro atipiche, utilizzo della leva retributiva e programmi di fidelizzazione per fronteggiare la carenza di infermieri (Capitolo 16), bilancio sociale (Capitolo 18), diffusione di soluzioni informatiche orientate all'integrazione nelle aree amministrativo-contabile e clinica (Capitolo 19), *project finance* (Capitolo 20).
8. *Impiego limitato o inappropriato degli strumenti.* Non sempre vi è però corrispondenza tra la presenza formale dei sistemi di gestione e la loro effettiva utilizzazione per migliorare le decisioni e le operazioni aziendali. Il vero problema resta quindi la consapevolezza e la ragionevolezza delle finalità che con l'innovazione manageriale si vogliono raggiungere. Nel Rapporto di quest'anno, per esempio, si evidenzia come le esperienze di predisposizione del bilancio sociale presentino un elevato rischio di isomorfismo e comunque non sempre garantiscano la necessaria coerenza tra finalità perseguite, infor-

mazioni contenute nel documento e relative modalità espositive, processo di redazione e partecipazione interna ed esterna, ruolo attribuito al bilancio sociale in relazione agli altri documenti di rendicontazione delle aziende sanitarie (capitolo 18). Anche la pianificazione strategica (capitolo 17) si presenta spesso debole sia nell'analisi combinata del quadro di contesto, sia nelle politiche di implementazione. In una prospettiva parzialmente diversa, si segnala come l'utilizzo degli strumenti sia talvolta problematico non perché troppo limitato, ma perché inappropriato: l'attivazione delle forme di *outsourcing* (capitolo 12) e di partnership finanziaria (capitolo 20) con soggetti privati, in particolare, non sempre risulta basata su un'attenta valutazione di costi, rischi, benefici e condizioni di successo per l'azienda pubblica. Rispetto alle operazioni di partnership finanziaria, particolarmente critica è anche la constatazione di come la pianificazione sanitaria regionale offra indicazioni dettagliate circa gli investimenti finanziati con modalità tradizionali (per esempio, l'art. 20 della legge 67/1988), ma ignori sostanzialmente quelli finanziati autonomamente dalle aziende con strumenti innovativi quali il *project finance*.

In conclusione, il «modello aziendale» in sanità può dirsi ormai sufficientemente consolidato e così le singole aziende, malgrado l'instabilità prodotta dagli interventi (avviati, decisi o anche solo ipotizzati) di ingegneria istituzionale, dalle tentazioni centralistiche di alcune regioni, dall'eccessivo *turnover* dei direttori generali. Vi sono però alcuni temi critici che le aziende e i loro dirigenti dovranno saper affrontare.

Una prima criticità è la crescente *pluralità del sistema e permeabilità dei confini aziendali*, che si manifesta sotto almeno quattro profili:

1. molteplicità degli *stakeholder* che si vedono formalmente riconoscere, o che comunque richiedono, il diritto a incidere sulle scelte delle aziende sanitarie pubbliche, spesso peraltro senza doversi fare carico delle conseguenze finanziarie;
2. molteplicità dei soggetti che tramite l'*outsourcing* e gli strumenti di finanza innovativa concorrono all'erogazione delle prestazioni di tali aziende;
3. molteplicità dei meccanismi istituzionali e gestionali di coordinamento tra diverse ASL e AO (aree vaste, reti multiospedaliere, PDTA che dovendosi estendere dalla diagnosi di un problema di salute alla sua risoluzione o stabilizzazione finiscono per travalicare i confini aziendali);
4. molteplicità degli altri soggetti pubblici e privati che forniscono prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, nell'ambito non solo dell'assistenza ospedaliera, ma anche e soprattutto di quella territoriale, e ai quali diventa necessario estendere le logiche e i meccanismi di coordinamento.

In questa situazione, il direttore generale diventa sempre meno il «capo dell'a-

zienda» e sempre più un «gestore di relazioni». Sorge inoltre la necessità di adeguare le strutture e i meccanismi gestionali al mutato contesto. Al riguardo si è già detto delle innovazioni istituzionali. Un ruolo importante può inoltre essere svolto dalla strategia. Naturalmente, in molti casi alla strategia viene ancora attribuito il significato prevalente di «redazione del piano strategico», ossia di procedura analitica e formalizzata di pianificazione per assumere decisioni in modo integrato e orientate al futuro, mentre si dedica insufficiente attenzione agli aspetti di implementazione, di processo e di supporto al cambiamento. Alcune aziende hanno però iniziato a concepire e utilizzare la pianificazione strategica come strumento con cui l'intero gruppo dirigente sviluppa un *meeting of minds* sull'evoluzione passata e le linee di sviluppo future dell'azienda e possibilmente lo estende ai principali *stakeholder* esterni nell'ottica dei «patti di sistema». La strategia potrebbe inoltre incorniciare la gamma sempre più ampia di strumenti manageriali a disposizione delle aziende in un approccio generale che infonda coerenza e sia rivolto al futuro. La stessa redazione del bilancio sociale, del resto, sembra privilegiare in molte aziende le valenze strategiche, perseguendo un riconoscimento condiviso e diffuso all'interno dell'azienda degli obiettivi e delle strategie di creazione di valore nei confronti dei portatori di interesse e/o un rafforzamento delle relazioni con gli interlocutori istituzionali quali regione ed enti locali.

Un secondo tema critico, strettamente collegato al primo, concerne l'opportunità di *rivalutare criticamente le iniziative di outsourcing e project finance*, che in molti casi non sembrano aver garantito appieno i benefici attesi anche perché, come detto, sono state spesso messe in atto senza un'attenta valutazione di costi, rischi, benefici e condizioni di successo per l'azienda pubblica. D'altra parte, l'esternalizzazione sembra spesso costituire una scelta di fatto obbligata per le singole aziende. A livello di sistema diventa quindi necessario, da un lato, supportare le aziende per strutturare in modo più proficuo ed equilibrato tali relazioni, dall'altro, identificare e rendere percorribili soluzioni alternative.

La terza criticità concerne la *gestione del personale*. Più specificamente si possono segnalare tre fabbisogni prioritari:

1. correlare in modo più diretto i contributi che le persone offrono all'azienda con i riconoscimenti che ricevono;
2. sviluppare un *middle management* che garantisca il collegamento tra formulazione strategica e quotidianità operativa e che permetta agli strumenti manageriali di incidere effettivamente sulla gestione;
3. coinvolgere maggiormente i professionisti e accrescerne i livelli di soddisfazione, senza peraltro sacrificare la funzionalità aziendale.

Anche a quest'ultimo riguardo, da un lato, si è già detto delle innovazioni istituzionali (per esempio comitato di direzione), dall'altro, un ruolo importante può essere svolto dalla pianificazione strategica come mezzo per coinvolgere i profes-

sionisti sanitari (almeno quelli in posizioni apicali) nella lettura del contesto di riferimento, nella condivisione della necessità di cambiare e nella definizione della direzione del cambiamento.

Molto promettente come strumento di coinvolgimento dei professionisti, ma sufficientemente rilevante da meritare una trattazione a sé come quarto tema critico, è la crescente attenzione verso l'*analisi e la riprogettazione dei processi aziendali*, ossia delle modalità operative di base delle aziende. Il processo di aziendalizzazione si è inizialmente focalizzato sui sistemi di programmazione e controllo, nella speranza che le unità organizzative, opportunamente stimolate, procedessero alla revisione dei propri processi per meglio contribuire al perseguimento delle finalità aziendali. In una seconda fase è stata ridisegnata l'architettura stessa delle unità organizzative, per renderla più coerente con le finalità e le caratteristiche delle singole aziende. Più recentemente l'attenzione si è spostata sugli assetti istituzionali in termini di ridefinizione delle aziende, delle loro relazioni e dei loro organi di governo. In termini della Fig. 1.1, queste tre fasi hanno cercato di incidere sul «cuore» dell'azienda (le combinazioni economiche) intervenendo per via indiretta sugli elementi «sovraordinati» o «di contorno» (l'assetto istituzionale, la struttura organizzativa, i sistemi operativi). Dal Rapporto di quest'anno emergono invece alcune iniziative di intervento diretto sui processi assistenziali, per esempio attraverso la ridefinizione degli spazi ospedalieri in base al criterio dell'intensità assistenziale o la definizione di PDTA con finalità di governo clinico e di controllo dei rischi. Le stesse iniziative regionali di sviluppo del *risk management* sottolineano esplicitamente l'esigenza di promuovere la buona pratica clinica in una prospettiva di *clinical governance* ed *evidence-based medicine* più che di semplice «riduzione del fenomeno dell'errore». Come anticipato, un'implicazione fondamentale dell'attenzione ai processi è il contributo al coinvolgimento dei professionisti, anche al di sotto dei livelli apicali. L'analisi delle operazioni aziendali attraverso la chiave di lettura dei processi mostra infatti come la dimensione tecnico-sanitaria e quella organizzativa rappresentino semplicemente due facce inscindibili della stessa medaglia. Al massimo l'anima clinica e quella manageriale si possono scontrare sulle finalità della riprogettazione (riduzione della varianza clinica o dei costi), ma non certo sull'oggetto osservato, che è unitariamente clinico e organizzativo. Una seconda implicazione da segnalare è l'ulteriore evidenziazione delle incompressibili specificità aziendali. Più si va a fondo nell'analisi dei processi interni alle aziende, più ci si rende conto di quanto sia velleitaria una logica di standardizzazione e di quanto invece la qualità delle soluzioni adottate dipenda dalla loro rispondenza ai fabbisogni di ciascuna azienda.

Considerata la difficile situazione finanziaria che condiziona la maggior parte delle regioni e delle aziende, un quinto e ultimo tema critico resta ovviamente quello del «rientro» o comunque della «tenuta» sul piano strettamente economico-finanziario.

Per completare il quadro si possono infine citare tre elementi che per molti

aspetti trascendono la singola azienda e investono il sistema nel suo complesso, ma che dovranno in futuro ricevere particolare attenzione. Si tratta della valutazione degli *outcome*, per spostare almeno in parte il dibattito dai mezzi ai fini; del finanziamento e della gestione delle diverse forme di innovazione (tecnologica, organizzativa, assistenziale), per fronteggiare la forte dinamicità del sistema; del governo dell'assistenza territoriale, destinataria di quote crescenti di risorse, ma finora, rispetto all'assistenza ospedaliera, molto meno conosciuta e molto meno esposta alle logiche e agli strumenti manageriali.

Bibliografia

- Airoldi G. (1996), «Assetti istituzionali e assetti organizzativi», in G. Costa, R.C.D. Nacamulli (a cura di), *Manuale di organizzazione aziendale*, Torino, Utet.
- Airoldi G., Brunetti G., Coda V. (1994), *Economia aziendale*, Bologna, Il Mulino.
- Borgonovi E. (1984), «La pubblica amministrazione come sistema di aziende composte pubbliche», in E. Borgonovi (a cura di), *Introduzione all'economia delle amministrazioni pubbliche*, Milano, Giuffrè.
- Del Vecchio M. (2001), *Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche. Economicità, controllo e valutazione dei risultati*, Milano, Egea.
- Powell W., DiMaggio P. (1983), «The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields», *American Sociological Review*, n. 48, pp. 147-160.
- Yin R.K. (1994), *Case Study Research*, Thousand Oaks, Sage.