

Collana CERGAS

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

Rapporto OASI 2005**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 confermarsi 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 2005:

- presenta l'assetto complessivo del SSN e i principali dati che lo caratterizzano;
- a livello regionale analizza gli strumenti e i contenuti dei Piani Sanitari Regionali; le indicazioni in merito all'assetto organizzativo delle aziende; i bilanci consolidati dei SSR; le scelte di governo della medicina generale;
- a livello aziendale indaga le nuove tipologie di aziende scaturite dai recenti processi di riassetto istituzionale; approfondisce il ruolo dei dipartimenti, delle farmacie ospedaliere e del controllo di gestione; analizza le scelte aziendali in tema di accreditamento e certificazione della qualità, di programmazione e controllo per le cure primarie, di contabilità analitica, di introduzione dei sistemi ERP, di ricorso al leasing e al lavoro interinale degli infermieri. Analizza infine due temi ispirati alla rilettura dell'organizzazione per processi: da un lato l'interpretazione del concetto di «governo clinico» e gli strumenti in cui viene declinato, dall'altro la riorganizzazione dei servizi di supporto non sanitari.

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 ricercatore a contratto al CERGAS Bocconi e svolge attività di docenza presso la SDA. È coordinatrice di OASI.

ISBN 88-238-5057-6



9 788823 850576

€ 42,00

www.egeaonline.it

Rapporto OASI 2005

Anessi Pessina • Cantù

**Rapporto OASI 2005****L'aziendalizzazione della sanità in Italia**

prefazione di Elio Borgonovi
e Francesco Longo

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

e Egea

6 Indirizzi regionali per la definizione degli assetti organizzativi delle aziende sanitarie: grado di normazione e proposte di innovazione

*di Clara Carbone, Lisa Cosmi, Federico Lega e Domenico Salvatore**

6.1 Alla ricerca di regolarità e differenze negli indirizzi regionali in materia di organizzazione

In un saggio pubblicato nel *Rapporto OASI 2004* (Lega 2004), dal titolo «Assetti organizzativi e sviluppo strategico tra neo-centralismi e periferie in movimento», si osservava, sulla base dell'esperienza sul campo, come le aziende sanitarie pubbliche e private stiano sviluppando «strategie emergenti di innovazione organizzativa attraverso piccoli passi rivoluzionari», determinando così una «periferia in movimento» che spesso supera o anticipa il dettato degli indirizzi regionali in materia di organizzazione. Si faceva riferimento, per esempio, al caso degli ospedali, dove si assiste all'introduzione di schemi organizzativi che promuovono la separazione tra la piattaforma logistica-assistenziale (il reparto di degenza con il personale infermieristico, le sale operatorie) e le responsabilità cliniche (l'équipe disciplinare), con reparti di degenza, ambulatori, blocchi operatori multispecialistici a gestione esclusivamente infermieristica, con riorganizzazioni delle stesse degenze in base all'intensità di cura/assistenza, con l'organizzazione della componente medica per processi e per gruppi multidisciplinari. Si faceva riferimento anche al caso dei servizi territoriali, dove si sperimentano forme di integrazione multidisciplinare e gestionale per erogare servizi e per gestire le patologie cronico-degenerative, dove si creano ospedali di comunità (*country hospitals*), dove si costruiscono le reti socio-sanitarie, dove il distretto diventa un ambito di riferimento programmatico reale.

Sempre nello stesso saggio, in conclusione, si sottolineava quanto sia importante che l'interesse attorno a quei fermenti di innovazione venga alimentato da tutte le organizzazioni che lavorano per lo sviluppo del settore sanitario e che le stesse istituzioni, *in primis* le Regioni, supportino e promuovano, anche normati-

* Sebbene il capitolo sia frutto di un comune lavoro di ricerca, i parr. 6.1 e 6.8 e sono da attribuirsi a Federico Lega, i parr. 6.2 e 6.3 e a Clara Carbone, il par. 6.6 a Lisa Cosmi e i parr. 6.4, 6.5 e 6.7 a Domenico Salvatore.

vamente, tali esperienze, dalle quali potrebbero emergere proposte concrete per migliorare il funzionamento del settore.

Alla luce di quanto affermato nel saggio sopra richiamato, in questo lavoro, si è ritenuto utile verificare con maggiore sistematicità quale sia il grado di normazione che le Regioni impongono sugli assetti organizzativi delle aziende e al tempo stesso i contenuti innovativi dei relativi indirizzi.

Il primo aspetto, quello del grado di normazione, ha lo scopo di capire quali regolarità e differenze ci siano allo stato attuale tra le Regioni in materia di indirizzi sull'organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche. Ci si è in questo caso limitati alla «matrice originaria» dell'organizzazione aziendale, cioè all'assetto organizzativo complessivo determinato dal combinarsi delle scelte di struttura organizzativa con quelle sui meccanismi operativi (con particolare riferimento ai sistemi di programmazione e controllo e di gestione delle risorse umane)¹. Questa analisi si presta a un confronto con una precedente ricerca condotta sempre da OASI nel 1999 (Di Falco 2000)², il che permette di apprezzare:

- lo sforzo fatto in generale dalle Regioni negli ultimi anni per appropriarsi con competenza della materia organizzativa, stimolando e guidando l'innovazione nelle aziende;
- le situazioni estreme di latitanza regionale e/o talvolta di eccessiva pervasività nell'obbligare scelte organizzative di dettaglio nelle aziende. Le prime negative perché sottraggono al sistema e alle singole aziende un importante stimolo propulsivo all'innovazione. Le seconde, sempre negative, perché comprimono eccessivamente l'autonomia dell'azienda, che trova negli assetti organizzativi uno sfogo necessario e naturale per calibrarsi e rispondere agli obiettivi e finalismi da essa stessa definiti o imposti e richiesti dal sistema in cui opera.

Queste riflessioni portano quindi al secondo aspetto, quello relativo ai contenuti innovativi, indagato per capire se, come e fino a che punto la «periferia in movimento» abbia contaminato gli indirizzi regionali. Nel saggio dell'anno scorso l'analisi si limitava a un campione di casi ed era basata sull'esperienza diretta e sulla conoscenza della normativa di riferimento delle Regioni dove tali casi (le «periferie») stavano innovando. In questo lavoro si è estesa l'analisi a tutte le Regioni italiane, cercando nelle pieghe della normativa, degli indirizzi e delle linee guida

¹ Per essere completi, l'assetto organizzativo include anche la variabile cultura, che nel caso specifico non è stata considerata in quanto non indagabile secondo lo schema metodologico adottato per l'indagine e comunque non includibile negli indirizzi normabili dalla Regione e quindi nell'oggetto di questo lavoro.

² Per maggiore completezza, si segnala un ulteriore contributo sul tema delle tendenze in atto negli assetti organizzativi a partire dallo studio degli indirizzi regionali (Longo 2001). In questo studio, tuttavia, i dati rilevati sono stati confrontati, ove possibile, con la ricerca del 2000 di G. Di Falco (2000) perché più omogeneo rispetto alle variabili considerate.

regionali in materia di organizzazione gli aspetti innovativi maggiormente qualificanti e comprovanti un'accresciuta sensibilità delle Regioni nel cogliere, promuovere e diffondere l'innovazione che si produce nel loro sistema.

Nei prossimi paragrafi, dopo un richiamo alla metodologia di indagine, si presentano quindi: le analisi relative agli indirizzi regionali per la definizione degli assetti organizzativi delle aziende sanitarie pubbliche, suddivisi tra indicazioni relative alla struttura organizzativa (par. 6.3) e quelle relative ai meccanismi operativi (parr. 6.4 e 6.5), e le analisi relative agli aspetti innovativi in materia di organizzazione inclusi in tali indirizzi (parr. 6.6 e 6.7).

6.2 Metodologia dell'indagine

Alla luce delle finalità esposte nel par. 6.1, la ricerca si è composta operativamente di due fasi. La prima, più descrittiva, è consistita nella ricostruzione sinottica dei modelli di assetti organizzativi e di meccanismi di governance delle aziende sanitarie pubbliche come definiti dalla normativa regionale. Questa fase è stata condotta a partire dalla raccolta e dall'analisi della documentazione istituzionale prodotta da tutte le Regioni entro il 31 maggio 2005. Per ogni Regione sono stati analizzati: l'ultima L.R. di organizzazione (con gli eventuali rimandi a quelle precedenti), il PSR in vigore al momento della stesura del capitolo e, in alcuni casi, anche quello in corso di approvazione se quello approvato era precedente al 2000³.

Inizialmente sono stati indagati:

- la dimensione verticale e orizzontale della struttura organizzativa, ovvero rispettivamente le modalità di sovra/subordinazione e, quindi, i diversi livelli su cui si articola la struttura organizzativa e le modalità di specializzazione della stessa, con riferimento specifico alle articolazioni distrettuali e a quelle dipartimentali (par. 6.3);
- le principali classi di meccanismi operativi, ossia sistemi di programmazione e controllo e sistemi di gestione del personale (par. 6.4);
- i meccanismi di governance delle aziende sanitarie pubbliche, con particolare riferimento alle relazioni con la proprietà, gli enti locali e la cittadinanza in generale (par. 6.5).

Sulla base della letteratura in materia di organizzazione delle aziende sanitarie, sono state individuate delle variabili, che raggruppate in una griglia di analisi, hanno consentito di operationalizzare gli obiettivi di questa prima fase di ricerca. La Tab. 6.1 presenta l'elenco delle variabili, mentre si rimanda ai parr. 6.3, 6.4 e 6.6 per la spiegazione delle stesse.

³ Il quadro completo delle leggi regionali di organizzazione e dei PSR è già stato proposto nel cap. 2.

Tabella 6.1 **Quadro sinottico sulle macro variabili e variabili analizzate, prima fase della ricerca**

Macrovariabile	Variabile
<i>Struttura organizzativa:</i> articolazione distrettuale	Definizione del concetto di distretto
	Criterio di individuazione dei distretti diverso da quello definito a livello nazionale (art 3- <i>quarter</i> del D.lgs. 502/1992);
	Esplicita separazione nell'ambito del distretto della funzione di committenza e di produzione.
<i>Struttura organizzativa:</i> articolazione dipartimentale	Definizione del concetto di dipartimento
	Logiche di aggregazione dei dipartimenti;
	Dipartimenti interaziendali;
	Individuazione dei dipartimenti territoriali;
	Indicazione sui dipartimenti ad assistenza integrata (DAI)
<i>Meccanismi operativi:</i> sistemi di programmazione e controllo (P&C)	Indicazioni generali sui sistemi di P&C
	Indicazione chiara del ruolo dei distretti come centro di responsabilità (CdR)
	Indicazione chiara del ruolo dei dipartimenti come CdR
	Indicazioni specifiche su fasi e tempistica del processo di P&C
<i>Meccanismi operativi:</i> sistemi di gestione delle risorse umane (GRU)	Indicazioni generali sui sistemi di GRU
	Indicazioni sulle modalità di valutazione e incentivazione del personale diverse da rimando al contratto collettivo nazionale (CCNL)
	Indicazioni sulle modalità di attribuzione degli incarichi
	Indicazioni sulle modalità di assunzione del personale
	Indicazioni correlate alla formazione
	Esplicita previsione di una funzione GRU nelle aziende
	Indicazioni su clinical governance
<i>Sistemi di governance:</i> relazione EE.LL/cittadinanza – Aziende Sanitarie	Partecipazione dei sindaci alla programmazione sanitaria
	Partecipazione dell'associazione dei pazienti alla programmazione sanitaria
	Carta dei servizi
<i>Sistemi di governance:</i> relazione Regione – Aziende Sanitarie	Piani di attuazione dei PSR (per esempio, piani attuativi locali e ospedalieri)
	Piano strategico
	Piano di organizzazione

La seconda fase della ricerca, più interpretativa, ha preso avvio dai dati normativi raccolti nella fase precedente. Essa presenta le principali tendenze innovative in termini di assetti organizzativi e di meccanismi di governance (par. 6.6) e, inoltre, valuta il grado di normazione da parte delle Regioni sugli stessi temi. Il grado di normazione è stato indagato per ogni macrocategoria riportata in Tab. 6.1 ed è stato classificato in basso, medio, alto secondo i criteri e con i limiti presentati nel par. 6.7.

6.3 La struttura organizzativa: un confronto tra le normative

In questo paragrafo viene presentato il contenuto delle norme regionali rispetto ai diversi livelli su cui si articola la struttura organizzativa delle aziende sanitarie, con riferimento specifico alle articolazioni organizzative distrettuali e a quelle dipartimentali sia territoriali che ospedaliere.

Dipartimenti e distretti rappresentano livelli organizzativi funzionali all'integrazione clinico-gestionale e al coordinamento degli interventi atti a soddisfare i bisogni di salute che emergono dal territorio o dall'utenza di riferimento (Adinolfi 2001). Le due articolazioni organizzative rispondono entrambe al bisogno di (De Pietro *et al.* 2003):

- agevolare il decentramento gestionale e di responsabilità, costituendo livelli organizzativi efficaci per la razionalizzazione delle unità operative (il dipartimento) e la gestione della domanda di servizi espressa dalla popolazione (il distretto);
- consentire un'ampia flessibilità gestionale attraverso la definizione *ex ante* di obiettivi da perseguire e risorse assegnate;
- ricercare economie di scala, di conoscenza ed eventualmente di raggio d'azione;
- garantire unitarietà e coordinamento della presa in carico del paziente nel percorso assistenziale, integrando le fasi di diagnosi, cura e riabilitazione;
- favorire l'integrazione tra strutture organizzative e professionisti diversi.

I parr. 6.3.1 e 6.3.2, dopo un'analisi dei significati che le Regioni attribuiscono alle articolazioni organizzative del distretto e del dipartimento, analizzano altre variabili di carattere essenzialmente organizzativo (cfr. Tab. 6.1).

6.3.1 Indicazioni organizzative per il livello distrettuale

Riguardo all'articolazione organizzativa distrettuale, ogni Regione ha ripreso la definizione di distretto riportata nella normativa nazionale (art. 3-*quarter*, commi 2 e 3, del D.lgs. 502/1992) e, nello stesso tempo, ne ha enfatizzato alcuni aspetti.

Tabella 6.2 **Concetti centrali nelle definizioni di distretto nelle norme regionali**

Concetti nella definizione di distretto	Numero Regioni
Articolazione territoriale autonoma dell'ASL	2
Integrazione servizi sanitari e socio-assistenziali	11
Centralità del cittadino	6
Collaborazione con i Comuni	2
Totale	21

È stato quindi possibile classificare le Regioni in quattro gruppi sulla base della maggior enfasi sul concetto di distretto come articolazione territoriale dell'ASL:

1. dotata di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio dell'unità sanitaria locale;
2. finalizzata a realizzare un elevato livello di integrazione tra i servizi che erogano le prestazioni sanitarie e tra questi e i servizi socioassistenziali;
3. promotrice della centralità e della partecipazione dei cittadini;
4. luogo di dialogo e di collaborazione con i comuni.

Circa la metà delle Regioni (11 su 21), in particolare quelle meridionali, ha enfatizzato il concetto secondo cui il distretto, nell'assicurare i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie e nel coordinare le proprie attività con quelle delle altre strutture operative aziendali (dipartimenti e presidi ospedalieri), opera in maniera integrata sia con le altre aziende sanitarie sia con l'ambito socio-sanitario, perseguendone l'integrazione.

Un altro gruppo di Regioni (sei su 21) ha sottolineato il concetto della centralità del cittadino nel duplice significato di destinatario delle prestazioni socio-sanitarie erogate dal distretto e di soggetto coinvolto nella definizione delle attività distrettuali.

Sono invece poche (due su 21) sia le Regioni che enfatizzano la promozione e lo sviluppo della collaborazione con i comuni secondo il principio di sussidiarietà per la rappresentazione delle necessità assistenziali e l'elaborazione dei relativi programmi di intervento, sia le Regioni che riducono il significato del distretto a quello di un'articolazione territoriale dell'ASL dotata di autonomia.

La ragione di queste differenze interregionali può essere ricondotta a un'evoluzione nel tempo della concezione di distretto: nelle prime due classi di Regioni la normativa di riferimento risale agli ultimi due anni (2004-2005); per gli altri due la normativa di riferimento è precedente al 1996.

Tabella 6.3 **Le variabili considerate nelle norme regionali sulla struttura del distretto**

Variabili	Numero regioni
Criterio di individuazione dei distretti diverso o ulteriore da quello del numero di abitanti (riferimento normativo nazionale: 60.000 ab. tranne per varie eccezioni)	12
Separazione funzioni di committenza e produzione nell'ambito del distretto	8

Per quanto riguarda il distretto sono state inoltre indagate le seguenti variabili organizzative (Tab. 6.3):

- l'eventuale presenza di un criterio di individuazione dei distretti diverso da quello definito a livello nazionale (art. 3-*quarter* del D.lgs. 502/1992);
- l'eventuale esplicita separazione nell'ambito del distretto delle funzioni di committenza e di produzione.

Riguardo alla prima variabile, l'analisi è stata condotta a partire dal criterio di costituzione dei distretti indicato dalla normativa nazionale, secondo cui la definizione dei criteri per l'articolazione dell'ASL in distretti da parte dell'atto aziendale deve garantire una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la Regione, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente (artt. 2-*sexies* e 3-*quarter* del D.lgs. 502/1992).

Più della metà delle Regioni ha disposto diversamente (12 su 21). Tra queste sono state individuate Regioni che hanno fissato una dimensione minima del distretto al di sotto o al di sopra dei 60.000 abitanti e/o Regioni che hanno coinvolto nell'individuazione dei distretti altri soggetti istituzionali. Rispetto al primo gruppo, è significativo il caso della Regione Lombardia secondo cui la dimensione del distretto deve tendere ad almeno 100.000 abitanti, poiché ambiti più circoscritti comporterebbero di fatto l'impossibilità di esercitare un'effettiva attività di programmazione a medio-lungo termine. Ove sussistono dimensioni più ridotte, si dovrebbe puntare, secondo il PSSR lombardo 2002-04, all'accorpamento funzionale di più distretti, contigui per territorio, individuando un unico responsabile degli stessi in modo da concentrare le attività di tipo programmatico e la gestione delle risorse umane. Rispetto al secondo gruppo è opportuno sottolineare l'esempio della Regione Emilia Romagna la cui recente L.R. 29/2004 (art. 5) ha attribuito alla Conferenza territoriale sociale e sanitaria un ruolo nell'individuazione dei distretti e nella modifica dei loro ambiti territoriali. Secondo i dati riportati in uno studio comparabile del 1999 (Di Falco 2000), cinque anni prima quattro Regioni delle diciannove che costituivano il campione avevano approvato norme sull'«individuazione della dimensione dei distretti».

Rispetto, alle funzioni attribuite al distretto e alla loro organizzazione nell'am-

bito dell'articolazione distrettuale, la normativa nazionale dà piena autonomia legislativa alle regioni purché si garantiscano determinati livelli assistenziali territoriali (art. 3-*quinquies* del D.lgs. 502/1992). In questo quadro di autonomia organizzativa concessa alle regioni, si è voluto indagare quante hanno istituzionalizzato esplicitamente nell'ambito del distretto la separazione delle funzioni di committenza e di produzione. Per funzione di committenza si è intesa la funzione di «definizione dei servizi necessari per rispondere alle necessità dei cittadini su un determinato territorio», che costituisce lo strumento indispensabile per la programmazione. La funzione di committenza sviluppa (Longo 2004):

- la concertazione con gli enti locali delle priorità sanitarie (funzione di rappresentanza politica);
- la negoziazione con i produttori dei loro livelli e mix attesi di produzione, alla luce dei dati storici e dei bisogni della popolazione (funzione di programmazione o acquisto di prestazione socio-sanitarie);
- il controllo intermedio e finale delle dinamiche dei consumi (funzione di monitoraggio).

Tale funzione, che deve essere svolta in modo integrato con gli enti locali, si attua essenzialmente attraverso le seguenti fasi:

1. valutazione dei bisogni di salute della popolazione, da svolgersi con i comuni;
2. definizione delle priorità, definizione quali-quantitativa delle prestazioni e attività necessarie e dei relativi costi;
3. individuazione delle modalità di risposta in termini di offerta dei servizi da parte delle aziende sanitarie, enti locali, settori del privato sociale e del privato accreditato;
4. proposta alla direzione aziendale, che opera una sintesi delle singole proposte dei distretti e sceglie le priorità aziendali, anche in ragione delle compatibilità economico-finanziarie;
5. fase attuativa, curata dal distretto, che individua anche le modalità di verifica, in corso d'opera e finale, del grado di raggiungimento degli obiettivi prefissati (ASSR 2003).

La funzione di produzione del distretto si esplica invece nelle seguenti attività: cure primarie, specialistica territoriale, prevenzione, programmi di raccordo con l'ospedale (ASSR 2003).

Dall'analisi documentale è emerso che otto Regioni su 21 hanno esplicitato la separazione delle due funzioni enfatizzando sempre di più il peso della committenza nel mix delle attività «committenza-produzione» assegnate al distretto. C'è da dire che in alcune di queste Regioni, tale modello risulta ancora in una fase solo dichiarata visto che non sono ancora state definite delle linee guida attuative. È invece da evidenziare la Regione Emilia Romagna dove questo

modello, è attuato in tutti i distretti della Regione: il PSR 1999-01 ha previsto di mantenere unitariamente nelle ASL le funzioni di produzione e di committenza, ma di separarle organizzativamente all'interno del distretto. Si attribuisce così al direttore di distretto principalmente la funzione di tutela-committenza e ai MMG le funzioni di produzione dei servizi, con l'istituzione del Dipartimento delle cure primarie (DCP). La valenza strategica e collegiale della funzione di committenza esige che essa sia posta in capo all'alta direzione aziendale (DG, DS, DA) affiancata a tale fine dai direttori di distretto, chiamati a fungere da interfaccia con i relativi comitati di distretto e a governare le prime forme di espressione della domanda di servizi sanitari. La responsabilità della produzione riconducibile alle attività distrettuali viene esercitata, invece, dal Direttore del Dipartimento delle cure primarie e, per gli aspetti relativi all'integrazione e al coordinamento, dal singolo direttore di distretto.

6.3.2 Indicazioni organizzative per il livello dipartimentale

Rispetto al concetto di dipartimento, la normativa nazionale (art. 17-*bis* del D.lgs. 502/1992) fornisce delle indicazioni piuttosto generali, lasciando ampia autonomia alle singole Regioni. Ciò ha determinato da parte delle Regioni significative difformità nel definire l'articolazione organizzativa dipartimentale (Tab. 6.4):

- 9 Regioni hanno ripreso la definizione data a livello nazionale secondo cui «l'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie» e, senza specificarne il significato, hanno direttamente declinato i criteri per la costituzione dei dipartimenti con la distinzione tra dipartimenti territoriali e ospedalieri;
- 12 hanno fornito delle indicazioni aggiuntive rispetto a quelle contenute nella normativa nazionale.

Tabella 6.4 **Concetti centrali nelle definizioni di dipartimento nelle norme regionali**

Concetti nella definizione di dipartimento	Numero Regioni	
Esclusivo rimando alla normativa nazionale (ex art. 17- <i>bis</i> del D.lgs. 502/1992)	9	
Rimando alla normativa nazionale (ex D.lgs. 502/1992) e specificazioni regionali	<ul style="list-style-type: none"> • omogeneità, affinità e complementarità delle unità operative che costituiscono il dipartimento 	5
	<ul style="list-style-type: none"> • ruolo di coordinamento e di direzione del dipartimento 	5
	<ul style="list-style-type: none"> • dimensione multiprofessionale e poli-specialistica del dipartimento 	2

In particolare, nell'ambito di questo ultimo gruppo di Regioni si distinguono le Regioni che hanno posto l'accento:

1. sull'omogeneità, affinità e complementarità delle unità operative che costituiscono il dipartimento, che perseguono comuni finalità e sono quindi interdipendenti (cinque Regioni);
2. sul ruolo di coordinamento e di direzione del dipartimento con compiti di orientamento, consulenza e supervisione per lo svolgimento delle funzioni complesse cui è preposto (cinque Regioni); e, infine,
3. sulla dimensione multiprofessionale e polispecialistica, identificando il dipartimento come un'articolazione operativa che governa macroprocessi assistenziali rispondenti ai bisogni della popolazione con risorse stabilmente integrate (due Regioni).

Per quanto riguarda il dipartimento sono state, inoltre, indagate le seguenti variabili organizzative (Tab. 6.5):

- logiche di aggregazione dei dipartimenti;
- istituzione di dipartimenti interaziendali;
- individuazione dei dipartimenti territoriali;
- indicazione sui dipartimenti ad assistenza integrata (DAI).

Riguardo alle logiche di aggregazione dei dipartimenti, la normativa nazionale (D.lgs. 502/1992) lascia ampio spazio di definizione alle Regioni. Si è voluto quindi indagare quante di queste hanno esplicitato i criteri per la costituzione dei dipartimenti facendo riferimento a criteri funzionali e/o divisionali. Per criterio funzionale s'intende una tipologia di raggruppamento di una pluralità di unità operative in base all'affinità del loro sistema tecnico (dipartimenti di specialità o area assistenziale omogenea); per criterio divisionale s'intende, invece, una tipo-

Tabella 6.5 **Le variabili considerate nelle norme regionali sulla struttura del dipartimento**

Variabili	Numero Regioni
Logiche di aggregazione del dipartimento	8
• funzionale e divisionale	8
• funzionale	3
• divisionale	1
Dipartimenti interaziendali	5
Dipartimenti territoriali diversi dai dipartimenti di prevenzione e di salute mentale	12
Indicazione sui DAI (D.lgs. 517/1999)	4

logia di raggruppamento di una pluralità di unità operative in base alla loro interdipendenza nell'ambito di specifici obiettivi (dipartimenti d'organo, d'apparato ecc.). Dall'analisi documentale è emerso che più della metà (12 su 21) delle regioni dà delle indicazioni rispetto a tali criteri: otto regioni definiscono dei criteri sia di tipo funzionale che divisionale, tre esclusivamente criteri di tipo funzionale e una sola esclusivamente criteri di tipo divisionale. Questi indirizzi regionali riguardano prevalentemente la costituzione dei dipartimenti ospedalieri.

Con riferimento alle Regioni che prevedono criteri sia di tipo funzionale che divisionale si distinguono la Puglia e la Lombardia. La Puglia è stata una delle prime fra le Regioni a esplicitare tali criteri: le prime indicazioni sul dipartimento sono state inserite nella prima L.R. di riordino del SSR dopo la riforma dei primi anni Novanta (L.R. 36/1994) e stabilivano che i dipartimenti potevano essere organizzati per obiettivi, ovvero dipartimenti costituiti da divisioni e servizi al fine di coordinare l'azione nella prospettiva di un determinato risultato da raggiungere (dipartimenti divisionali), e per condivisione di risorse, ovvero dipartimenti costituiti da divisioni o servizi omologhi o omogenei sotto il profilo dell'attività o delle risorse umane e tecnologiche impiegate o delle procedure operative (dipartimenti funzionali). La peculiarità della Regione Lombardia, invece, risiede nella definizione di ulteriori criteri oltre a quelli funzionali e divisionali. Il PSSR 2002-04 ha previsto infatti la costituzione di dipartimenti:

1. gestionali per promuovere il coordinamento clinico⁴;
2. funzionali per promuovere l'utilizzo integrato e ottimale di tutte le risorse assegnate⁵;
3. divisionali per attivare la funzione di clinical governance con riferimento alle AO ad alta specializzazione⁶.

Riguardo alla seconda variabile – dipartimenti interaziendali –, meno di un quarto delle Regioni (cinque su 21) ha promosso la costituzione di tali dipartimenti. Le finalità sottostanti la costituzione di queste macro-articolazioni, come dichiarate dalle Regioni, sono essenzialmente l'ottimizzazione/appropriatezza delle risorse da un lato e la garanzia di continuità dei percorsi assistenziali dall'altro. Tali finalità, nella sostanza, si sono realizzate attraverso la costituzione di dipartimenti interaziendali in ambito ospedaliero tra strutture di ricovero di complessità differente e/o tra articolazioni organizzative territoriali e ospedaliere. Con riferimento

⁴ I dipartimenti gestionali sono costituiti da strutture complesse e semplici caratterizzate da particolari specificità (anche appartenenti a presidi/stabilimenti diversi) affini o complementari, comunque omogenee.

⁵ I dipartimenti funzionali sono costituiti da strutture complesse e semplici la cui attività deve essere uniformata attraverso un comune indirizzo organizzativo, scientifico e tecnico per garantire la continuità diagnostica e terapeutica ai pazienti.

⁶ Nei dipartimenti divisionali sono aggregate le diverse professionalità coinvolte nella diagnosi e cura di uno specifico organo.

alla prima tipologia, è da richiamare il caso del Friuli Venezia Giulia dove, in risposta anche a obiettivi nazionali (PSN 2003-05) di promozione dell'eccellenza di alcune strutture di ricovero e di conversione di ospedali minori verso l'ospedalità a domicilio, sono stati attivati dipartimenti interaziendali tra AO, AOU, IRCCS e PO a gestione diretta dell'ASL; rispetto all'integrazione ospedale-territorio sono significativi gli esempi del dipartimento trasmurale della PA di Bolzano (dipartimento di raccordo ospedale e territorio) o della sperimentazione in atto nella provincia di Foggia per l'attivazione del dipartimento interaziendale di nefrologia e dialisi che ha visto aggregate le relative strutture dell'AOU di Foggia e delle tre ASL della provincia.

Riguardo all'individuazione dei dipartimenti territoriali il D.lgs. 502/1992 dà indicazioni solo con riferimento ai dipartimenti di prevenzione e di salute mentale⁷. Quasi tutte le Regioni nelle proprie L.R. di organizzazione o nei PSR dedicano quindi ampi spazi alla costituzione e alle funzioni di tali dipartimenti. Più della metà delle Regioni (12 su 21) ha però fornito delle indicazioni anche sulla costituzione di altri dipartimenti territoriali. Questo è il caso del Dipartimento delle Cure Primarie (DCP) della Regione Emilia Romagna (cfr. par. 6.6), che rappresenta lo «strumento organizzativo innovativo per garantire l'assistenza sanitaria di primo livello a tutta la popolazione del territorio di riferimento». Il Dipartimento, unitamente al consolidamento del Servizio sociale e alle articolazioni distrettuali del Dipartimento di Salute Mentale e dei SERT – servizi per la prevenzione e cura delle tossicodipendenze, deve organizzare e gestire il processo di produzione dei servizi territoriali presenti a livello di distretto e garantire lo standard di prodotto dei servizi di assistenza primaria. Anche la Regione Sicilia, nel definire la lista dei dipartimenti territoriali da costituire nell'ambito delle ASL in aggiunta a quelli della prevenzione e della salute mentale, ha previsto la costituzione dei dipartimenti funzionali delle dipendenze patologiche e del farmaco. Infine, un caso a sé è rappresentato dalla Regione Lombardia che, dato il «modello di separazione acquirente-fornitore» (L.R. 31/1997), ha previsto la costituzione di cinque dipartimenti in ambito territoriale: due dipartimenti per il livello della prevenzione (dipartimento di prevenzione medica e dipartimento di prevenzione veterinaria), un dipartimento delle cure primarie che assume il coordinamento dei MMG e dei PLS, un dipartimento per le attività socio-sanitarie integrate (dipartimento ASSI) a fini di maggior integrazione tra le funzioni sanitarie e quelle socioassistenziali di rilievo sanitario e non attribuite e/o delegate all'ASL e, infine, un dipartimento di programmazione, acquisto e controllo (dipartimento PAC), trasversale all'ASL, a cui sono state demandate le funzioni di PAC di tutte le prestazioni di assistenza specialistica di cui necessitano i residenti dell'ASL.

Infine, come ultimo aspetto, sono state analizzate, esclusivamente per le

⁷ Art. 3-*quinquies*, comma 3, del D.lgs. 502/1992 «Trovano inoltre collocazione funzionale nel distretto le articolazioni organizzative del dipartimento di salute mentale e del dipartimento di prevenzione, con particolare riferimento ai servizi alla persona».

AOU (D.lgs. 517/1999), le indicazioni regionali in merito alla costituzione dei dipartimenti ad assistenza integrata (DAI). È risultato che un terzo delle Regioni (sette Regioni su 21) nella parte della normativa regionale dedicata alle AOU ha richiamato la normativa di riferimento nazionale (D.lgs. 517/1999) e, tra queste, quattro hanno fornito delle indicazioni generali sull'attivazione dei DAI con chiaro rimando ulteriore ai protocolli d'intesa Regione-università e/o all'atto aziendale. Per esempio, la Regione Friuli Venezia Giulia con la L.R. 12/1994 aveva previsto la costituzione di un dipartimento ad Assistenza Integrata Università di Udine – Azienda ospedaliera di Udine per i trapianti di midollo e d'organo; la previsione ha trovato successiva attuazione nel protocollo d'intesa tra la Regione e l'Università di Udine.

6.4 I meccanismi operativi: un confronto tra le normative regionali

I meccanismi operativi costituiscono un importante, ancorché spesso trascurato, elemento dell'assetto organizzativo di un'azienda. Si tratta di sottosistemi di attività utilizzati solitamente per svolgere processi trasversali rispetto all'articolazione delle responsabilità gerarchicamente definita dalla struttura organizzativa e che, in quanto tali, contribuiscono a definire il ruolo che l'articolazione assume nel più complessivo funzionamento interno dell'organizzazione.

In questa ricerca sono stati considerati i passaggi delle normative regionali che trattano di due tipologie di meccanismi operativi: i sistemi di programmazione e controllo e sistemi di gestione delle risorse umane.

Accanto a questi si sono poi indagati alcuni dei meccanismi a sostegno della *governance* aziendale, in quanto importanti per comprendere meglio il ruolo che una determinata articolazione organizzativa riveste nel funzionamento dell'organizzazione sotto il profilo delle relazioni verso l'esterno (cfr. par. 6.5).

6.4.1 I sistemi di programmazione e controllo

I sistemi di programmazione e controllo sono sistemi di autoregolazione che hanno lo scopo di orientare il comportamento delle persone attraverso l'assegnazione di obiettivi e risorse e la valutazione a posteriori dei risultati conseguiti. Si tratta dei meccanismi operativi più utilizzati all'interno delle aziende sanitarie perché il dibattito economico-aziendale e le prime applicazioni sono stati sviluppati in Italia alla fine degli anni Settanta. A oggi i sistemi di programmazione e controllo sono, seppur con molte differenze nel grado di maturità, diffusi nella maggior parte delle aziende sanitarie pubbliche italiane⁸

Come per le variabili relative alla struttura organizzativa, l'analisi ha verificato

⁸ Nel 2002 l'87 per cento delle aziende sanitarie pubbliche italiane aveva attivato un processo di *budgeting* (Anessi Pessina e Pinelli, 2003).

Tabella 6.6 Le variabili considerate nelle norme regionali sui sistemi di programmazione e controllo

Variabili	Numero Regioni
Indicazioni generali sui sistemi di P&C	15
Indicazione chiara del ruolo del CdR (centro di responsabilità)	<ul style="list-style-type: none"> • dei distretti 10 • dei dipartimenti territoriali 5 • dei dipartimenti ospedalieri 3

la presenza e il contenuto delle indicazioni normative regionali. La Tab. 6.6 sintetizza le variabili indagate e i risultati quantitativi dell'analisi⁹.

Il primo elemento indagato riguarda la presenza di indicazioni circa l'esistenza di un sistema di programmazione e l'utilizzo di strumenti di budget all'interno delle aziende. Indicazioni di questo tipo, che in qualche caso segnalano alle aziende l'opportunità, e talvolta l'obbligo, di implementare sistemi di programmazione e controllo sono state rilevate per la maggioranza ma non per la totalità delle Regioni (quindici su ventuno). Cinque anni prima, dieci Regioni su diciannove fornivano indicazioni normative alle aziende circa il controllo di gestione (Di Falco, 2000).

L'utilizzo di sistemi di programmazione e controllo interni alle aziende è, come accennato, il più legittimato e diffuso tra gli strumenti introdotti con l'aziendalizzazione del settore sanitario italiano.

Poche Regioni hanno, invece, emanato leggi che, andando oltre indicazioni di tipo generale, forniscono ulteriori dettagli alle aziende.

L'aspetto organizzativo dei sistemi di P&C che più Regioni hanno ritenuto utile affrontare è il ruolo di CdR dei distretti. Dieci Regioni forniscono indicazioni normative in questo senso. Vincolare le aziende a considerare il distretto un centro di responsabilità nei propri cicli di budget è un modo attraverso cui le Regioni si assicurano che le aziende diano concretamente risorse e responsabilità a questa tipologia di articolazione organizzativa.

L'indicazione nelle norme regionali del ruolo come CdR dei dipartimenti, ospedalieri o territoriali risponde alla stessa logica: indurre le aziende ad assegnare risorse e obiettivi a questa articolazione organizzativa e, quindi, rendere strutturali tutti i dipartimenti. Rispetto al numero di Regioni che forniscono indicazioni sul ruolo di CdR dei distretti, le Regioni che indicano i dipartimenti come CdR sono sensibilmente meno. I dipartimenti territoriali devono essere considerati CdR nelle aziende di cinque Regioni e quelli ospedalieri nelle aziende di tre Regioni. Per quanto riguarda i dipartimenti territoriali, alcune Regioni, come Puglia e Sicilia, inserisco-

⁹ Come evidenziato nel par. 6.2, le linee guida sui meccanismi di programmazione e controllo emanate dalle Regioni sono state esaminate solo se pubblicate sui bollettini ufficiali.

no questa indicazione per i dipartimenti di prevenzione e di salute mentale che, essendo previsti dal D.lgs. 502/1992, sono i due dipartimenti territoriali su cui le regioni tendono a emanare più norme e a dare maggiore autonomia gestionale. Per quanto riguarda i dipartimenti ospedalieri, invece, il fatto che solo tre regioni forniscano indicazioni sul loro ruolo di CdR potrebbe testimoniare una maggiore legittimità del ruolo gestionale dei distretti e del dipartimento territoriale rispetto ai dipartimenti ospedalieri e, soprattutto, una generale maggiore attenzione per l'organizzazione del territorio rispetto a quella dell'assistenza ospedaliera.

6.4.2 I sistemi di gestione delle risorse umane

I sistemi di gestione delle risorse umane rappresentano un meccanismo operativo di fondamentale importanza in organizzazioni professionali come le aziende sanitarie. Si tratta, al contrario dei sistemi di programmazione e controllo, di meccanismi ancora poco sviluppati nelle aziende ma che, secondo l'opinione di molti, si svilupperanno nel prossimo futuro.

Al riguardo sono state indagate le seguenti variabili organizzative (Tab. 6.7):

- indicazioni generali sui sistemi di gestione delle risorse umane (GRU);
- indicazioni sulle modalità di valutazione e incentivazione del personale diverse dal rimando al contratto collettivo nazionale (CCNL);
- indicazioni sulle modalità di attribuzione degli incarichi;
- indicazioni sulle modalità di assunzione del personale;
- indicazioni correlate alla formazione;
- esplicita previsione di una funzione Gestione delle Risorse Umane (GRU) nelle aziende;
- indicazioni sulla *clinical governance*.

La tendenza allo sviluppo dei sistemi di GRU è evidente nel confronto dei risultati riguardo la prima variabile riportata in Tab. 6.7 con quelli del già citato studio del 1999. Nel 2005 tredici Regioni su ventuno presentano almeno generiche indicazioni sull'importanza dei sistemi di gestione delle risorse umane. Cinque anni prima solo una Regione su diciannove inseriva la «valorizzazione delle risorse umane» come principio per l'organizzazione delle aziende. Sono state conteggiate come Regioni che forniscono «Indicazioni generali sui sistemi di GRU» tutte quelle Regioni che, almeno, dichiarano l'importanza delle risorse umane all'interno delle loro norme. Vi sono, quindi, forti differenze interregionali. Per esempio, il Veneto declina nel PSSR 2003-05 un progetto suddiviso in aree omogenee di intervento e individua specifiche «azioni positive» (assegnazione e finalizzazione delle risorse; contratti e innovazioni organizzative; sistemi premianti; i fabbisogni professionali del sistema sanitario regionale; formazione e aggiornamento del personale). All'estremo opposto, sono conteggiate Regioni che si limitano a dichiarare l'importanza delle persone in sanità e, quindi, indicano alle aziende di

Tabella 6.7 I sistemi di gestione delle risorse umane nelle normative regionali italiane

Variabili	Numero Regioni
Indicazioni generali sui sistemi di GRU	13
Indicazioni sulle modalità di valutazione e incentivazione del personale diverse da rimando al CCNL	5
Indicazioni sulle modalità di attribuzione degli incarichi	6
Indicazioni sulle modalità di assunzione del personale	3
Indicazioni correlate alla formazione	8
Esplicita previsione di una funzione GRU nelle aziende	6
Indicazioni sulla clinical governance	4

implementare strumenti per valorizzarle. Indipendentemente dal grado di normazione sull'argomento, anche un semplice accenno nelle norme regionali costituisce un importante elemento di discontinuità rispetto al passato.

Tra gli elementi della gestione delle risorse umane di cui è stata rilevata la presenza nelle norme regionali c'è l'indicazione di modalità sulla valutazione e incentivazione del personale. La maggior parte delle regole in materia è stabilita dai CCNL e non da norme regionali. Cinque Regioni, però, forniscono alle aziende alcuni principi generali sulla valutazione del personale che integrano quanto stabilito dai CCNL. Per esempio, la Campania e la provincia di Bolzano indicano alle aziende che le incentivazioni devono essere legate soprattutto alle procedure di programmazione e controllo.

Alcune Regioni, inoltre, offrono alcune indicazioni sulle modalità di gestione degli incarichi. Come succede per le modalità di valutazione e incentivazione, le Regioni inseriscono pochi elementi differenziali rispetto ai meccanismi stabiliti dalle norme nazionali e, soprattutto, dai contratti. Sono state conteggiate per questa variabile le Regioni che hanno norme diverse da quelle nazionali sul soggetto che nomina i responsabili di strutture come il direttore di distretto e dipartimento, sui soggetti consultati o sui requisiti minimi dei nominati¹⁰. Per esempio, in Emilia Romagna i direttori di distretto sono sì nominati dal direttore generale, ma solo

¹⁰ La normativa nazionale prevede per esempio, che «[l]l'incarico di direttore di distretto è attribuito dal direttore generale a un dirigente dell'azienda, che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure a un medico convenzionato, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, da almeno dieci anni, con contestuale congelamento di un corrispondente posto di organico della dirigenza sanitaria» (art. 3-*sexies* del D.lgs. 502/1992 così come modificato dall'art. 3 del D.lgs. 229/1999) e che «[i]l direttore di dipartimento è nominato dal direttore generale fra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento; il direttore di dipartimento rimane titolare della struttura complessa cui è preposto» (art. 17-*bis* del D.lgs. 502/1992 così come modificato dall'art. 15 del D.lgs. 229/1999).

d'intesa con il Comitato di distretto il quale può anche avanzare motivata richiesta al direttore generale di revoca della nomina. La maggiore variabilità si ha naturalmente nelle norme sulla nomina dei responsabili delle strutture che sono state create dalle Regioni e non sono previste dalla normativa nazionale: per esempio, in Molise, dove è stata costituita un'unica azienda sanitaria (ASREM) articolata in quattro zone territoriali corrispondenti alle precedenti ASL. Nonostante le zone siano articolazioni dell'ASREM, il direttore di zona è nominato dalla Giunta regionale, sentito il Direttore generale dell'ASREM, e scelto tra i soggetti che hanno i requisiti previsti per la nomina a Direttore generale. Non sono state rilevate norme regionali che specificano il ruolo delle più comuni articolazioni organizzative intermedie (distretti o dipartimenti) nei processi di attribuzione degli incarichi, di valutazione e di retribuzione variabile.

Nelle norme di tre Regioni sono state riscontrate indicazioni sulle modalità di assunzione. In Basilicata, per esempio, allo scopo di controllare i costi, l'Assessorato approva ciascuna assunzione delle aziende, anche se prevista dal piano delle assunzioni. È interessante segnalare che in Veneto è prevista la costituzione di un gruppo regionale di analisi delle innovazioni e soluzioni organizzative che ha, tra i suoi diversi scopi, la sperimentazione di nuove modalità di selezione e reclutamento del personale, la rilevazione e applicazione di quanto previsto in merito dai contratti nazionali e dai contratti integrativi aziendali e la raccolta di esperienze significative nella selezione del personale.

Per quanto riguarda la formazione, sono stati rilevati riferimenti nelle norme di otto Regioni¹¹. Una tendenza comune a diverse realtà, come la Campania, la Toscana o la provincia autonoma di Bolzano, è che la programmazione della formazione non è effettuata dalle singole aziende, ma a livello regionale (o provinciale).

Sei Regioni indicano alle aziende di costituire una struttura organizzativa che si occupa di gestione delle risorse umane. Questa funzione è, nella maggior parte dei casi, affidata a un'unità che si occupa di tutto ciò che è legato all'organizzazione aziendale ed è denominata per esempio, «Sviluppo Organizzativo» oppure «Personale e Sistemi Informativi». La Lombardia è tra le Regioni più attive sul tema e indica nel PSR 2002-04 la necessità di costituire o rafforzare in ciascuna azienda una struttura che si occupi di formazione e sviluppo delle risorse umane.

Infine, sono state considerate le indicazioni sulla *clinical governance*. Questa può essere infatti considerata una tipologia di meccanismi tesi a orientare i comportamenti che agiscono sulla relazione tra professionisti e azienda. Negli ultimi anni, alcune Regioni (quattro in totale) hanno cominciato a parlare nei propri piani e norme della *clinical governance* all'interno delle aziende. In Umbria, per esempio, il PSR 2003-05 cura la «piena valorizzazione dell'organizzazione dipar-

¹¹ Poiché l'oggetto di ricerca riguarda l'organizzazione delle aziende sanitarie nelle norme regionali non sono state tenute in considerazione quelle norme regionali, che si occupano delle relazioni con l'Università per programmare quantità e qualità della formazione per l'accesso ai profili sanitari.

timentale nel governo clinico, che ne diviene la missione organizzativa principale, orientando sia i rapporti con le direzioni aziendali che l'attivazione dei percorsi formativi dei professionisti attivi nel dipartimento».

6.5 La governance

L'ultimo gruppo di meccanismi analizzati è costituito da quelli a supporto della *governance* aziendale. Nell'accezione utilizzata in questo studio, sono stati considerati sistemi per la *governance* un ampio insieme di meccanismi utilizzati per le relazioni delle aziende sanitarie con l'ambiente esterno, *in primis* con gli enti locali, le associazioni dei pazienti e la Regione. I sistemi di *governance* rilevati si concretizzano principalmente nella costituzione di conferenze permanenti, comitati o collegi per il coinvolgimento di soggetti diversi dalla direzione aziendale nella programmazione o nella gestione delle attività sanitarie, oppure nella redazione di piani e documenti che hanno lo scopo di comunicare all'esterno le intenzioni della Direzione e, quindi, cercano indirettamente di aprire una discussione sulla legittimità degli obiettivi che l'azienda si pone.

Nella Tab 6.8 le variabili rilevate riguardo ai sistemi di *governance* sono state classificate in due categorie:

- relazioni di Enti Locali e cittadini con le aziende sanitarie;
- relazioni tra la Regione e l'azienda.

Nel primo gruppo ricadono tutte le relazioni con gli Enti Locali. La partecipazione dei sindaci alla programmazione sanitaria delle ASL è prevista dal D.lgs. 502/1992 (e successive modificazioni), che prevede il coinvolgimento nella programmazione

Tabella 6.8 I sistemi di governance nelle normative regionali italiane

Variabili	Numero Regioni	
Governance delle relazioni tra enti locali e cittadini-aziende sanitarie	• partecipazione dei sindaci alla programmazione sanitaria	21
	• partecipazione dell'associazione dei pazienti alla programmazione sanitaria	10
	• carta dei servizi	10
Governance delle relazioni Regione-aziende	• piani di attuazione dei PSR (per esempio, piani attuativi locali e ospedalieri)	14
	• piano strategico	4
	• piano di organizzazione	3

e nella valutazione dell'attività sanitaria di ASL e distretti della Conferenza dei Sindaci e del Comitato dei sindaci di distretto, secondo modalità che definiscono le Regioni. Alcune Regioni hanno disegnato sistemi anche molto complessi ma concreti di coinvolgimento nella programmazione. In Emilia Romagna, per esempio, il coinvolgimento dei sindaci è accomunato in un unico meccanismo al coinvolgimento delle province e dei cittadini all'interno della «Conferenza territoriale sociale e sanitaria». Questa conferenza partecipa alla definizione dei piani attuativi locali, alla valutazione dei servizi sanitari, d'intesa con i direttori generali individua i distretti e modifica i loro ambiti territoriali e, infine, assicura «l'equa distribuzione delle risorse fra i diversi ambiti distrettuali, in rapporto agli obiettivi di programmazione, alla distribuzione e all'accessibilità dei servizi e ai risultati di salute»¹². Tutte le Regioni prevedono, comunque, l'esistenza di organismi formati dai sindaci con diversi gradi di coinvolgimento nella programmazione delle ASL e dei distretti. Sono, invece, poco diffuse norme che prevedono un meccanismo di *governance* che coinvolga i sindaci in una fase di valutazione delle attività. Nel 1999 solo undici Regioni su diciannove prevedevano la conferenza dei sindaci (Di Falco 2000).

Meno numerose sono le Regioni che hanno emanato disposizioni circa il coinvolgimento dei cittadini e delle associazioni dei pazienti nella programmazione e nella valutazione dei servizi sanitari. Norme riguardanti la partecipazione dei cittadini sono state rilevate in 10 Regioni. In circa la metà dei casi le leggi regionali si limitano a sottolineare genericamente l'importanza della partecipazione; nel resto il momento di coinvolgimento dei cittadini e delle associazioni è unificato alla partecipazione dei sindaci come nell'esempio dell'Emilia Romagna.

L'ultimo strumento di relazione con i cittadini analizzato è la carta dei servizi, un documento con cui l'azienda formalizza i suoi impegni verso i cittadini rispetto ai servizi che offre. Dieci Regioni ne fanno menzione (solo una nel 1999). Il PSSR 2003-05 del Veneto sottolinea la necessità di passaggio «alle carte dei servizi alle carte per la cittadinanza sociale» in coerenza con il piano sociale nazionale 2001-2003. La carta per la cittadinanza sociale per sua natura non si limita a regolamentare l'accesso ai servizi, ma comunica come i soggetti erogatori si impegnano a organizzare, sulla base di parametri qualitativi, le risposte ai bisogni prevedendo: i percorsi e le opportunità sociali disponibili; la mappa delle risorse istituzionali e sociali; i livelli essenziali di assistenza da garantire nel territorio; le modalità di partecipazione dei cittadini alla valutazione dei servizi; le forme di tutela dei diritti, in particolare dei soggetti deboli; le regole da applicare in caso di mancato rispetto degli stessi.

Infine, sono stati classificati nel secondo gruppo, relazioni tra la Regione e l'azienda, tutti i documenti di pianificazione operativa o strategica richiesti alle aziende dalla Regione. Si tratta in realtà di piani pubblici che soddisfano fabbisogni di comunicazione e relazione con tutti i diversi interlocutori esterni e non solo con la

¹² Per maggiori informazioni si rimanda all'art. 11 della L.R. 19/1994 così come modificata dalla L.R. 21/2004.

Regione; sono però spesso utilizzati come uno strumento di negoziazione di obiettivi e risorse tra azienda e Regione. I piani attuativi delle ASL e AO sono richiesti dalle normative di 14 Regioni. Si tratta di norme che chiedono alle aziende di redigere piani attuativi, locali o ospedalieri, che siano coerenti con gli obiettivi dati dalla Regione attraverso i PSR o in via informale. L'ampiezza dei piani in termini di contenuti, di tempi e di obiettivi prescritti presenta un grado di variabilità abbastanza limitato tra le Regioni. Questi piani sono più frequentemente richiesti alle ASL che alle AO. Quattro Regioni richiedono alle aziende di sviluppare piani dal contenuto più ampio, denominati solitamente «piano strategico» e tre richiedono alle aziende un piano di organizzazione.

6.6 Tendenze innovative nella struttura organizzativa

Tra le disposizioni di organizzazione rilevate nelle norme regionali emerge la tendenza a dare indicazioni su due aspetti dell'organizzazione delle aziende che si differenziano significativamente dall'impostazione data dalle norme nazionali:

- proposte di forme innovative di organizzazione delle cure primarie;
- introduzione di logiche e strategie di rete nell'organizzazione dei servizi sanitari, sia attraverso l'accorpamento e la fusione di aziende in nuovi soggetti di maggiori dimensioni, sia con forme di integrazione a rete basate su meccanismi vari di coordinamento interaziendale.

Rispetto alle proposte di forme innovative di organizzazione delle cure primarie, emergono in particolare l'avvio di sperimentazioni di ospedali di comunità (in Calabria e in Friuli Venezia Giulia) e l'introduzione di forme organizzative della medicina generale come i «Nuclei delle Cure Primarie» in Emilia Romagna¹³, le «équipe territoriali» in Toscana e in Umbria, le «Reti integrate dei servizi» in Valle d'Aosta,

¹³ In Emilia Romagna si è puntato in modo significativo sullo sviluppo dell'articolazione distrettuale dell'organizzazione aziendale e sull'istituzione del dipartimento delle cure primarie, come strumento operativo per la gestione integrata dei servizi territoriali. Il dipartimento di cure primarie si basa su un'organizzazione sui «Nuclei di cure primarie», formati da MMG, PLS e altri operatori sanitari e sociali. I nuclei sono costituiti in aree territoriali omogenee, con popolazione di 10-30.000 abitanti. Il dipartimento per le cure primarie è inoltre l'ambito organizzativo entro cui si realizza l'integrazione funzionale fra tutti gli elementi essenziali della funzione «cure domiciliari», attraverso: l'individuazione del punto unico di riferimento per l'informazione e l'accesso a tutte le cure domiciliari sanitarie, il collegamento con il servizio anziani; l'istituzione dei Nuclei operativi di assistenza domiciliare (NOAD), composti da MMG, infermieri e operatori sociali per sviluppare la collaborazione e l'integrazione funzionale con l'assistenza domiciliare sociale e con le associazioni del volontariato; individuazione del responsabile organizzativo per la predisposizione di percorsi assistenziali finalizzati a garantire l'appropriatezza e la continuità delle cure e la programmazione delle relative risorse; l'attivazione del punto di ascolto telefonico, per consulenza telefonica al paziente e alla famiglia.

le «Collaborazioni multiprofessionali» in Veneto¹⁴, le «reti per le cure primarie» in Lombardia. In alcuni casi, tali forme organizzative vanno anche a supporto dell'avvio di progetti innovativi nelle cure primarie (per esempio, forme di integrazione tra Medicina Generale e Dipartimento di Salute Mentale in Emilia Romagna¹⁵).

Inoltre, nell'ambito del modello organizzativo del distretto, Piemonte ed Emilia Romagna, per esempio, hanno proposto e attivato le funzioni di interfaccia con la medicina generale attivando delle unità di assistenza territoriale di coordinamento della medicina generale; la Toscana, in affiancamento alle già citate équipe territoriali ha proposto, a partire dal 2005, la sperimentazione di forme strutturate di medicina di gruppo, quali unità delle cure primarie (UCP) come modelli multiprofessionali e strutturali sul territorio per la gestione delle cure primarie.

Riguardo alla seconda linea di tendenza, si evidenzia come l'introduzione di logiche e strategie di rete nell'organizzazione dei servizi ospedalieri sia la forma di innovazione del modello organizzativo più diffusa. Quattordici Regioni hanno proposto l'introduzione di logiche di rete per l'organizzazione dell'assistenza ospedaliera regionale. Di queste, tre (Emilia Romagna, Marche e Sardegna) hanno dichiarato di adottare un modello di rete del tipo *hub and spokes*, che prevede una struttura altamente specializzata al centro della rete (*hub*) e una serie di strutture satelliti (*spokes*) in grado di fare affidamento su quella centrale per i casi clinici più complessi. Altre due Regioni formalizzano l'esistenza di reti ospedaliere senza specificare il modello di rete da adottare (Toscana e Liguria). Il resto delle Regioni prevede una classificazione degli ospedali in base alla complessità dell'assistenza erogata che implica una logica di rete nella gestione dei pazienti. Infine, molte Regioni hanno introdotto innovazioni negli assetti istituzionali che hanno un'influenza sugli assetti organizzativi, soprattutto rispetto alle relazioni inter-organizzative: modificando significativamente l'assetto del proprio SSR, in altri termini, queste Regioni hanno inciso anche sui singoli assetti organizzativi delle aziende sanitarie. In Tab. 6.9 sono riportati i tre indicatori di modifica degli assetti istituzionali:

- variazione del numero di ASL e AO dal 2002;
- nuovi soggetti istituzionali o trasformazioni giuridiche (ex D.lgs. 517/1999 e 288/2003);
- iniziative sul piano dei meccanismi che legano le diverse aziende.

¹⁴ Dal PSR 2003-2005 emerge che le aziende sanitarie venete, mediante accordi integrativi aziendali, possono prevedere in via sperimentale l'istituzione di équipe territoriali, finalizzate alla realizzazione di forme di integrazione professionale idonee a collegare l'attività dei singoli operatori tra loro e con gli obiettivi e i programmi distrettuali, secondo gli indirizzi dell'ACN.

¹⁵ In Emilia Romagna è stato attivato un progetto regionale di «Integrazione dei medici e dei pediatri di base nei percorsi assistenziali del DSM» per il triennio 1999-2001 che ha visto la partecipazione dei 13 DSM della Regione, su quattro aree di attività dei servizi: promozione della salute mentale e prevenzione del disagio psichico, dei disturbi mentali e delle disabilità psicofisiche; pronta e completa risposta all'emergenza-urgenza; presa in cura e trattamento intensivo; riabilitazione e trattamento prolungato finalizzato al reinserimento sociale.

Tabella 6.9 **Grado di dinamismo delle Regioni sugli assetti istituzionali delle aziende**

Variabili	Numero Regioni
Variazione del numero di ASL e AO dal 2002	6
Nuovi soggetti istituzionali o trasformazioni giuridiche (ex D.lgs. 517/1999 e 288/2003)	11
Altre iniziative sul piano dei meccanismi che legano le diverse aziende	6

Riguardo alla prima variabile, dal 2002 sei Regioni hanno modificato il numero di ASL e AO. Tra queste, la tendenza più comune è quella di accorpate più aziende in un'unica organizzazione. Per esempio, Marche e Molise hanno entrambe creato un'unica ASL regionale (ASUR nelle Marche e ASREM nel Molise), l'Emilia Romagna ha fuso le tre ASL di Bologna in un'azienda unica e la Puglia ha trasformato in presidi ospedalieri delle ASL gli stabilimenti di quattro AO.

I dati relativi alle variabili «nuovi soggetti istituzionali o trasformazioni giuridiche» e «iniziative sul piano dei meccanismi che legano le diverse aziende» sono tratti dal Capitolo 2, cui si fa riferimento per la loro descrizione. Rispetto all'introduzione di nuovi soggetti istituzionali la tendenza è l'istituzione di enti interaziendali per la gestione accentrata e in forma autonoma di alcuni servizi di supporto: per esempio, in Toscana sono stati istituiti gli «Enti per i Servizi Tecnico-amministrativi di Area Vasta» (ESTAV), in Umbria e in Friuli Venezia Giulia è stata proposta un'esperienza simile focalizzata soprattutto sulla centralizzazione degli acquisti. Rispetto alle iniziative sul piano dei meccanismi che legano le diverse aziende, emerge l'introduzione di strumenti di coordinamento e integrazione interaziendale, tra la creazione di nuovi livelli organizzativi per il coordinamento delle aziende del gruppo sanitario regionale, individuate su base territoriale e dirette soprattutto a supporto della funzione di programmazione dei servizi (variamente denominate nei diversi contesti: Aree Vaste, Macro-aree, Quadranti).

In Toscana, una delle prime Regioni ad aver attivato meccanismi di questo tipo, sono state costituite tre «Aree Vaste» come livello di programmazione strategica del sistema. L'Area Vasta è, soprattutto, il luogo di concertazione in cui, mediante accordi convenuti con i sindaci e gli altri soggetti del coordinamento, si apportano modifiche alle previsioni gestionali in atto e/o si consolidano le previsioni dei PAL (Piani attuativi locali) e PAO (Piani attuativi ospedalieri).

6.7 Grado di normazione regionale

In questo paragrafo, i dati presentati nei parr. 6.3, 6.4 e 6.5 sono oggetto di interpretazione e confronto, considerando anche dati presentati nel Capitolo 2. Nello specifico, il presente paragrafo analizza il grado di normazione da parte della

Tabella 6.10 Il grado di normazione delle Regioni italiane

Grado normazione per	Numero regioni		
	Basso	Medio	Alto
la struttura organizzativa dell'assistenza territoriale	9	5	7
la struttura organizzativa dell'assistenza ospedaliera	9	4	8
il processo di P&C	12	8	1
la gestione delle risorse umane	10	7	4
i sistemi di governance	11	10	0

Regione e, quindi, il grado di autonomia concessa alle aziende sanitarie nel disegno dei propri assetti organizzativi, mentre il par. 6.7.1 intende valutare se il grado di differenziazione delle normative regionali rispetto agli assetti istituzionali sia legato al grado di normazione delle Regioni.

Nella Tab. 6.10 è riportato il numero di Regioni che hanno un grado di normazione basso, medio o alto per ciascuno degli aspetti della macro-struttura e dei meccanismi operativi considerati nei par. 6.3 e 6.4.

I criteri scelti per classificare il grado di normazione di una Regione rispetto a un gruppo di variabili (cfr. Tab. 6.11) sono inevitabilmente soggettivi. Per esempio, per quanto riguarda il grado di normazione per il livello ospedaliero della struttura, sono state classificate nella categoria «basso» le Regioni che si limitano a riportare nelle leggi un'indicazione generica sulla costituzione dei dipartimenti, in quella «medio» quelle Regioni che forniscono indicazioni più precise come, per esempio, quali dipartimenti ospedalieri creare, e in quella «alto», le Regioni che indicano alle aziende quali unità operative e servizi costituire e in quali dipartimenti inserirli¹⁶.

Per quanto riguarda il grado di normazione dei meccanismi operativi, è possibi-

¹⁶ Più in particolare, la metodologia seguita garantisce che, avendo stabilito a priori un criterio di valutazione preciso, due Regioni che hanno un livello di dettaglio simile nella normazione di un aspetto, per esempio, il processo di P&C, ricadono sicuramente nella stessa categoria. Il confronto di quante Regioni sono classificate come «alte» in due categorie diverse, però, è molto sensibile ai criteri di classificazione utilizzati e questi, per una scelta meditata del gruppo di ricerca, sono diversi per ciascuno degli aspetti analizzati. Per esempio, rispetto all'assistenza ospedaliera, i criteri scelti *ex ante* per la classificazione si focalizzano sul grado di dettaglio con cui le Regioni stabiliscono l'organigramma degli ospedali (cfr. Tab. 6.11). Utilizzando questi criteri, l'assistenza ospedaliera risulta essere l'aspetto normato più nel dettaglio tra tutti quelli considerati. Però, poiché i criteri utilizzati per la classificazione sono necessariamente stati scelti in modo arbitrario, leggere la tabella in senso verticale, per comparare il grado di normazione tra aspetti diversi, può portare a considerazioni non corrette. Infatti, come riportato nella descrizione qualitativa dei dati, l'assistenza ospedaliera risulta essere, da una lettura complessiva dei dati, meno normata dell'assistenza territoriale anche se l'organigramma è normato con un dettaglio maggiore. Il modo in cui i criteri sono stati scelti e applicati garantisce, invece, una forte affidabilità dello strumento di misura leggendo la tabella in senso orizzontale.

Tabella 6.11 I criteri di valutazione del grado di normazione

Grado normazione per	Criteri di classificazione
la struttura organizzativa dell'assistenza territoriale	<p><i>Basso</i>: Indicazione generica sulla costituzione dei dipartimenti territoriali o distretti</p> <p><i>Medio</i>: indicazione più precisa sulla costituzione dei dipartimenti territoriali o distretti. Per esempio, le norme stabiliscono i confini esatti dei distretti e/o la tipologia dipartimenti territoriali</p> <p><i>Alto</i>: indicazione dei servizi/unità operative in cui si devono organizzare le ASL</p>
la struttura organizzativa dell'assistenza ospedaliera	<p><i>Basso</i>: indicazione generica sulla costituzione dei dipartimenti</p> <p><i>Medio</i>: indicazione più precisa sulla costituzione dei dipartimenti: quali dipartimenti ospedalieri</p> <p><i>Alto</i>: indicazione dei servizi/unità operative che compongono i dipartimenti</p>
il processo di P&C	<p><i>Basso</i>: presenza di zero o una variabile tra quelle considerate</p> <p><i>Medio</i>: presenza di due variabili tra quelle considerate</p> <p><i>Alto</i>: presenza di tre o quattro variabili tra quelle considerate</p>
la gestione delle risorse umane	<p><i>Basso</i>: presenza di zero o una variabile tra quelle considerate</p> <p><i>Medio</i>: presenza di due o tre variabili tra quelle considerate</p> <p><i>Alto</i>: presenza di quattro o più variabili tra quelle considerate</p>
i sistemi di governance	<p><i>Basso</i>: presenza di al massimo tre variabili tra quelle considerate</p> <p><i>Medio</i>: presenza di quattro variabili tra quelle considerate</p> <p><i>Alto</i>: presenza di cinque o più variabili tra quelle considerate</p>

le notare facilmente dalla lettura delle norme regionali che gli aspetti riguardanti la struttura sono molto più presenti nelle leggi regionali rispetto agli aspetti riguardanti i meccanismi operativi. Questa maggiore attenzione è causata, probabilmente, dalla deriva della cultura burocratica che tradizionalmente presta più attenzione alla struttura gerarchica delle responsabilità. Inoltre, a causa dello stesso modello mentale diffuso tra i legislatori, anche la normativa nazionale fornisce più indicazioni sulla struttura piuttosto che sui meccanismi operativi e, quindi, non richiede alle Regioni di emanare leggi su questi aspetti. Ma il minor grado di normazione sui meccanismi operativi può dipendere anche dal fatto che è più difficile standardizzarli perché sono più complessi e il loro uso dipende in modo più stretto da elementi specifici di ciascuna azienda.

Come il resto delle indicazioni normative regionali, anche il grado di normazione è sottoposto a forti processi di isomorfismo. Rispetto ad altri elementi del settore sanitario su cui le Regioni hanno la potestà legislativa, come per esempio, le decisioni di politica sanitaria, le Regioni tendono a essere molto più

simili nei contenuti delle indicazioni normative sull'organizzazione delle aziende. Ciò può dipendere dalla resistenza al cambiamento che tutti i professionisti oppongono a modifiche delle strutture organizzative, alla minore visibilità all'esterno delle innovazioni organizzative e anche ai forti rischi connessi alle conseguenze di un fallimento delle innovazioni organizzative.

Analizzando la frequenza di normazione dal 1992 al 2005, infine, la maggior parte delle Regioni ha prodotto nel periodo considerato tre o quattro norme, di cui almeno un PSR. Queste Regioni non hanno, probabilmente, effettuato scelte di cambiamento radicale nell'assetto istituzionale del SSR durante tutto il periodo post-riforma. Al contrario, tra le Regioni che hanno approvato più norme è interessante segnalare la Lombardia che negli ultimi tredici anni ha prodotto undici norme per modificare gli assetti istituzionali.

6.7.1 La relazione con dati di sistema della Regione

Sebbene la bassa numerosità del campione (21 Regioni) renda difficile trovare relazioni statisticamente significative, diversi spunti di riflessione possono nascere dal confronto dei dati riportati in Tab. 6.10 con dati strutturali sulle Regioni. Sono stati per questo motivo utilizzati dati sulla popolazione, il deficit e la stabilità dei DG di ciascuna Regione presentati nei Capitoli 2 e 3.

Per esempio, il grado di normazione delle Regioni per la macrostruttura organizzativa (sia per l'area territoriale che per quella ospedaliera) è negativamente correlato alla stabilità dei direttori generali delle aziende pubbliche della Regione. Le Regioni che cambiano più spesso i direttori generali delle proprie aziende tendono, quindi, anche a emanare leggi più dettagliate rispetto a come i DG devono organizzare le aziende stesse. Questo può essere dovuto a uno stile dell'Assessorato nell'impostare la relazione Regione-DG, meno fiduciario e informale, e più impersonale e formalizzato. Se la Regione ha un rapporto duraturo con un direttore generale può gestire in modo informale e attraverso l'adattamento reciproco le decisioni di organizzazione delle aziende.

Inoltre, all'aumentare del numero di DG, con cui confrontarsi aumenta la convenienza della Regione a standardizzare le norme. Questa interpretazione dei dati è supportata anche dalla tendenza ad aumentare il grado di normazione per entrambi gli aspetti della macrostruttura all'aumentare della popolazione e del numero di aziende della Regione. Regioni con un numero elevato di aziende sanitarie sono più difficili da gestire attraverso consultazioni dirette e informali tra direttori generali e assessorato e quindi fanno più ricorso alle leggi. Non sono rilevabili, invece, relazioni tra il grado di normazione e il deficit delle Regioni.

Infine, la prevedibile, ma non scontata, relazione tra il numero di leggi di organizzazione e PSR approvati da un lato e il grado di normazione, inteso come livello di dettaglio delle leggi, dall'altro, è stata confermata dai dati.

6.8 Conclusioni

Rispetto agli obiettivi che si era posto questo lavoro, l'indagine mostra con soddisfazione come le Regioni italiane, o almeno un parte significativa di esse, siano state capaci, soprattutto nell'ultimo triennio, di promuovere una rilevante attenzione all'innovazione organizzativa attraverso i propri strumenti di indirizzo. In taluni casi sembrerebbe persino eccessiva, nel senso di troppo rapida rispetto ai tempi di adeguamento del sistema: situazione che può generare un sovraccarico strategico, defocalizzando le aziende o producendo un'attenzione selettiva non necessariamente adeguata alle vere priorità del sistema.

In ogni caso, le Regioni stanno stimolando e guidando l'innovazione nelle aziende, senza tuttavia cadere nella trappola dell'eccessivo neocentralismo. Infatti, secondo quanto previsto dai documenti fondamentali in materia di organizzazione delle aziende sanitarie, il livello di pervasività – grado di normazione – a cui si spingono le Regioni è limitato, avendo adottato in molti casi uno stile che prevede l'applicazione di dettaglio delle norme attraverso processi di sperimentazione che coinvolgono direttamente le aziende e che quindi sono «cuciti» sulle loro necessità. Ci sono tuttavia diverse eccezioni, e un'analisi complementare che prenda in considerazione tutti gli atti di indirizzo regionale di «secondo livello» (linee guida per la stesura degli atti aziendali e dei piani di organizzazione; leggi relative alle singole articolazioni aziendali, quali dipartimenti, distretti ecc.) potrebbe far risultare un quadro più invasivo da parte delle Regioni nell'autonomia organizzativa delle aziende.

Interessante è anche osservare come vi sia una relazione positiva tra grado di normazione e alcune variabili regionali quali la stabilità delle direzioni generali delle aziende e la dimensione e numerosità delle aziende stesse. Sarebbe meglio capire, magari in un futuro lavoro, quale sia la causa e quale l'effetto, o se vi sia un'influenza reciproca, soprattutto rispetto alla variabile stabilità delle direzioni generali.

In conclusione, ricollegandoci alle finalità, che ricordiamo erano principalmente descrittive e non interpretative, questo studio segnala due fenomeni che possiamo ritenere positivi per il sistema sanitario italiano:

- le periferie in movimento stanno diventando sempre di più «Regioni in movimento», con una tendenza generale da parte delle Regioni a promuovere in maniera diffusa l'innovazione organizzativa nei propri territori, fungendo da promotore, gestore e moltiplicatore delle innovazioni in essi prodotte. Le Regioni si stanno quindi compiutamente appropriando, con crescente competenza e una cultura sempre meno burocratico-giuridica, della materia di organizzazione;
- il grado di normazione sugli aspetti organizzativi è, almeno nei testi fondamentali, minore di quello percepito nel sistema, anche se, come sopra ricordato, l'analisi andrebbe completata con l'approfondimento Regione per Regione della

normativa e degli indirizzi di accompagnamento e di dettaglio. Ciò significa, almeno in prima battuta, l'importante riconoscimento di spazi di autonomia organizzativa alle aziende sulle scelte applicative.

Bibliografia

- Adinolfi P. (2001), «L'evoluzione organizzativa delle aziende sanitarie pubbliche», *Mecosan*, n. 37, pp. 41-58.
- Anessi Pessina E., Pinelli N. (2003), «L'indagine nazionale sul processo di aziendalizzazione: contabilità generale e programmazione e controllo», in E. Anessi Pessina e E. Cantù (a cura di) *L'Aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, Milano, Egea.
- ASSR (2003), «Facciamo il punto sul distretto», *Monitor*, n. 6.
- De Pietro C., Lega F., Pinelli N. (2003), «L'indagine nazionale sul processo di aziendalizzazione: organizzazione e personale», in E. Anessi Pessina e E. Cantù (a cura di) *L'Aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, Milano, Egea.
- Di Falco G. (2000), «I modelli organizzativi previsti dalle leggi regionali coerenza con gli orientamenti della Riforma-ter», in E. Anessi Pessina e E. Cantù (a cura di) *L'Aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2000*, Milano, Egea.
- Lega T. (2004), «Assetti organizzativi e sviluppo strategico tra neo-centralismi e periferie in movimento», in E. Anessi Pessina e E. Cantù (a cura di) *L'Aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2004*, Milano, Egea.
- Longo F. (2001), «Tendenze in atto negli assetti organizzativi: i principali indirizzi regionali», in E. Anessi Pessina e E. Cantù (a cura di) *L'Aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2001*, Milano, Egea.
- Longo F. (2004), «Tutela della salute, committenza, programmazione acquisto – controllo in sanità», in P. Tedeschi e V. Tozzi (a cura di) *Il governo della domanda*, Milano, McGraw-Hill.