

## Collana **CERGAS**

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi

## Rapporto OASI 2007

### L'aziendalizzazione della sanità in Italia

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane), il CERGAS ha voluto confermare quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in atto nel sistema sanitario italiano secondo un approccio economico-aziendale. Ha inoltre creato un tavolo comune dove mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

Ogni anno, l'attività di ricerca di OASI viene raccolta in un Rapporto Annuale.

Il Rapporto 2007:

- presenta l'assetto complessivo del SSN e i principali dati che lo caratterizzano; propone inoltre due approfondimenti su spesa sanitaria privata e confronti internazionali;
- a livello regionale, analizza i sistemi di accreditamento e quelli di finanziamento, gli accordi integrativi con la medicina generale e le iniziative di governo dell'assistenza farmaceutica;
- a livello aziendale, prosegue l'indagine sulle iniziative di riassetto istituzionale, dedicandosi in particolare alle sperimentazioni gestionali e alla centralizzazione degli acquisti; propone una metodologia per l'analisi della produzione di prestazioni ospedaliere a livello di reparto e un modello di valutazione degli investimenti nei sistemi ERP; approfondisce le caratteristiche degli "ospedali di insegnamento"; propone un confronto tra le politiche retributive di diverse aziende sanitarie pubbliche e private; presenta un caso aziendale in tema di strategia; si chiude con un'analisi critica delle esperienze di project finance.

*Eugenio Anessi Pessina si è laureato in Economia aziendale presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito un Master of Arts e un Ph.D. in Managerial Science and Applied Economics presso la Wharton School dell'Università di Pennsylvania. Attualmente è professore straordinario di Economia aziendale presso l'Università Cattolica (sede di Roma) e senior fellow della Wharton School. È responsabile scientifico di OASI.*

*Elena Cantù si è laureata in Economia Aziendale presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito il Dottorato di ricerca in Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche presso l'Università degli Studi di Parma. Attualmente è lecturer presso l'Università Bocconi e svolge attività di docenza presso la SDA. È coordinatrice di OASI.*

ISBN 978-88-238-5084-2



9 788823 850842

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

Rapporto OASI 2007

Anessi Pessina • Cantù



# Rapporto OASI 2007

## L'aziendalizzazione della sanità in Italia

a cura di  
Eugenio Anessi Pessina  
Elena Cantù

**CERGAS** CENTRO DI RICERCHE  
SULLA GESTIONE  
DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE  
DELL'UNIVERSITÀ BOCCONI

Egea

# 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 l'ottava 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 confermare 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.cergas.unibocconi.it](http://www.cergas.unibocconi.it)), completamente rinnovato nell'estate 2007 e arricchito, tra l'altro, con una sezione che presenta i principali dati del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e permette di accedere ai file di tutti i Rapporti OASI, sia per anno che per temi;
- ▶ la sezione del Centro documentazione IPAS-CERGAS ([document.cergas@unibocconi.it](mailto: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 II 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.
- ▶ Accesso all'area riservata del sito OASI (<http://bcmnty-qp.unibocconi.it/oasi>), 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

A titolo esemplificativo si riportano gli incontri degli ultimi tre anni.

##### *Incontri 2005*

- |            |  |
|------------|--|
| 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.   |

##### *Incontri 2006*

- |           |  |
|-----------|--|
| 3 marzo   | Il governo clinico per i processi assistenziali. |
| 26 maggio | Il bilancio sociale.                             |

6 ottobre I principi contabili.

*Incontri 2007*

16 marzo Obiettivi individuali o di gruppo per i professionisti del SSN? Come coniugare gli obiettivi di budget per CdR con la valutazione individuale dei dirigenti.

18 giugno Logiche e strumenti di controllo strategico nelle aziende sanitarie.

26 ottobre Modelli di riorganizzazione delle strutture e dei processi amministrativi.

30 novembre I percorsi di carriera degli staff delle aziende sanitarie.

OASI realizza un monitoraggio continuo delle variabili che incidono sull'evoluzione del 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, 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 (Riquadro 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).

### 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, «L'aziendalizzazione della sanità in Italia: i principali contenuti del Rapporto OASI 2000», *Tendenze nuove*, n. 6, 2000, 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, «Regionalizzazione e aziendalizzazione del SSN nel Rapporto OASI 2003», *Tendenze nuove*, n. 3, 2004, 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, «L'aziendalizzazione del SSN», *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 35(6), pp. 5-9 e 35(7), 2004, 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, «L'aziendalizzazione della sanità nel Rapporto OASI 2005», *Tendenze nuove*, n. 2, 2006, 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*, 21(4), 2006, pp. 327-355).

**2006** *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2006*, a cura di E. Anessi Pessina ed E. Cantù, Milano, Egea, 2006 (Executive summary pubblicato ne *Il Sole 24 Ore Sanità*, 21 novembre 2006, pp. 12-15).

---

#### 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*, 11(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, «New Funding Arrangements in the Italian National Health Service», *International Journal of Health Planning and Management*, 16(4), 2001, 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, «Phasing Out Market Mechanisms in the Italian National Health Service», *Public Money & Management*, 24 (5), 2004, 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 ne *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** Scenari evolutivi del sistema di finanziamento del SSN – Impatti sulla gestione dei disavanzi e debiti commerciali dei sistemi sanitari regionali (in collaborazione con Apex partners).

**2006-2007** Il sistema sanitario e la sanità privata: quadro di riferimento nazionale e caratteristiche del sistema sanitario lombardo (in collaborazione con PAI partners).

**2006-2007** Osservatorio sull'assistenza sanitaria privata in Italia (in collaborazione con Assolombarda).

---

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.

## 1.2 Il modello di analisi

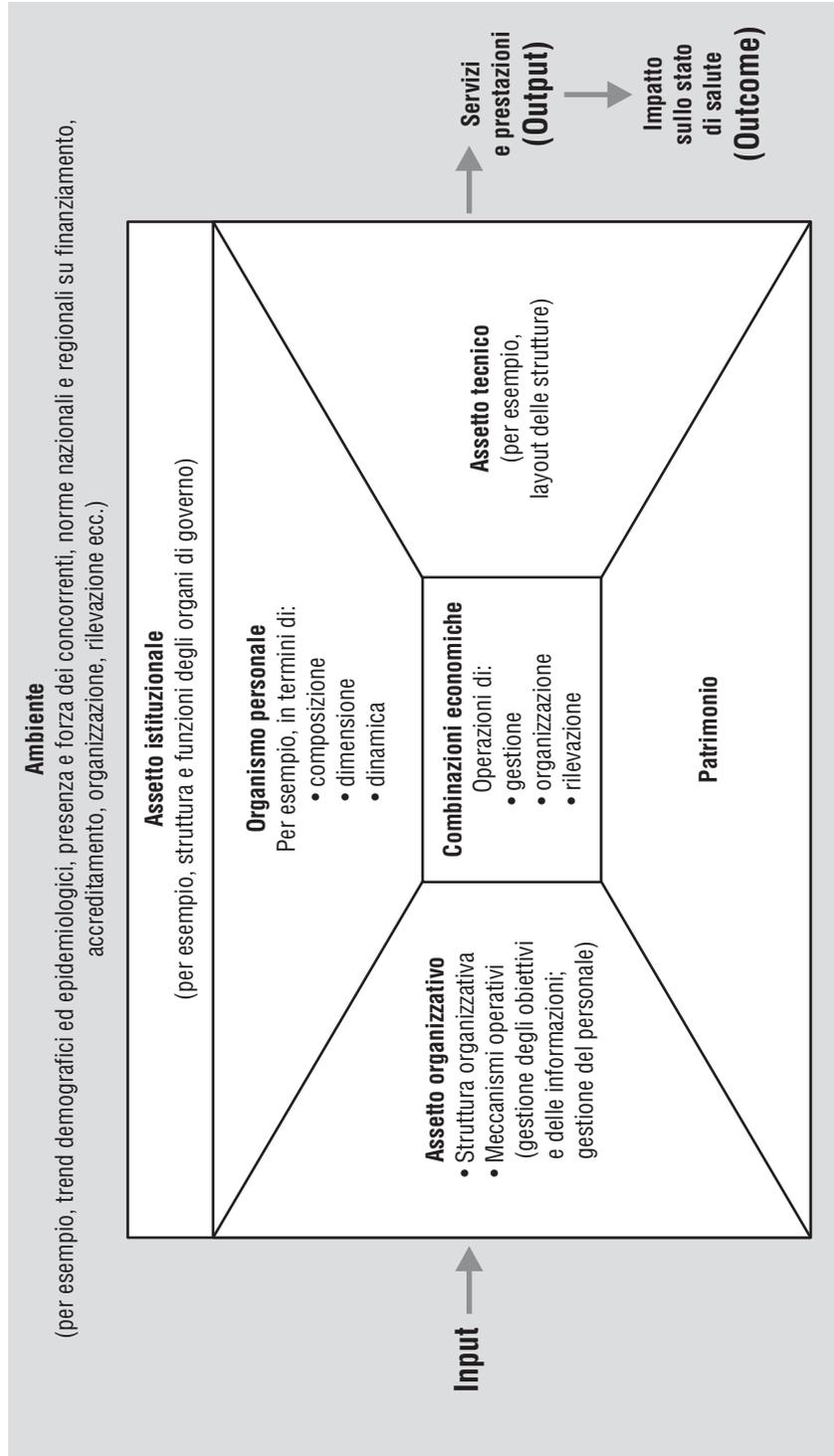
Nell'approccio economico-aziendale, la pubblica amministrazione (o qualunque suo sottosistema, compreso quello sanitario, che peraltro include anche aziende private) viene interpretata non come sistema unitario, ma come sistema di aziende dotate di autonomia. Di conseguenza:

- ▶ 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.

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)

Infine, nell'architettura originale del SSN, 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. Regole particolari (anch'esse in forte 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 econo-

niche 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 meccanismi 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). Tra gli elementi attivi, 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'*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.

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'insieme e la distribuzione dei

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 supporto 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 delle caratteristiche delle aziende, della mobilità dei direttori generali delle aziende stesse, degli interventi di «riordino» dei SSR; propone inoltre un quadro sintetico delle normative regionali che regolano l'assetto del SSR, l'eventuale istituzione di un'Agenzia Sanitaria Regionale (ASR), 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). Nel quadro della progressiva (ma tuttora incompiuta) responsabilizzazione finanziaria delle regioni, grande attenzione viene dedicata alle misure regionali di copertura dei disa-

vanzi e, novità di quest'anno, ai «piani di rientro». Rispetto ai Rapporti precedenti, ulteriori novità riguardano un approfondimento sulla spesa sanitaria privata (Capitolo 3) e l'ampio spazio dedicato ai confronti internazionali, non più limitati ai dati di spesa (Capitolo 3), ma estesi al pacchetto di servizi offerti dal servizio sanitario, ai processi decisionali che lo definiscono, alle modalità di rimborso dei servizi, ai criteri di definizione dei tariffari (Capitolo 4).

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». In particolare, il Capitolo 5 «fa il punto» sui sistemi di accreditamento; il Capitolo 6 indaga se e in che misura i sistemi di finanziamento a tariffa vengono utilizzati dalle regioni come strumenti di orientamento dei comportamenti degli erogatori; il Capitolo 7 analizza e valuta le caratteristiche dei nuovi accordi integrativi regionali con la medicina generale; il Capitolo 8 identifica le principali iniziative assunte dalle regioni per il governo dell'assistenza farmaceutica.

Le successive tre parti sono dedicate più specificamente alle aziende. Nella terza parte (ridenominata già l'anno scorso «Assetti istituzionali e combinazioni economiche»), il Capitolo 9 si focalizza sugli assetti istituzionali, proponendo un'analisi delle sperimentazioni gestionali o, più precisamente, delle «forme di partenariato pubblico-privato che si configurano come collaborazioni formali e hanno come oggetto specifico la gestione ed erogazione di servizi sanitari *core*». Il Capitolo 10 indaga invece gli elementi che caratterizzano le diverse soluzioni istituzionali e organizzative adottate dalle regioni per la gestione centralizzata dei processi d'acquisto. Il Capitolo 11 si concentra infine sulle combinazioni economiche, proponendo una metodologia per l'analisi della produzione di prestazioni ospedaliere a livello di reparto.

Nella quarta parte («L'organizzazione») si approfondiscono le caratteristiche degli «ospedali di insegnamento» in termini di sistemi di *governance*, assetti organizzativi, relazione tra attività di didattica, ricerca e assistenza (Capitolo 12). Si propone inoltre un confronto tra le politiche retributive di diverse aziende sanitarie pubbliche e private (Capitolo 13).

La quinta parte («La rilevazione»), infine, propone innanzi tutto un capitolo sulla strategia aziendale, in cui si pone particolare attenzione alla dimensione umana della strategia (Capitolo 14). Segue la presentazione di un modello di valutazione degli investimenti nei sistemi ERP, con un'applicazione a un campione di aziende sanitarie pubbliche (Capitolo 15). Il Rapporto si chiude con un'analisi delle esperienze di *project finance* (Capitolo 16). 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, lo schema interpretativo proposto nei Rapporti 2005 e 2006 viene confermato anche quest'anno.

Il Rapporto 2007 rileva innanzi tutto la *permanente dinamicità del sistema*, con una continua ricerca e sperimentazione di soluzioni non preconfezionate, ma disegnate per le specifiche esigenze locali. La dinamicità, peraltro, emerge con grande evidenza già dall'evoluzione dei dati di struttura e di attività nell'ultimo decennio: si pensi, per esempio, al numero di strutture di ricovero pubbliche ed equiparate; ai posti letto per degenza ordinaria e day hospital; al numero di strutture residenziali e semiresidenziali; alle giornate di degenza; al rapporto tra ricoveri in degenza ordinaria e day hospital; al peso medio dei ricoveri ordinari.

Ormai ininterrottamente dal 2002, si susseguono inoltre le iniziative di *ingegneria istituzionale* nella triplice accezione di accorpamenti e scorpori di Aziende Sanitarie Locali (ASL) e Aziende Ospedaliere (AO); introduzione di nuovi soggetti giuridici; interventi sui meccanismi che legano tra loro le diverse aziende (programmazione, contrattazione, coordinamento, condivisione di alcune funzioni a livello di area vasta). Nell'ultimo anno sono ben quattro (Piemonte, Bolzano, Puglia, Calabria) le regioni che hanno rivisto l'assetto delle aziende sanitarie, tipicamente nel senso di una maggiore aggregazione; le ASL si sono ormai ridotte a 157, contro le 197 del 2002. Tra i nuovi soggetti istituzionali e i meccanismi di collegamento interaziendale, il Rapporto di quest'anno analizza in particolare quelli derivanti dalle sperimentazioni gestionali (l'89 per cento delle quali ha comportato la creazione di nuovi soggetti giuridici) e dalla centralizzazione degli acquisti. Innovazioni di natura istituzionale si rilevano anche all'interno delle aziende, con la ridefinizione delle strutture e dei meccanismi di governo, come esemplificato dal capitolo sugli ospedali di insegnamento.

Per molti aspetti, le scelte di ingegneria istituzionale sono anche una manifestazione dell'*accentramento regionale*. Alcune regioni creano ASL uniche regionali; altre centralizzano gli acquisti e in prospettiva un'ampia gamma di funzioni amministrative; quasi tutte tendono a riappropriarsi delle decisioni strategiche. Paradossalmente, però, l'accentramento regionale si rivela assente proprio in alcune situazioni dove sarebbe indispensabile. La finanza, per esempio, è una funzione tipicamente accentrata a livello di *corporate* o *holding*; a maggior ragione ciò pare opportuno nella sanità pubblica, dove per evidenti ragioni storiche le competenze sono molto limitate; eppure nella maggior parte dei casi le aziende hanno proceduto in ordine sparso, senza un adeguato supporto regionale nella definizione delle strategie finanziarie e nella strutturazione delle operazioni. Ciò è tanto più grave se si considera l'ingente volume delle operazioni stesse: con riferimento specifico al *project finance*, l'edilizia sanitaria e sociale copre da sola il 53 per cento del valore degli investimenti così finanziati.

All'accentramento regionale si affianca la *differenziazione interregionale*, ormai evidente sotto qualsiasi profilo: peso e caratteristiche delle strutture private accreditate; propensione della regione a sostituire frequentemente i direttori generali delle aziende e ad assegnare i nuovi incarichi a persone esterne; modalità di copertura dei disavanzi; sistemi di accreditamento in termini, per esempio, di tempistica della progettazione e dell'implementazione, di caratteristiche ed estensione del sistema, di effettiva entrata a regime; sistemi di finanziamento delle aziende in termini, per esempio, di estensione del «quasi-mercato» e di investimenti sul sistema tariffario per renderlo un efficace strumento di guida dei comportamenti; caratteristiche degli accordi integrativi regionali per la medicina generale; incidenza della spesa farmaceutica e determinazione della regione ad accompagnare con proprie iniziative le misure di contenimento nazionali; frequenza e modalità di ricorso alle sperimentazioni gestionali; percorsi di sviluppo della centralizzazione degli acquisti e correlati assetti istituzionali e organizzativi. In un sistema così regionalizzato, il ministero della Salute e l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR) devono ridefinire il proprio ruolo, che può comunque essere molto rilevante, con riferimento ad almeno tre funzioni. La prima funzione è il monitoraggio dei livelli di assistenza, che affianchi quello (incisivo) sugli equilibri di bilancio e tuteli le collettività regionali rispetto al rischio di un progressivo deterioramento dei servizi. La seconda funzione è la condivisione e il trasferimento delle conoscenze e delle esperienze: ciò consentirebbe di cogliere fino in fondo uno dei principali punti di forza del federalismo, ossia la possibilità di sperimentare «in parallelo» e «su scala locale» soluzioni diverse, di confrontarle e valutarle e, se opportuno, di estenderle ad altri contesti; consentirebbe inoltre di razionalizzare e sistematizzare alcune prassi già presenti (per esempio, nei casi della contabilità generale e dell'accreditamento) di «imitazione» delle regioni più avanzate da parte delle altre. La terza funzione è quella di stimolo e supporto al recupero di efficacia ed efficienza da parte delle regioni in difficoltà, come già si è iniziato a fare con il sistema dell'«affiancamento», anche concedendo loro il «beneficio di avere le mani legate», ossia permettendo loro di scaricare sul livello nazionale la «colpa» di decisioni necessarie ma impopolari, secondo un modello già consolidato nei rapporti, per esempio, tra l'Italia e l'Unione Europea.

Accentramento regionale e ingegneria istituzionale rischiano di mettere in seria crisi il modello aziendale, o comunque le aziende sanitarie come correntemente intese. Nell'ASL unica regionale, il confine tra azienda sanitaria e assessorato regionale potrebbe diventare sempre più sfumato. L'accentramento regionale di decisioni strategiche e funzioni amministrative potrebbe di fatto trasformare le aziende sanitarie in articolazioni operative della regione, dotate di autonomia giuridico-formale ma non sostanziale, con a capo dei direttori generali che sono in realtà dei direttori di «stabilimento» o di «filiale». Più in generale, come più volte sottolineato, l'ingegneria istituzionale può paralizzare lo sviluppo manageriale delle aziende.

In realtà, però, l'«aziendalizzazione» del sistema pare ormai sufficientemente consolidata e così le singole aziende. Spazi di *autonomia e differenziazione azien-*

*dale*, tra l'altro, emergono sistematicamente anche nelle circostanze più inattese. Nei casi di centralizzazione degli acquisti, per esempio, la centrale si sostituisce all'azienda nella fase di esecuzione della gara, ma non può vicariare la successiva gestione del contratto; può fungere da stimolo a una migliore programmazione degli acquisti, ma non svolgerla per conto della singola azienda. I dati sembrano smentire, inoltre, che le retribuzioni relative a ciascuna figura professionale siano simili tra le aziende sanitarie pubbliche; al contrario, le aziende sembrano avere spazi di autonomia per determinare le proprie politiche retributive, tenuto conto delle attività svolte, delle risorse a disposizione, delle relazioni sindacali. Dal Rapporto emergono poi significativi gradi di differenziazione, anche tra aziende della medesima regione, su temi quali gli accordi aziendali per la medicina generale; le modalità di adozione e gli impatti dei sistemi ERP; le modalità e le conseguenze del ricorso alle sperimentazioni gestionali e al *project finance*; le caratteristiche degli ospedali di insegnamento. Da ciò si possono trarre almeno due indicazioni fondamentali. La prima chiama in causa le regioni: si conferma infatti che molte variabili chiave restano sotto il controllo delle singole aziende e che il loro efficace utilizzo continua a dipendere, anche se non esclusivamente, dalle capacità manageriali interne alle aziende stesse; è dunque necessario continuare a investire sul management locale, tra l'altro senza limitarsi alle sole figure di vertice. La seconda chiama in causa il livello nazionale: le aziende possono svolgere un ruolo fondamentale nei processi di condivisione e trasferimento delle conoscenze e delle esperienze, da un lato; nel sostegno al recupero di efficacia ed efficienza da parte delle regioni (e delle aziende) in difficoltà, dall'altro.

L'autonomia aziendale, infine, alimenta *la diffusione, il consolidamento e l'ampliamento della gamma degli strumenti manageriali*. Resta naturalmente il rischio di un *impiego limitato o inappropriato degli stessi*. Nel Rapporto si segnalano per esempio lo snaturamento dell'istituto dell'accreditamento o comunque il suo declassamento a un ruolo puramente formale; la criticità e la dubbia convenienza di alcune sperimentazioni gestionali e soprattutto di molte operazioni di *project finance*; l'implementazione inefficace di alcuni sistemi ERP; le difficoltà di rinnovamento degli assetti istituzionali e organizzativi di molti ospedali di insegnamento e, spesso, la scelta di soluzioni che riflettono compromessi di potere e sono quindi a forte rischio di inefficacia. Almeno in alcuni capitoli traspare però una crescente consapevolezza della necessità di curare la coerenza tra finalità perseguite e strumenti utilizzati; la fase dell'implementazione rispetto a quelle di analisi e progettazione; l'identificazione delle «cinghie di trasmissione» tra decisioni strategiche e comportamenti quotidiani; la verifica dei risultati conseguiti con l'innovazione manageriale e l'eventuale ripensamento delle scelte effettuate.

Nel Rapporto di quest'anno, però, il tema che ricorre con maggiore frequenza riguarda le *variabili economico-finanziarie*.

La crescita della «spesa sanitaria» è una questione globale, per molti versi irrisolvibile, sotto alcuni aspetti persino positiva (si allocano risorse ad attività che migliorano la quantità e la qualità di vita delle persone; la «filiera della salute»

offre inoltre grandi opportunità di sviluppo economico). Nel nostro paese, l'ultimo decennio si è caratterizzato per massicce iniziative di razionalizzazione, come attesta la netta riduzione dei posti letto (quelli in regime ordinario, per acuti e non, sono passati da circa 357.000 nel 1995 a quasi 233.000 nel 2005); ciò non ha però impedito un incremento significativo della spesa sanitaria totale in rapporto sia al PIL (secondo i dati OCSE, da 7,3 a 8,9 per cento tra il 1995 e il 2005), sia alla popolazione (da 1.562 a 2.532 dollari PPA). Fenomeni analoghi si riscontrano in tutti i paesi avanzati; nel nostro paese sono però resi particolarmente critici dalle complessive difficoltà della finanza pubblica.

Con la regionalizzazione del SSN, il problema degli equilibri economico-finanziari è diventato ancora più incombente: si sono chiarite le responsabilità trasferendo alle regioni sia quelle di spesa, sia quelle di copertura dei disavanzi; si è impedito il ricorso a soluzioni dilatorie vietando di finanziare la spesa corrente con l'indebitamento; si sono introdotte sanzioni concretamente applicabili per le regioni inadempienti (blocco di una quota dei trasferimenti; innalzamento automatico delle aliquote tributarie; affiancamento e obbligo di redazione dei piani di rientro).

L'ultimo anno, peraltro, non si è rivelato eccessivamente critico sotto il profilo economico-finanziario. Secondo l'ultima Relazione Generale sulla Situazione Economica del paese, l'incidenza della spesa pubblica sul PIL è diminuita di un decimo di punto, attestandosi al 6,7 per cento; i disavanzi sanitari regionali 2006 sono così stati complessivamente inferiori a quelli del 2004 e del 2005. Le criticità finanziarie, inoltre, si concentrano in tre regioni con problemi molto peculiari. Se si considerano i disavanzi cumulati 2001-2006, al netto dei ripiani concessi con le leggi Finanziarie 2005, 2006 e 2007 (fondo transitorio), il 67,1 per cento è infatti attribuibile a Lazio, Campania e Sicilia. Le altre tre regioni soggette ad affiancamento, ossia Liguria, Abruzzo e Molise, rappresentano insieme solo il 6 per cento della popolazione nazionale.

Nel Rapporto, comunque, il frequente riferimento alle variabili economico-finanziarie non implica necessariamente l'adozione di politiche e strumenti finalizzati prevalentemente al contenimento della spesa. Ciò è anzi vero solo in alcuni casi, come quello delle politiche regionali sull'assistenza farmaceutica. In molti altri casi, invece:

- ▶ le difficoltà economico-finanziarie sono l'occasione per ricercare assetti istituzionali e organizzativi più funzionali, da cui potrebbero scaturire benefici non limitati al contenimento dei costi: per esempio rivedere l'assetto degli ospedali di insegnamento, investire sulla strategia, accentrare gli acquisti, ricorrere alle sperimentazioni gestionali;
- ▶ le variabili economico-finanziarie sono utilizzate per riconoscere la differenziazione delle attività svolte dai diversi soggetti (aziende o individui) e per guidarne i comportamenti: è il caso dei sistemi tariffari (almeno in alcune regioni italiane e in alcuni paesi europei) e dei sistemi retributivi (almeno in alcune aziende).

Volendo esprimere un giudizio sintetico, queste evoluzioni sono senz'altro positive se comportano un maggiore equilibrio tra contributi e ricompense; un migliore allineamento tra obiettivi individuali, aziendali e di sistema; una riallocazione efficiente di risorse sempre più scarse. Vanno però segnalati tre rischi. Il primo rischio è quello di privilegiare, nella valutazione delle esperienze, i benefici direttamente quantificabili in termini economico-finanziari rispetto agli altri. Esemplificativo al riguardo è il capitolo sugli ERP: gli autori evidenziano benefici di natura economico-finanziaria, organizzativa e strategica, ma per il lettore i primi sono molto più evidenti perché meglio sostenuti dalla «forza dei numeri». Il secondo rischio è quello di privilegiare i benefici di breve periodo e di carattere prettamente economico-finanziario. In merito si può richiamare il capitolo sulla centralizzazione degli acquisti, dove si sottolineano i rischi di eccedere nella minimizzazione dei prezzi di acquisto, nella standardizzazione dei prodotti verso il basso, nell'ampiezza e nella dimensione delle gare, con ripercussioni negative sulla rispondenza delle forniture ai reali fabbisogni aziendali, sui tempi di completamento delle procedure, sul grado di concorrenza tra i fornitori, sull'entità del contenzioso. Il terzo rischio è che le tensioni economico-finanziarie non incentivino scelte opportune, ma impongano soluzioni subottimali. Il caso più evidente è presentato nel capitolo sul *project finance*, che spesso viene scelto non per la sua convenienza rispetto alle possibili alternative, ma solo perché rappresenta di fatto «the only game in town», ossia l'unica alternativa percorribile per realizzare investimenti complessi ad alta intensità di capitali.

## 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. 147-60.
- Yin R.K. (1994), *Case Study Research*, Thousand Oaks, Sage.