

Collana CERGAS

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

Rapporto OASI 2020

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale e la recente crisi sanitaria causata dall'epidemia da Covid-19 ne ha acuito rilevanza ed essenzialità. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano), il CERGAS ha voluto confermarci quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel sistema sanitario italiano, adottando un approccio economico-aziendale. Ha inoltre creato un tavolo al quale mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2020:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, attività, spesa, esiti) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo anche in ottica comparativa internazionale. Sono inclusi approfondimenti sui consumi privati di salute, sugli erogatori privati accreditati e sul sistema sociosanitario e sociale, con considerazioni legate anche alla crisi sanitaria da Covid-19;
- approfondisce questioni di *governance* e organizzazione dei servizi rilevanti per il sistema sanitario e le sue aziende. Tra queste, le possibili evoluzioni della relazione Regione-Azienda, le spinte al cambiamento nella rete ospedaliera indotte dal DM 70/2015 e il profilo dei piccoli ospedali, il contemperarsi di logiche di governo clinico e di gestione operativa nei percorsi ambulatoriali complessi, le possibili configurazioni organizzative delle unità specialistiche di patologia, le lezioni apprese dalla gestione del pronto soccorso nell'emergenza Covid-19;
- si focalizza su ruolo ed evoluzione di alcune funzioni strategiche aziendali, approfondendo le politiche di gestione del personale del SSN, le innovazioni nei sistemi di controllo aziendale, gli impatti generati dalla centralizzazione degli acquisti, l'efficacia e gli impatti organizzativi delle disposizioni anticorruzione e il ruolo delle tecnologie nell'innovare i servizi nel contesto imposto da Covid-19.

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

ISBN 978-88-238-5162-7



9 788823 851627

www.egeaeditore.it

Rapporto OASI 2020

CERGAS - Bocconi



a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2020

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università Bocconi

CERGAS
Centro di ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT





8 **Regioni e Aziende: modelli di coordinamento a confronto**

di Michela Bobini, Gianmario Cinelli, Mario del Vecchio e Francesco Longo¹

8.1 **Introduzione**

Chiunque si sia trovato a descrivere il funzionamento reale di un sistema sanitario dal punto di vista del suo governo, provando a dare conto delle differenze che distinguono un sistema da un altro, ne avrà sperimentato l'estrema difficoltà. Quando i sistemi in questione sono quelli di regioni che continuano ad appartenere a uno stato unitario le difficoltà dovrebbero, in linea di principio diminuire. Gli assetti strutturali del sistema, come il tipo di aziende e la loro natura o le principali relazioni che legano i diversi livelli, sono, infatti, omogenei, così come sono sovrapponibili i principali meccanismi di funzionamento. Le differenze nel comportamento o, nelle analisi più ambiziose, nei risultati, possono essere, quindi, ricondotte ad alcuni elementi differenziali di agevole identificazione.

Se dai sistemi in generale si passa poi alla loro capacità di essere coerentemente orientati, di produrre comportamenti coordinati e atti a conseguire le finalità attese, il ragionamento si può complicare a seconda che le decisioni di fondo, quelle che nel modello tradizionale di pubblica amministrazione vengono attribuite alla politica, siano considerate come parte del sistema stesso o collocate all'esterno. In ogni caso la ricerca delle differenze rimane, comunque, un esercizio reso più agevole dalla possibilità di: “sovrapporre” disegni relativamente omogenei (strutture, meccanismi, decisioni); identificare gli elementi differenziali; attribuire a questi le differenze registrate in una o più dimensioni di risultato. In termini positivi l'analisi metterà l'accento sui nessi causali che spiegano come strutture, meccanismi e decisioni si trasformano in risultati. In termini normativi la stessa analisi produrrà indicazioni sulle configurazioni più adatte a conseguire risultati ritenuti più desiderabili di altri.

¹ Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro comune di ricerca, il § 8.1 è attribuibile a Mario Del Vecchio, § 8.2, § 8.3 § 8.5 a Gianmario Cinelli, § 8.4 a Michela Bobini e § 8.5 a Francesco Longo.

In realtà non è così. I sistemi sanitari e le loro condizioni di governo sono molto meno indagabili di altri in termini latamente meccanicistici ovvero affrontabili con approcci utili per indagare sistemi il cui funzionamento venga a essere criticamente condizionato da alcuni elementi facilmente identificabili. Infatti, sistemi sanitari apparentemente simili negli aspetti strutturali (e quindi differenziabili) si comportano spesso in maniera completamente diversa: le medesime strutture e regole, nel funzionamento complessivo, assumono significati e assolvono funzioni differenti. La matrice delle differenze può essere in questo caso ricercata in alcune caratteristiche di fondo che permeano il sistema nel suo complesso e che informano strutture, regole e decisioni.

Il carattere, per così dire, “olistico” dei sistemi sanitari, in questo caso i nostri sistemi sanitari regionali, trova una delle sue ragioni nel carattere aperto che tali sistemi hanno, nel loro essere una parte significativa dell’intera organizzazione sociale e politico-istituzionale, nel riflettere tratti profondi delle collettività di cui sono espressione. In analogia con il ruolo svolto nel contesto aziendale da fattori quali l’orientamento strategico di fondo che definisce l’identità dell’impresa (Coda, 1988) o in una prospettiva diversa la cultura organizzativa (Shein, 1985), si tratta di un insieme di assunti e di idee, spesso tacito e non del tutto conscio, condiviso dai principali attori del sistema e che influenza strutture e regole, ma anche decisioni e comportamenti.

Nel capitolo che presentiamo ci siamo focalizzati sulla governance dei sistemi regionali e, in particolare, sulle relazioni che legano le aziende sanitarie al livello sovraordinato delle capogruppo regionali. Nell’interpretare le evidenze che via via raccoglievamo ci siamo rapidamente resi conto come una semplice comparazione che provasse solo a individuare i singoli elementi differenziali non fosse in grado di dare conto della reale natura della distanza che separava ciascun sistema dall’altro. Abbiamo così cercato di trovare una chiave interpretativa in grado, da una parte, di catturare la natura profonda delle logiche di governo di ciascun sistema e, dall’altra, di massimizzare le distanze che separano tra di loro i diversi sistemi. Tale chiave interpretativa, relativamente semplice, l’abbiamo trovata in una classica distinzione delle forme che può assumere il tema del coordinamento, applicato a contesti diversi dalla organizzazione aziendale (Mintzberg, 1996) alla governance dei sistemi (Rhodes, 1997).

Una prima forma, qui definita mercato amministrato, usa come meccanismo prevalente di orientamento e coordinamento del sistema la predefinizione di regole e standard di riferimento. Avendo definito obiettivi e regole del gioco, il comportamento dei diversi attori nel perseguimento dei loro specifici interessi e finalità realizzerà i risultati prefissati. Il termine mercato amministrato, qui usato per analogia, rimanda smithianamente a comportamenti di attori isolati che non comunicano tra di loro, ma le cui azioni, segnate da profonde interdipendenze, conseguono alla fine il risultato sperato. Il punto critico per chi organizza (governa) il sistema è la definizione di opportune premesse per l’azione.

Diversa è la forma definita gerarchia, la quale si caratterizza per la possibilità di un elemento, nel sistema considerato, di orientare il comportamento di tutti gli altri attori in vista del risultato complessivo da conseguire. In questo caso il sistema deve essere costantemente orientato e aggiustato dall'alto, da chi ne conosce bene le modalità di funzionamento e possiede tutte le informazioni necessarie. Ai diversi elementi viene richiesta la capacità di produrre i risultati che vengono via via richiesti, riuscendo a dominare le complessità interne e a riconfigurare il proprio funzionamento rispetto ad attese che possono variare anche repentinamente. Pure in questo caso, nonostante le intense interdipendenze le relazioni tra i diversi elementi sono limitate.

Ancora diversa è la terza forma che abbiamo utilizzato: il network concertativo o, con una terminologia diversa, il mutuo adattamento. Gli attori del sistema, all'interno di una griglia di regole che funge da cornice di riferimento e con pochi e selezionati interventi diretti dall'alto, costruiscono le condizioni per un comportamento coordinato e finalisticamente orientato attraverso un dialogo intenso tra di loro. Il governo del sistema è affidato, da una parte, alla capacità di costruzione di un ambiente in grado di consentire e orientare il dialogo e, dall'altra, dalle finalità e dai comportamenti effettivi che caratterizzano i diversi soggetti coinvolti nel dialogo.

Almeno tre precisazioni sono necessarie prima di passare ai contenuti del lavoro. La prima è la difficoltà insita nella prospettiva interpretativa che abbiamo adottato, non solo dal punto di vista della raccolta degli elementi empirici, ma anche e soprattutto da quello disciplinare. L'approccio aziendale, qui prevalente, necessita di robusti contributi da parte di molte discipline diverse. In questa prospettiva, consideriamo l'analisi che presentiamo un contributo aperto che dovrà trovare in futuro sviluppi più marcatamente multidisciplinari. La seconda attiene alla complessità delle relazioni causa effetto nel caso delle visioni che ispirano le forme di governance dei sistemi. In termini molto semplificati questi possono essere, infatti, considerati come elementi sovraordinati che informano un disegno oppure l'esito di alcune coerenze che vengono progressivamente a realizzarsi e che si concretizzano nelle visioni dei diversi attori. In ogni caso, ex post è possibile valutare la funzionalità e i gradi di coerenza delle visioni e delle strutture che caratterizzano i sistemi. Da ultimo è necessario sottolineare che la terminologia utilizzata per connotare le forme di coordinamento è meramente evocativa in un duplice senso. Da una parte, regole, gerarchia e mutuo adattamento sono tutte parte delle diverse esperienze di governance, anche se con prevalenze diverse. Dall'altra i termini, soprattutto il "mercato" amministrato, non deve essere preso nel suo riferimento concreto o, addirittura ideologico, ma rimanda semplicemente ad alcuni tratti caratteristici di funzionamento, anche perché trattasi di "quasi-mercati" che sul lato della domanda rimangono gratuiti per gli utenti.

8.2 I diversi modelli di governance

Negli ultimi decenni sono stati sviluppati molteplici analisi sui sistemi di governance. I diversi studi si sono focalizzati su aspetti molto diversi, a causa della difficoltà di definire, valutare e operationalizzare il concetto governance (Barbazzia e Tello 2014). Tale ambiguità è dovuta anche al fatto che i sistemi di governance sono stati analizzati secondo differenti approcci e finalità, visto che il concetto di governance è stato oggetto di indagini di accademici e *practitioners* e, con riferimento ai primi, da studiosi appartenenti a discipline diverse come il management, le scienze dell'amministrazione pubblica e le scienze politiche.

Secondo una definizione ampia, la governance può essere intesa come l'insieme dei principi, delle regole e delle procedure che riguardano la gestione e il governo di una società, di un'istituzione, di un fenomeno collettivo (Clarke and Newman, 1997). Questa definizione poggia sulla nozione di March e Olses (1989) di regole intese come un'insieme "routines, procedure, convenzioni, ruoli, strategie, forme organizzative e tecnologie", che possono essere formali o informali (Ostrom 2010). L'analogia pone enfasi su due aspetti. In primo luogo, la presenza di una pluralità di attori – e quindi di nodi – nelle reti che costituiscono le istituzioni. In secondo luogo, l'esistenza di un processo attraverso cui "si influenza e si viene influenzati" (Brinkerhoff e Bossert, 2008) a cui partecipano una pluralità di attori pubblici e privati.

Con riferimento ai sistemi sanitari, Brinkerhoff e Bossert (2008) hanno descritto la governance come "l'insieme delle regole che distribuiscono ruoli e responsabilità tra gli attori dei sistemi sanitari e modellano l'interazione tra loro". In Italia, Mario del Vecchio (2017) ha definito governance con un insieme molto vasto di elementi quali: i) la distribuzione delle responsabilità e delle autonomie tra il centro e la periferia (soprattutto Stato e Regioni); ii) le modalità e strutture di esercizio delle funzioni di governo ai diversi livelli; iii) le norme che regolano il funzionamento delle aziende. È possibile distinguere due approcci nello studio della governance dei sistemi sanitari. Il primo approccio, pone l'enfasi sugli aspetti formali dei sistemi di governance (*rule based governance*), come le strutture che esercitano il potere e i meccanismi di allocazione delle risorse. Questi studi si focalizzano sulle strutture di governo degli ospedali (Saleh et al., 2002), la rappresentanza dei gruppi clinici nei board (Kocher et al., 1998), l'efficacia dei processi di acquisizione fra ospedali (Haigh, 2000) e il disegno di nuovi modelli di servizio (Savage et al., 1997). Il secondo approccio (*rules based governance*), invece, adotta una prospettiva più ampia per cui sono oggetto di analisi anche le regole informali – intese come pratiche o routine – e quindi pone l'enfasi sulla cultura, i valori e le narrative delle organizzazioni sanitarie (Pound, 1992).

La governance dei sistemi sanitari può essere analizzata secondo una prospettiva sia normativa, individuando le caratteristiche di sistemi che presentano

una governance “democratica” o “buona”, che descrittiva. In questo filone sono individuati diversi archetipi, che esemplificano logiche per la distribuzione delle responsabilità fra i diversi attori dei sistemi e le modalità di interazione fra di essi. In particolare, una classificazione ampiamente diffusa distingue tre diverse tipologie di sistemi: i) gerarchici; ii) di mercato amministrato; iii) network concertativi (Rhodes, 1997). I sistemi gerarchici presuppongono che il centro della rete (il governo o le regioni nel caso del SSN) stabilisca, attraverso direttive o autorizzazioni, le priorità strategiche e le modalità di esecuzione mentre agli attori periferici (le aziende sanitarie) sia affidato il compito di implementare le decisioni prese dai livelli sovraordinati. Al contrario, nei sistemi di mercato, il centro si limita a stabilire delle norme di funzionamento e dei vincoli e le aziende perseguono le rispettive finalità istituzionali nel rispetto di essi. In ultimo, i network si contraddistinguono per il fatto che il centro e la periferia instaurano un rapporto maggiormente dialettico e, nel caso dei SSR, le aziende sanitarie partecipano attivamente nella definizione delle priorità strategiche regionali.

Studi diversi utilizzano criteri differenti per la definizione degli archetipi. Ad esempio, alcuni studi differenziano sistemi gerarchici, di mercato e i network sulla base dei comportamenti che sperano di orientare fra gli attori, ossia rispettivamente l'aderenza formale alle regole e direttive, la competizione e la collaborazione (Morrell, 2006). Altre analisi pongono l'enfasi sulla natura dei processi decisionali, contrapponendo l'approccio *top-down* dei sistemi gerarchici a quello *bottom-up* dei network. Altri studi ancora, pongono enfasi sulla tipologia di relazioni fra gli attori del sistema e gli strumenti impiegati per regolare l'interazione fra gli attori del sistema. Nella realtà, elementi dei diversi archetipi coesistono e spesso è possibile che il rapporto tra il centro e la periferia dei sistemi sia gerarchico in alcuni ambiti e maggiormente orizzontale su altri. L'obiettivo degli archetipi è illustrare le modalità prevalenti di distribuzione delle responsabilità e interazione fra i soggetti delle reti, nella consapevolezza che i diversi approcci non sono mutualmente esclusivi.

Le letteratura disponibile presenta orientamenti diversi circa la diffusione dei diversi sistemi. Secondo alcuni studi, i sistemi di governance gerarchici erano prevalenti fino agli anni ottanta, mentre negli ultimi tre decenni è in corso un'evoluzione verso forme di governance meno centralizzate. Secondo altre analisi, questa evoluzione è ancora lontana dall'attuazione. Uno studio di Hill e Lynn (2004) mostra empiricamente che l'esercizio delle prerogative di governo continui ad avvenire prevalentemente secondo approcci gerarchici.

La letteratura sui diversi sistemi di governance non individua degli archetipi ottimali. Al contrario, la bontà dei diversi sistemi di governance è valutata in funzione dei differenti contesti e delle circostanze. Ad esempio, uno studio di Jones et al. (1997) individua le condizioni dove i network sono maggiormente efficaci. In particolare, gli autori individuano tre condizioni: i) il livello di incertezza sui bisogni; ii) la velocità decisionale; iii) la frequenza degli incontri fra

i nodi del network. Inoltre, lo studio sottolinea l'importanza di una cultura di fondo – un linguaggio, regole di comportamento informali – che promuova la collaborazione fra gli attori del sistema.

Nel caso del sistema sanitario italiano, uno studio di Nuti et al. (2014) ha individuato cinque diversi modelli di governance: i) “trust and altruism”, in cui si assume che i comportamenti dei public servant siano guidati dall'interesse pubblico e di conseguenza non sono previsti incentivi per successi e fallimenti; ii) “choice and competition”, guidato da logiche di quasi-mercato; iii) “hierarchy and targets”, in cui prevalgono le relazioni fra il centro e la periferia, si fonda su logiche di “command and control”; iv) “transparent public ranking”, in cui è data una forte enfasi sull'impatto che la pubblicazione di indicatori, positivi o negativi, produce sulle performance; v) “pay for performance”, in cui le valutazioni e le ricompense del top management sono legati alle performance delle aziende sanitarie. Successivamente, sono stati analizzati i modelli adottati dalle diverse regioni italiane. Secondo lo studio, la Lombardia è l'unica regione che ha optato per il modello “choice and competition”, mentre il Veneto e l'Emilia-Romagna hanno adottato un approccio misto che combina elementi dei modelli “hierarchy and targets”, “transparent public ranking” e “pay for performance”. Infine, lo studio ha anche analizzato l'associazione fra i modelli di governance e l'efficacia dei sistemi sanitari, concludendo che il sistema “choice and competition”, adottato dalla sola Lombardia, è associato a performance migliori.

Gli studi di management pubblico che hanno investigato i sistemi di governance si sono focalizzati su tre principali elementi: i) le strutture amministrative; ii) gli strumenti manageriali; iii) i valori e le strategie manageriali (Hill e Lynn, 2005). La prima categoria di studi si focalizza sull'analisi delle strutture dei sistemi, ossia sulle diverse funzioni e poteri assegnati ai diversi attori della rete. Le analisi sugli strumenti manageriali approfondiscono, a parità di struttura, i meccanismi adottati per disegnare, implementare e valutare politiche e programmi. Esempi di strumenti sono incentivi di performance, workshop e incontri di *networking* e contratti di servizio. Infine, gli studi sui valori e le strategie manageriali si focalizzano sugli obiettivi, le missioni e le priorità dei manager pubblici.

Per quanto riguarda l'analisi degli strumenti manageriali, Barbazza e Trello (2014) analizzano la relazione fra le principali tipologie di attori e gli strumenti manageriali ad esse associati. Gli autori individuano quattro principali tipologie di relazioni nei sistemi sanitari: i) “controllo”, dove il centro esercita la propria autorità attraverso modalità *top-down*. Gli strumenti impiegati sono contratti, autorizzazioni, incentivi di ricompense e sanzioni, audit e sviluppo di standard economico-finanziari, clinici e organizzativi; ii) “coordinamento”, in cui le relazioni fra gli attori rimangono prevalentemente formali, e il rapporto centro-periferia si fonda sulla suddivisione delle responsabilità piuttosto che modalità di *command and control*. Gli strumenti impiegati sono piani strategi-

ci condivisi, momenti formativi comuni, misure finanziarie di condivisione dei costi e budget integrati; iii) “collaborazione”, in cui le reazioni sono prevalentemente informali, l’esercizio dell’autorità del centro della rete è limitato e la socializzazione fra gli attori è una condizione necessaria per la gestione condivisa del sistema. Gli strumenti impiegati sono comitati e/o commissioni fra diversi dipartimenti e organizzazioni; la creazione di *task-force ad hoc* per specifiche iniziative e partnership con le organizzazioni del settore non profit; iv) “comunicazione”, la tipologia di relazione più informale e orizzontale, in cui vi è una forte enfasi sull’instaurazione di momenti dialettici e la promozione di scambi di informazioni fra le organizzazioni dei sistemi sanitari. Gli strumenti impiegati sono la condivisione in formato aperto di dati sulle performance cliniche ed organizzative e analisi di *benchmarking*, consultazioni pubbliche e la pubblicazione delle decisioni di budget.

8.3 Il metodo

Il capitolo si propone di analizzare i sistemi di governance di Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto. Il capitolo assume una prospettiva *rules based*, nel senso che indaga gli aspetti sia formali che informali dei tre sistemi, e descrittiva, visto che analizza i tre casi regionali attraverso gli strumenti concettuali forniti dalla letteratura sugli archetipi di governance.

In particolare, lo studio si articola in due fasi. In primo luogo, sono investigati i modelli impiegati da Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto ponendo enfasi su due elementi distinti: i) le strutture dei sistemi sanitari, del livello regionale e delle aziende sanitarie pubbliche e private; ii) le modalità di coordinamento prevalenti e degli strumenti impiegati per regolare le interazioni fra il centro e la periferia dei sistemi. In secondo luogo, sono discusse le caratteristiche dei tre sistemi regionali sulla base dei principali elementi dei sistemi gerarchici, di mercato e network.

A tal proposito sono state adottate tre diverse metodologie di indagine. Inizialmente è analizzata la letteratura disponibile sui sistemi di governance. In un secondo momento è stata compiuta un’analisi desk sulle norme che disciplinano i tre diversi SSR. Infine, sulla base delle evidenze emerse dalle due indagini iniziali, sono state realizzate delle interviste semi-strutturate a otto *key informant*².

² Gli otto informant, in ordine alfabetico, sono stati: Luca Baldino (DG Ausl Piacenza), Antonio Brambilla (DG Auls Modena), Luciano Flor (DG AO Padova), Massimo Giupponi (DG Ats Bergamo), Massimo Lombardo (DG Asst Ospedali Civili Brescia), Domenico Mantoan (DG Assessorato Sanità Servizi Sociali, Regione Veneto), Giovanni Pavesi (DG Ulss Berica), Marco Salmoiraghi (Assessorato al Welfare, Regione Lombardia – Dirigente Programmazione).

8.4 I sistemi di governance di Veneto, Lombardia ed Emilia-Romagna

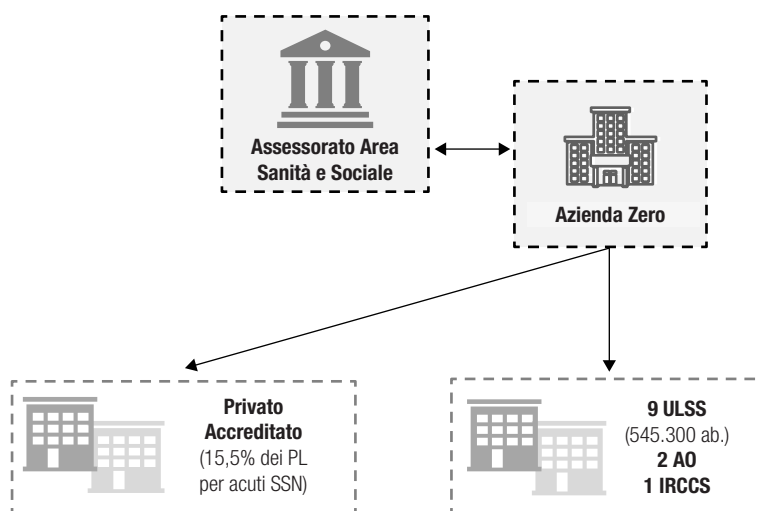
Nei seguenti paragrafi sono illustrati i sistemi di governance dei tre casi studio regionali selezionati: Veneto, Lombardia ed Emilia-Romagna. In particolare, per ogni regione, è stata presa in esame la struttura del sistema sanitario a livello sia regionale che aziendale. In un secondo momento, vengono invece descritti i meccanismi di coordinamento prevalenti tra i diversi attori del sistema.

8.4.1 Regione Veneto

8.4.1.1 La struttura del SSR

In Regione Veneto, la governance del SSR si presenta con un modello frutto dei processi di centralizzazione delle decisioni e di razionalizzazione della spesa che si sono susseguiti negli ultimi anni. In particolare, con la legge Regionale 25 ottobre 2016 n. 19 è stato promosso un nuovo assetto organizzativo che ha previsto una riduzione delle Aziende ULSS (unità locale socio sanitaria) da ventuno a nove, e la costituzione di un nuovo ente intermedio di nome Azienda Zero. Nella Figura 8.1 viene riportata una proposta di rappresentazione grafica del modello di governance del SSR veneto.

Figura 8.1 **Il modello di governance della Regione Veneto: dalla capogruppo agli erogatori***



* Nota: la posizione delle figure definisce i diversi livelli di governo del sistema mentre il box più scuro va ad evidenziare gli attori in cui si concentrano le prerogative di governo del sistema. Le frecce indicano a chi si rivolge l'attività del soggetto da cui parte la freccia.

Come visibile in figura, il modello si presenta in modo compatto con un numero limitato di livelli, ognuno dei quali assume determinate responsabilità e diversi gradi di autonomia. A livello apicale troviamo l'Assessorato dell'Area Sanità e Sociale e la tecnostruttura dell'Azienda Zero, che si relazionano gli erogatori sanitari pubblici e privati, localizzati alla base del modello.

Partendo da questi ultimi, il panorama degli erogatori sanitari pubblici veneti si compone delle nove ULSS, identificate a seguito della riforma del 2016, le due Aziende Ospedaliere di Verona e Padova e l'Istituto Oncologico Veneto (IOV), IRCCS pubblico e hub regionale oncologico. In riferimento alle 9 ULSS, la serie di riordini regionali intercorsi e la conseguente riduzione del numero di aziende ha sicuramente implicato una loro notevole crescita dal punto di vista dimensionale, con una popolazione media di 545.300 abitanti³. A completare il quadro degli erogatori regionali si aggiungono i privati accreditati, tra i quali due ospedali con qualifica di IRCCS. La rilevanza del settore privato rimane tuttavia contenuta se confrontata con altre regioni italiane. Usando l'incidenza dei PL per acuti privati accreditati sul totale della dotazione complessiva di PL SSN, come proxy di rilevanza del settore privato accreditato stesso, Regione Veneto ottiene un valore pari al 15,0%, dato significativamente inferiore alla media nazionale del 23,1%⁴.

Le funzioni di governo delle aziende sono state ripartite tra Assessorato e Azienda Zero. Quest'ultima esercita parte delle funzioni di gestione sanitaria accentrata insieme alle numerose funzioni amministrative che ha progressivamente assorbito da altri soggetti. Dal quadro normativo, emerge tuttavia che l'Area Sanità e Sociale dell'assessorato continua a detenere un ruolo di indirizzo, deliberando linee guida regionali e stabilendo gli obiettivi socio-sanitari di programmazione che devono essere raggiunti dalla Aziende Sanitarie, come per esempio in ambito LEA. La responsabilità di governo del sistema sanitario regionale rimane quindi in capo all'Assessorato anche se affiancato dal punto di vista tecnico da Azienda Zero.

In particolare, la tecnostruttura dell'Azienda Zero detiene le prerogative di governo in materia contabile delle Aziende ULSS e degli altri enti del servizio sanitario regionale ma anche la gestione di numerose attività tecnico-specialistiche, tra cui gli acquisti centralizzati, le procedure di selezione del personale, la gestione del rischio clinico, lo sviluppo dei sistemi informativi e flussi dati, la gestione delle procedure di accreditamento, del magazzino e della logistica e le valutazioni in ambito HTA.⁵ A fronte delle responsabilità affidate ad Azienda Zero, i Direttori Generali intervistati intravedono la possibilità di focalizzarsi sulle attività "maggiormente core" per le loro aziende sanitarie, come l'or-

³ Per un approfondimento si rimanda al Capitolo 2 del presente Rapporto

⁴ Per un approfondimento si rimanda al Capitolo 4 del presente Rapporto

⁵ Fonte: Atto Aziendale Azienda Zero

ganizzazione dei fattori produttivi per servizi e territorio oppure il ridisegno strutturale delle sedi ospedaliere, reso necessario dall'emergenza covid-19. Il tutto ovviamente nel rispetto delle procedure e degli standard definiti a livello centrale.

8.4.1.2 *I meccanismi di coordinamento nel SSR*

Dalle interviste svolte, emergono due principali meccanismi di coordinamento e confronto tra centro e periferia, che si concretizzano in due momenti diversi all'interno di un perimetro di priorità ben definito. Nello specifico, si tratta dei seguenti due strumenti:

- ▶ Il Comitato dei Direttori Generali
- ▶ I tavoli che si svolgono presso la Commissione Regionale per gli Investimenti Tecnologici e in Edilizia (CRITE).

Il Comitato dei Direttori Generali si presenta come uno strumento funzionale alla condivisione delle priorità tra i diversi attori del sistema. Il Comitato prevede infatti la partecipazione dei Direttori Generali delle Aziende ULSS, delle Aziende ospedaliere, dello IOV, dell'Azienda Zero e del Direttore generale dell'Area Sanità e Sociale che lo presiede. Partecipano inoltre, a seconda delle esigenze, i dirigenti di Azienda Zero competenti sull'ordine del giorno. Generalmente viene convocato una o due volte al mese, in Azienda Zero, e ha una durata di circa 2 ore. Tra le funzioni principali del Comitato dei DG sono state individuate le seguenti.

- ▶ Aggiornamento alle aziende sanitarie rispetto alle gare svolte dall'Azienda Zero e in generale sull'operato della tecnostruttura.
- ▶ Condivisione degli indirizzi con le Aziende Sanitarie.
- ▶ Discussione delle iniziative intraprese a livello centrale con i rappresentanti delle aziende.

Nel quadro di una forte capacità di indirizzo del centro, gli intervistati riconoscono nel Comitato un momento di discussione, durante il quale il coinvolgimento dei direttori generali è reale ed è possibile condividere la propria opinione, portando il proprio punto di vista anche su ragionamenti di sistema.

Per quanto riguarda invece la CRITE, questa era stata istituita come "supporto alla Giunta regionale nella funzione di definizione e realizzazione degli obiettivi di governo e amministrazione sulla base dei principi ed indirizzi generali della programmazione regionale generale di competenza del Consiglio regionale, in coerenza con la programmazione regionale e la sostenibilità economico finanziaria dei progetti d'investimento, di tecnologia e di edilizia in

ambito sanitario e socio-sanitario”⁶. Sebbene la Commissione sia formalmente strutturata all’interno dell’Assessorato, questa viene comunemente identificata con Azienda Zero, anche per via della ubicazione fisica all’interno di quest’ultima.

Nel tempo, la CRITE ha ampliato i suoi ambiti di attività, assumendo un ruolo di confronto individuale tra le aziende sanitarie e Azienda Zero, in cui viene dato un riscontro tecnico formale alle richieste avanzate dall’erogatore sanitario. La Commissione si occupa principalmente dei seguenti ambiti.

- ▶ Acquisti.
- ▶ Programmazione e assunzione del personale.
- ▶ Edilizia e tecnologia.
- ▶ Accreditemento e allocazione dei budget agli erogatori privati.

Nella pratica, il tavolo viene generalmente convocato a seguito della richiesta di un erogatore. A seguito di questa richiesta, la Commissione analizza la documentazione e decide se autorizzare o meno la richiesta, con o senza eventuali modifiche e/o integrazioni. Partecipano alla riunione il DG dell’Azienda Sanitaria, il provveditore agli acquisti, eventualmente il primario coinvolto, l’istruttore, il DG dell’Area Sanità e Salute e i vari profili tecnici interessati, provenienti dall’Azienda Zero. In media, la CRITE incontra ogni azienda sanitaria almeno una volta al mese. Tuttavia, la durata dell’incontro è molto variabile a seconda della complessità della richiesta.

Entrambi gli strumenti analizzati sono necessari al funzionamento del modello di governance della Regione Veneto, tuttavia assumono sfumature diverse: mentre il Comitato dei Direttori Generali funge da strumento di aggiornamento e condivisione delle direttive, nella CRITE si riconosce un momento di confronto, tra centro e periferia, con finalità autorizzative.

Il quadro che emerge, in tempi ordinari, è un modello di governance molto coeso che si fonda sulla forte legittimazione della capogruppo e sulle logiche di dialogo instaurate con gli altri attori del sistema. Durante l’emergenza Covid-19, il modello si è dimostrato altrettanto coeso sebbene siano stati utilizzati meccanismi di coordinamento creati *ad hoc* per affrontare l’emergenza. In particolare, oltre al comitato dei Direttori Generali sono stati istituiti altri tre gruppi con competenze specifiche: un Comitato Tecnico Scientifico, un gruppo epidemiologico regionale e un gruppo formato da ingegneri gestionali. Durante la pandemia Covid-19, l’azione guida della capogruppo si è basata su una programmazione analitica che ha reso possibile fornire indicazioni precise e dettagliate agli erogatori del sistema regionale.

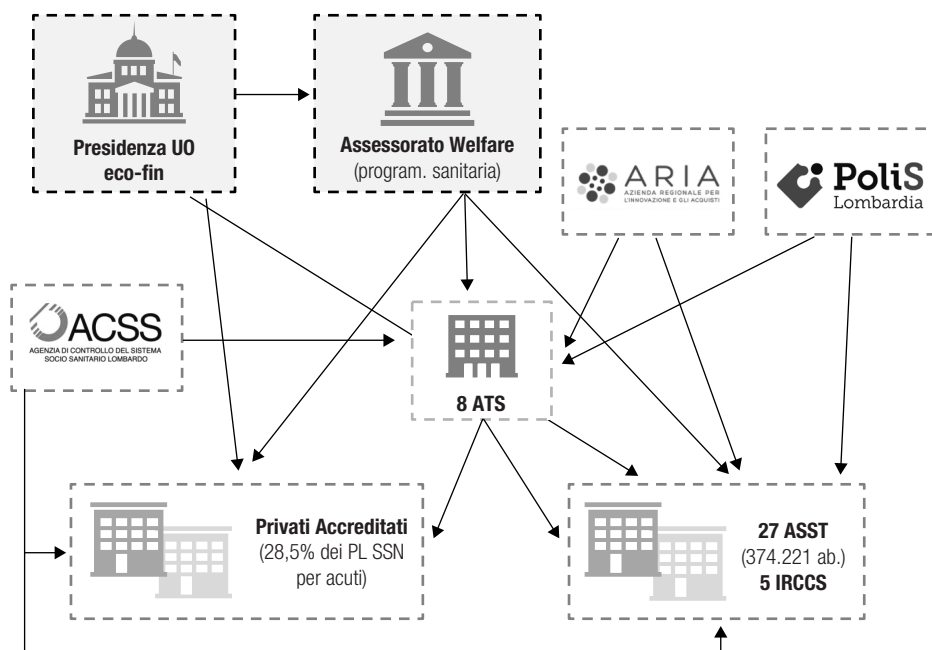
⁶ Articolo 16 DGR Veneto 19/16

8.4.2 Regione Lombardia

8.4.2.1 La struttura del SSR

In Regione Lombardia, la governance del SSR si presenta con un modello articolato a più livelli, sia dal punto di vista orizzontale che verticale. Come per la Regione Veneto, il modello attuale è il frutto delle diverse riforme sociosanitarie che si sono susseguite negli anni. In particolare, la riforma sanitaria della Legge Regionale 23/2015 è intervenuta in maniera rilevante sull'organizzazione dell'offerta sanitaria e della governance del sistema. Nella Figura 8.2 viene riportata una proposta di rappresentazione grafica del modello di governance del SSR lombardo.

Figura 8.2 **Il modello di governance della Regione Lombardia: dalla capogruppo agli erogatori***



* Nota: la posizione delle figure definisce i diversi livelli di governo del sistema mentre il box più scuro va ad evidenziare gli attori in cui si concentrano le prerogative di governo del sistema. Le frecce indicano a chi si rivolge l'attività del soggetto da cui parte la freccia.

Come si può vedere in figura, sono identificabili tre diversi livelli di governo. A livello apicale, troviamo sia l'unità organizzativa della Presidenza, che ha il compito della programmazione economica finanziaria del sistema sanitario, che l'Assessorato al Welfare, che si occupa della programmazione sanitaria. A que-

sti soggetti si affiancano le diverse agenzie regionali che caratterizzano il sistema lombardo. A livello intermedio sono localizzate le otto Agenzie di Tutela della salute (ATS) che attuano la programmazione regionale sul territorio di competenza, senza l'erogazione diretta di servizi ospedalieri o territoriali⁷ mentre, alla base del modello, troviamo gli erogatori pubblici e privati accreditati, che assumono un ruolo operativo nell'erogazione dei servizi.

Partendo da questi ultimi, appartengono al panorama degli erogatori sanitari pubblici lombardi le ventisette Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), responsabili dell'erogazione di servizi ospedalieri e territoriali a vocazione generalista da parte pubblica, e i quattro IRCCS pubblici⁸, di cui tre sono localizzati a Milano e uno a Pavia. Più nel dettaglio, le ASST concorrono con gli altri soggetti erogatori del sistema, di diritto pubblico e di diritto privato, all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie, nella logica della presa in carico della persona. Le ASST hanno una dimensione contenuta, con un bacino di utenza medio pari a 374.221 abitanti, rispetto alla media nazionale di 510.548⁹ abitanti. A completare il quadro degli erogatori regionali si aggiungono i numerosi erogatori privati accreditati: ad esempio, ben quattordici dei trenta IRCCS privati presenti in Italia si localizzano in Regione Lombardia. La rilevanza del settore privato non è quindi trascurabile. Considerando l'incidenza del privato sulla dotazione complessiva SSN di PL per acuti, Regione Lombardia registra un valore pari al 28,5%, dato di gran lunga superiore alla media nazionale e agli altri casi studio considerati¹⁰.

Tornando sul livello intermedio, le otto ATS sono state istituite per attuare la programmazione definita dalla Regione, attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie tramite gli erogatori pubblici e privati accreditati. In particolare, sono state attribuite alle ATS diverse funzioni tra cui la negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dalle strutture accreditate, il governo del percorso di presa in carico, il governo dell'assistenza primaria e dei programmi di educazione alla salute, prevenzione, assistenza, sicurezza, cura e riabilitazione. Tuttavia, si riscontra un'ambiguità di fondo sull'effettivo ruolo delle ATS, dovuta a una sovrapposizione almeno parziale delle funzioni esercitate dai tre livelli del SSR e sul ruolo istituzionale da esse assunto. In particolare, come si legge in Longo *et al.* (OASI, 2017), risulta ancora in parte indeterminato se le agenzie e le ATS condividano alcune funzioni tra pianificazione e strategia. Inoltre, non emerge ancora in maniera cristallina se le ATS abbiano

⁷ Per un approfondimento si rimanda al Capitolo 2 del presente rapporto.

⁸ I quattro IRCCS pubblici sono: Fondazione Istituto Neurologico Carlo Besta, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale per lo studio e la cura dei tumori, Fondazione Ca' Granda – Ospedale Maggiore Policlinico e Fondazione Policlinico San Matteo.

⁹ Per un approfondimento si rimanda al Capitolo 2 del presente rapporto.

¹⁰ Per un approfondimento si rimanda al Capitolo 4 del presente Rapporto.

responsabilità di coordinamento delle ASST oppure se ricoprono il ruolo di soli arbitri del gioco competitivo che c'è tra gli erogatori sanitari.

Riportando il focus sul livello apicale, la Direzione Generale Welfare ha la mission di governare il SSR lombardo per assicurare ai cittadini l'erogazione efficace, efficiente ed appropriata delle prestazioni sanitarie. Più nel concreto, la Direzione stabilisce le regole cui si devono attenere gli attori del sistema – le ATS, le ASST, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, ma anche le strutture sanitarie e sociosanitarie private accreditate. Inoltre, programma le necessarie azioni di sviluppo, vigila sulla loro corretta attuazione, eroga le risorse finanziarie necessarie al buon funzionamento. Oltre all'ambito della programmazione dei servizi sanitari e sociosanitari e del governo della loro erogazione, rilevano come finalità strategiche la prevenzione delle malattie, la tutela della salute, umana ma anche veterinaria, e la promozione di stili di vita salutari.

Per quanto riguarda invece l'Unità Organizzativa Risorse Economico Finanziarie del Sistema Sociosanitario Lombardo della Presidenza, questa ha il compito principale di ripartire le risorse per la gestione del SSR con particolare riguardo alla sostenibilità della spesa. Tra le altre funzioni svolte, la UO fornisce supporto alla Direzione Welfare per gli atti con rilevanza contabile, svolge quelle attività connesse alla certificabilità dei bilanci degli Enti del SSR e coordina la redazione del bilancio GSA e del consolidato regionale.

Sempre a livello apicale, sono localizzate tre diverse agenzie regionali: l'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo (ACSS), l'Agenzia Regionale per l'Innovazione e gli acquisti (ARIA) e PoliS (agenzia di formazione e ricerca). ACSS è un organismo tecnico scientifico, terzo e indipendente, data la sua funzione di controllo che richiede ampia autonomia d'azione e una visione d'insieme sull'intero sistema dei controlli. ARIA¹¹ si occupa di molteplici ambiti, tra cui acquisti, innovazione digitale, infrastrutture, operando non esclusivamente nel settore sanitario, come anche si verifica per Polis in materia di istruzione, formazione, lavoro e ricerca. Nel corso degli anni, le agenzie hanno assunto finalità sempre più ampie, traslando da uno scopo di centralizzazione delle attività amministrative ad un vero e proprio supporto nelle attività di pianificazione e quindi di governo.

8.4.2.2. *I meccanismi di coordinamento del SSR*

Dalle interviste svolte, sono emersi molteplici strumenti di coordinamento tra i diversi attori del sistema lombardo. Di seguito sono riportati i meccanismi individuati, caratterizzati da diversi livelli di efficacia e rilevanza all'interno delle logiche del sistema:

¹¹ ARIA nasce nel 2019 dalla fusione di ARCA e LISPA (LR n. 27 del 26 marzo 2019).

- ▶ Delibera delle regole di gestione del servizio sanitario e sociosanitario
- ▶ Incontri di Budget e negoziazione degli obiettivi dei Direttori Generali
- ▶ Cabina di regia delle ATS
- ▶ Incontro plenario erogatori pubblici
- ▶ Incontro plenario erogatori privati
- ▶ Collegi di direzione

La Delibera delle Regole è un corposo documento di indirizzo, che viene redatto annualmente, con la finalità di fornire indicazioni precise agli erogatori del sistema sociosanitario regionale in diversi ambiti, come ad esempio: controllo di gestione, acquisti, programmazione sanitaria nelle aree ospedaliera e territoriale, prevenzione, organizzazione del personale etc. La Delibera va a disegnare il perimetro di un sistema molto articolato, definendo le regole generali all'intero delle quali le aziende sanitarie possono muoversi. La redazione del documento è totalmente a carico della Regione Lombardia e anche se sono previsti molteplici spazi di interlocuzione con i diversi attori del sistema. Questi sono generalmente immediatamente antecedenti alla firma della delibera, in quanto non c'è un profondo coinvolgimento degli stessi nell'elaborazione della stessa. Inoltre, eventuali aggiustamenti possono essere fatti anche in corso d'anno con la successiva delibera di agosto.

Mentre la delibera delle regole si mantiene su un piano generale di sistema e non scende mai sul dettaglio della singola azienda, gli incontri di budget sono momenti di confronto individuali che offrono un'occasione per affrontare insieme alla Direzione welfare e all'ATS di riferimento, le peculiarità che contraddistinguono i singoli erogatori e declinare di conseguenza obiettivi strategici specifici. Nell'anno 2019, a valle di un percorso di negoziazione sviluppatosi con specifici incontri tra la Direzione Generale Welfare e le Direzioni strategiche degli enti, sono stati condivisi e valutati indicatori di performance e sono stati concordati gli obiettivi specifici. Proprio nel 2019 gli incontri di budget sono stati introdotti per la prima volta ma sono stati sospesi nel 2020 a causa dell'emergenza covid-19: si tratta quindi di un strumento di governance ancora in fase introduttiva.

La Cabina di regia delle ATS è un incontro che si tiene ogni circa 40 giorni e a cui partecipano le otto ATS, la Direzione Generale Welfare e l'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza, quando ritenuto opportuno in base agli argomenti trattati. Si tratta di un organo di raccordo per la programmazione, in cui si discutono gli atti e le delibere da adottare su quella che è un'agenda prevalentemente regionale.

Gli incontri plenari si tengono 3-4 volte all'anno alla presenza dell'Assessorato e Direzione Welfare e delle direzioni strategiche degli erogatori (gli incontri sono organizzati separatamente per gli erogatori pubblici e per quelli privati). Dato l'elevato numero dei partecipanti (per l'ambito pubblico sono general-

mente presenti circa 120 persone) questi incontri non sono molto partecipativi ma rimangono un'opportunità di coordinamento tra il centro e la periferia.

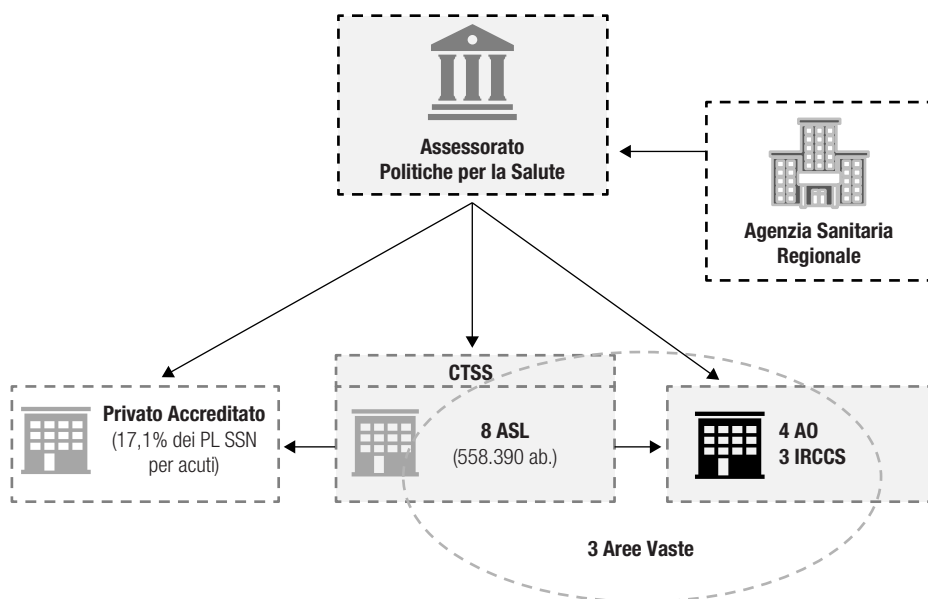
I Collegi di direzione sono incontri convocati dalle ATS con i direttori delle ASST e dei privati accreditati di propria competenza in cui si affrontano tematiche contingenti, come ad esempio i tempi di attesa dell'ambulatoriale e le attività di screening. Dalle interviste emerge che la rilevanza degli incontri varia da territorio a territorio, in quanto le relazioni tra ATS e ed erogatori possono essere più o meno forti.

8.4.3 Regione Emilia-Romagna

8.4.3.1 La struttura del SSR

Nella Figura 8.3 viene riportata una proposta di rappresentazione grafica del modello di governance del SSR della Regione Emilia-Romagna.

Figura 8.3 **Il modello di governance della Regione Emilia-Romagna: dalla capogruppo agli erogatori***



* Nota: la posizione delle figure definisce i diversi livelli di governo del sistema mentre il box più scuro va ad evidenziare gli attori in cui si concentrano le prerogative di governo del sistema. Le frecce indicano a chi si rivolge l'attività del soggetto da cui parte la freccia.

Il modello di governance si presenta a due livelli ed è caratterizzato da logiche concertative che danno forte rilevanza anche alla sfera politica, grazie all'istituzione di una "cabina di regia" a cui partecipano amministratori regionali e locali.

Partendo dal livello degli erogatori, la Regione Emilia-Romagna è stata tra le prime regioni italiane ad istituire ASL di amplissime dimensioni (ASL di Bologna, ASL unica della Romagna, ASL della provincia di Modena). Questo ha confermato e favorito un forte orientamento all'autonomia delle aziende che ha privilegiato interventi nati da iniziative degli stakeholder locali che, una volta maturi, sono stati successivamente istituzionalizzati dalla Regione. Le stesse funzioni di centralizzazione degli acquisti e della logistica si basano su accordi tra aziende di area vasta. La regione ha invece guidato centralmente la nascita delle principali reti cliniche di alta specializzazione. Ne sono esempi quella oncologica che fa perno sull'hub scientifico IRCCS di Meldola, quella neurologica che ha come fulcro il neo-costituito IRCCS neurologico di Bologna, così come quelle di patologie tempo-dipendenti (Longo, OASI 2017).

Attualmente l'insieme degli erogatori pubblici conta otto Aziende Sanitarie Locali con un bacino di utenza media pari a 558.390 abitanti, quattro Aziende Ospedaliere Universitarie localizzate a Parma, Modena, Bologna e Ferrara e quattro Istituti di Ricovero e Cura a carattere scientifico, di cui uno privato accreditato. In Emilia-Romagna la presenza del privato accreditato risulta moderata: l'indicatore di incidenza dei PL per acuti privati accreditati è pari al 17,1% del totale della dotazione SSN.

Le Aziende Sanitarie, oltre che con il livello centrale, si interfacciano direttamente anche con il livello politico locale. Peculiarità del sistema è infatti la presenza delle Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie (CTSS), gli organismi attraverso i quali gli enti locali, a livello provinciale, esercitano la funzione di indirizzo e di programmazione generale in ambito sanitario e socio-sanitario. Alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria è demandata la valutazione e la verifica del grado di coerenza della politica dei servizi e della salute, che si traduce nella specificazione locale degli obiettivi di salute, nella partecipazione alla definizione degli indirizzi e nella verifica delle attività delle aziende sanitarie del proprio territorio. La CTSS esercita le proprie funzioni tramite un'assemblea generale a cui partecipano con diritto di voto tutti i sindaci dei comuni e il presidente della provincia e, come invitato permanente senza diritto di voto, il Direttore generale dell'ASL di riferimento. Il voto si applica secondo il criterio della ponderazione in base al numero di abitanti di ciascun comune, ad esempio nella Provincia di Piacenza sono 78 i voti spendibili, di cui 11 sono attribuiti a Piacenza città. In materia di programmazione, la CTSS partecipa alla definizione dei bisogni, alla valutazione della funzionalità dei servizi sanitari e in particolare della loro distribuzione nel territorio promuovendo e coordinando accordi e intese tra i comuni e l'Azienda Usl per migliorare l'integrazione tra servizi sociali e servizi sanitari. Inoltre adotta dei provvedimenti di individuazione e modifica della delimitazione dei distretti. Fanno parte delle funzioni consultive i pareri obbligatori che la Conferenza esprime sui piani programmatici delle ASP e delle Aziende sanitarie, sui bilanci delle Aziende e sulla nomina del Direttore

Generale delle stesse. In particolare, tra le funzioni di controllo, la CTSS esprime pareri obbligatori sui bilanci pluriennali di previsione, sui bilanci preventivi e sui bilanci d'esercizio delle aziende sanitarie e trasmette alla Regione osservazioni per le eventuali disposizioni della Giunta regionale. Dalle interviste svolte emerge che sebbene il giudizio della CTSS sia obbligatorio ma non vincolante, questo risulta spesso determinante, specialmente in alcuni territori.

Inoltre, con la LR n° 22/2013 sono state istituite tre aree vaste per l'accenramento e l'efficientamento di determinati servizi, quali la gestione della logistica, gli acquisti e alcune funzioni amministrative. In particolare, il territorio è stato suddiviso come segue: (i) Area Vasta Emilia nord, comprensiva delle Aziende sanitarie di Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena; (ii) Area Vasta Emilia Centrale con le Aziende sanitarie in provincia di Bologna e Ferrara; (iii) Area Vasta Romagna che in realtà è cessata nel 2014 con la nascita dell'Azienda Usl della Romagna dalla fusione delle Aziende Usl di Cesena, Forlì, Ravenna, Rimini.

A livello apicale, l'Assessorato Politiche per la Salute governa il sistema regionale sanitario, svolgendo attività di programmazione e coordinamento ed è affiancato dall'Agenzia Sanitaria Regionale. Quest'ultima è stata istituita nel 1995 e svolge funzioni di supporto tecnico-scientifico alle attività di governo delle strutture del servizio sanitario regionale e della rete integrata dei servizi sociali, d'intesa con la Direzione generale Cura della persona, salute e welfare. In particolare, l'ASR si occupa di attività che richiedono alta specializzazione tecnica e offre uno spazio di elaborazione, sviluppo, implementazione e valutazione di innovazioni clinico-assistenziali e organizzative che, qualora dimostrate efficaci, vengono successivamente efficacemente integrate nel sistema regionale.

8.4.3.2 *I meccanismi di coordinamento*

Dalle interviste svolte, sono emersi numerosi strumenti di coordinamento, tra i diversi attori del sistema. Di seguito sono riportati i meccanismi individuati:

- ▶ Incontri per la negoziazione del budget
- ▶ Incontri individuali su richiesta dell'azienda sanitaria
- ▶ Incontri plenari con gli erogatori sanitari

La negoziazione di budget per le aziende sanitarie è un processo ormai ben strutturato all'interno del sistema di governance ed è uno dei principali strumenti di coordinamento esistenti. Il processo si avvia con l'azienda sanitaria che invia una sua proposta di bilancio preventivo alla Regione che, a seguito di sue elaborazioni, identifica un'ipotesi di assegnazione delle risorse. In occasione della riunione plenaria con gli erogatori la Regione espone le allocazioni dei finanziamenti per i diversi erogatori, in genere su base storica se non per l'1-2%

di risorse aggiuntive. Successivamente alla plenaria, si tiene un incontro di concertazione tra la direzione strategica della singola azienda (o eventualmente ASL e AOU se presenti entrambe nello stesso territorio), l'Assessore, il direttore generale dell'Assessorato e i tecnici dell'assessorato necessari per affrontare i temi in agenda. Durante questo incontro, vengono affrontate solo le questioni che sono rimaste irrisolte o obiettivi specifici come ad esempio la questione delle liste di attesa in Romagna oppure, negli anni passati, la costruzione del nuovo ospedale a Piacenza. Dato che, a seconda delle criticità da affrontare, la singola azienda può richiedere più incontri con la Regione, il numero degli incontri risulta molto variabile da azienda ad azienda.

A seguito di questi passaggi, la Regione procede a deliberare la ripartizione del fondo sanitario regionale. Per quanto riguarda il privato accreditato, gli aspetti economici e quindi anche l'allocazione dei budget, vengono definiti separatamente in accordo tra la Regione e AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata); tutto ciò che concerne le caratteristiche delle prestazioni viene lasciato alla contrattazione aziendale tra i singoli erogatori e la ASL di riferimento. In autunno prende luogo una nuova serie di incontri singoli con gli erogatori con la duplice finalità di verificare i vincoli di bilancio e gli obiettivi programmati.

In aggiunta, ogni mese la Regione convoca la riunione plenaria con tutti i Direttori Generali delle aziende sanitarie. L'agenda dell'incontro è stabilita dall'assessorato e generalmente ha una durata che oscilla tra un'ora e due ore e mezza. L'assessore apre e chiude l'incontro e prende la parola negli ambiti particolarmente sensibili alla politica. Per il tempo rimanente, sono i tecnici dell'assessorato ad esporre i contenuti. Tendenzialmente queste riunioni hanno scopo informativo e non entrano mai nel dettaglio del singolo erogatore, tuttavia non è raro che la Regione chieda un giro di tavolo ai direttori generali per raccogliere le loro opinioni e punti di vista.

8.5 Le caratteristiche di governance in Veneto, Lombardia ed Emilia-Romagna

È possibile analizzare i sistemi di governance di Veneto, Lombardia ed Emilia-Romagna attraverso gli strumenti concettuali offerti dalla letteratura sugli archetipi di governance. Infatti, associare un SSR a un archetipo di governance aiuta a comprenderne le logiche di funzionamento e a coglierne le differenze rispetto agli altri sistemi regionali. Inoltre, visto che ogni sistema deve essere dotato di una coerenza interna, lo studio degli archetipi di governance può rappresentare una diagnosi a partire dalla quale valutare dei processi di riforma.

In particolare, seguendo la classificazione di Rhodes (1997) è possibile considerare il Veneto come un sistema gerarchico, la Lombardia come un sistema

basato sulla predifinizione di regole e standard¹² e l'Emilia-Romagna come un network. I sistemi sono fortemente coerenti al loro interno. Tuttavia, nei tre SSR, come in ogni sistema di governance, coesistono elementi dei tre diversi archetipi. L'analisi mira a illustrare le modalità prevalenti di distribuzione delle responsabilità e interazione fra Regione e aziende, in Veneto, Lombardia ed Emilia-Romagna, nella consapevolezza che i diversi approcci non sono mutualmente esclusivi. Per comprendere le logiche di funzionamento e le differenze possono essere confrontati i tre sistemi secondo diverse dimensioni.

Il sistema di governance del Veneto appare un sistema gerarchico. Infatti, l'Assessorato della Sanità e Azienda Zero stabiliscono le priorità strategiche e le modalità di esecuzione mentre alle aziende sanitarie è affidato il compito di implementare le decisioni prese dal livello regionale. Tale configurazione mira a garantire l'unitarietà di comando del livello regionale. Il sistema è frutto del contesto politico e della cultura della Regione. Infatti, in Veneto il vertice regionale, sia politico che amministrativo, occupa un ruolo centrale all'interno del SSR. Al contrario di altri sistemi sanitari regionali, l'influenza della politica locale e delle strutture private è meno accentuata.

Il livello regionale svolge un ruolo assimilabile a quello dello Stato pianificatore, visto che autorizza o prende decisioni su ambiti aziendali specifici quali la scelta degli investimenti in tecnologia o le politiche di assunzione del personale dei singoli reparti. In questo senso, il livello regionale esercita le proprie prerogative di governo attraverso processi decisionali prevalentemente *top-down*. Il sistema gerarchico è guidata da una leadership centrale e unitaria, rappresentata dall'assessorato e Azienda Zero.

La Regione esercita le proprie prerogative di governo prevalentemente attraverso direttive ed autorizzazioni. Il Comitato dei Direttori Generali funge da strumento di trasmissione delle direttive assunte dal livello regionale, oltre che come momento di condivisione di esperienze. La CRITE, invece, ha una finalità autorizzativa e garantisce la razionalità tecnico-operativa del sistema, visto che approva o rifiuta, con o senza modifiche e integrazioni, le richieste delle aziende sanitarie in merito agli acquisti, l'assunzione del personale, l'edilizia e la tecnologia e gli accreditamenti e l'allocazione del budget agli erogatori privati.

Il sistema delle aziende in Veneto è caratterizzato da una struttura dell'offerta concentrata: sono presenti 9 ULSS con un popolazione media di 545.300 abitanti ampiamente superiore rispetto alla medio nazionale, 2 Aziende Ospedaliere, 1 IRCCS pubblico e 2 IRCSS privati accreditati. Tale struttura è adatta

¹² Sotto il profilo teorico, logiche di coordinamento basate sulla predifinizione di regole e standard di riferimento sono definite "di mercato". Tale terminologia non vuole indicare che i sistemi sanitari sono incentrati su strutture sanitarie private. Al contrario, l'analogia cerca di evidenziare che ma gli attori del SSR agiscono in modo autonomo in funzione delle regole e degli standard prefissati dal livello regionale così come nei sistemi di mercato i soggetti economici agiscono in modo autonomo in funzione del livello dei prezzi.

a sistemi di tipo gerarchico, perché l'indirizzo e il controllo del livello regionale è più facilmente perseguibile nel caso in cui il numero di aziende sanitarie sia limitato. La mission della aziende è quella di concentrarsi sull'erogazione dei servizi sanitari, visto che sia l'attività di programmazione che il perseguimento dell'equilibrio economico-finanziario sono garantiti dall'assessorato e Azienda Zero. In questo contesto, le aziende hanno in alcuni ambiti un'autonomia inferiore rispetto ad altri SSR. Infine, sono poco frequenti anche le relazioni di scambio fra le diverse aziende, visto che è sempre il livello regionale a individuare e promuovere buone pratiche e innovazioni nel SSR.

Il sistemi gerarchici si adattano ai differenti contesti territoriali in modo meno marcato rispetto agli altri modelli, visto che i sistemi gerarchici, accentrando i processi decisionali, compiono decisioni sulla base di un patrimonio informativo più limitato e, di conseguenza, tipicamente privilegiano l'omogeneità rispetto alla differenziazione. Tuttavia, il contesto Veneto è fortemente omogeneo quindi non appaiono necessari forti elementi di differenziazione. La leadership forte e accentrata diminuisce il grado di incertezza nel sistema. Nel contesto attuale della pubblica amministrazione italiana, la proliferazione di organi e procedure di controllo spesso induce i dipendenti pubblici a comportamenti difensivi che privilegiano le procedure rispetto ai risultati. Al contrario, in Veneto la presenza di una leadership auterovole in riduce il livello di rischio percepito e facilita scelte coraggiose da parte del top management delle aziende. Inoltre, la concentrazione del potere decisionale aumenta la velocità dei processi decisionali, una variabile particolarmente critica in caso di stati di emergenza. Infine, il sistema promuove un grado di specializzazione inferiore rispetto ad altri contesti: il raggiungimento di livelli di alta eccellenza presuppone una logica sperimentale e investimenti che inizialmente possono apparire inefficienti che difficilmente sono attuati in sistemi gerarchici.

Il sistema di governance della Lombardia appare un sistema basato sulla predefinitone di regole e standard. Infatti, la DG Welfare, assieme agli altri soggetti istituzionali che compongono il livello regionale, si limita a stabilire le norme di funzionamento e i vincoli del SSR mentre gli erogatori pubblici e privati perseguono le rispettive finalità istituzionali nel rispetto di esse. Tale configurazione mira a promuovere la competizione fra gli erogatori pubblici e privati. Il sistema si è formato in una regione dove prevale un'impostazione culturale che ha privilegiato la creazione di sistemi di quasi-mercato anche in settori tradizionalmente pubblici, favorendo la libertà di scelta dei pazienti.

Il livello regionale svolge un ruolo assimilabile a quello dello Stato regolatore, visto che assume principalmente il ruolo di stabilire norme e vincoli del sistema. Tali norme, in larga parte, sono finalizzate al rispetto delle direttive imposte dallo Stato centrale alle regioni mentre, raramente, vanno a definire vincoli aggiuntivi. In questo senso, il livello regionale limita l'esercizio delle proprie prerogative di governo promuovendo un livello elevato di autonomia aziendale.

Il sistema non richiede una leadership forte e unitaria, visto che prevede che i diversi soggetti che compongono il livello regione, ossia l'ACSS, ARIA e Polis, stabiliscano norme e vincoli dei rispettivi ambiti di competenza.

La regione esercita le proprie prerogative di governo prevalentemente attraverso la definizione delle regole del sistema sanitario. La delibera delle regole di gestione del servizio sanitario e sociosanitario, infatti, appare essere il principale strumento manageriale di coordinamento del SSR lombardo. La delibera stabilisce annualmente in modo chiaro i vincoli e le regole entro i quali gli attori dell'SSR possono agire in autonomia. Le varie riunioni esistenti (cabine di regia ATS, incontri plenari con erogatori pubblici e privati, collegi di direzione) sembrano influenzare solo parzialmente il funzionamento del sistema sanitario regionale. Una possibile eccezione può essere rappresentata dagli incontri di budget che sembrano essere un primo tentativo per la creazione di un meccanismo di coordinamento, in logica concertativa, tra il livello apicale e quello degli erogatori, anche se non sono stati ancora del tutto istituzionalizzati.

Il sistema delle aziende lombarde è caratterizzato da una struttura dell'offerta frammentata, costituita da 8 ATS e 27 ASST. Inoltre sono presenti 4 IRCSS pubblici e 14 privati. Tale struttura è coerente con un sistema di governance basato sulla predefinizione di regole e standard: la presenza di un numero elevato di strutture promuove la competizione nel sistema. La mission della aziende è quella differenziarsi dagli altri erogatori per attrarre pazienti, della ATS di riferimento come del resto della regione e del territorio nazionale, in modo da perseguire l'equilibrio economico-finanziario. In questo contesto, le aziende hanno un'autonomia elevata, tuttavia le relazioni di scambio e mutuo apprendimento fra i diversi erogatori rimangono limitate, visto che di fatto sono in competizione fra loro.

Il sistema sanitario lombardo si adatta ai differenti contesti territoriali in modo meno marcato rispetto ad altri SSR, visto che il campo di gioco percepito dalle aziende spesso coincide con l'intero territorio regionale e in alcuni casi assume un livello nazionale. Il sistema è caratterizzato da alcuni livelli di incertezza, sia perché le norme in alcuni casi possono essere soggetto a interpretazioni contrastanti sia perché l'articolazione dei soggetti istituzionali a livello regionale (DG Welfare, Presidenza, Aria, ACSS, Polis) e la costituzione delle 8 ATS rende difficile, in alcuni ambiti, individuare i livelli di responsabilità dei vari soggetti. Inoltre, la velocità dei processi decisionali appare limitata, visto che la produzione di norme (delibere di giunta) richiede *iter* complessi e la necessità di mediare con le istanze della politica. Infine, il sistema promuove un elevato grado di specializzazione: le dinamiche competitive e l'elevato livello di autonomia aziendale favoriscono la nascita di poli di eccellenza nei livelli di cura, ricerca e formazione.

Il sistema di governance dell'Emilia-Romagna appare un network. Le decisioni sono prese in modo concertativo fra i diversi livelli di governo e le aziende sanitarie partecipano attivamente nella definizione delle priorità strategiche re-

gionali. Infatti, gli enti locali territoriali, contrariamente a quanto accade in altri SSR, svolgono un ruolo primario nel garantire e coordinare le politiche sanitarie. Tale configurazione mira a promuovere la cooperazione e collaborazione fra i diversi attori del sistema sanitario regionale. Il sistema è frutto del contesto politico e culturale della Regione. In Emilia-Romagna storicamente gli enti locali territoriali hanno svolto un ruolo incisivo e i partiti, che hanno lungamente governato la regione, hanno tradizionalmente impiegato metodi concertativi.

Il livello regionale svolge un ruolo assimilabile a quello dello Stato abilitatore, dato che promuove la partecipazione delle aziende sanitarie e delle comunità locali per la definizione delle scelte di indirizzo, programmazione e coordinamento. In questo senso, il livello regionale esercita le proprie prerogative di governo attraverso processi decisionali prevalentemente *bottom-up* che prevedono il coinvolgimento dei diversi livelli di governo e di attori pubblici e privati. Il *network* è guidata da una leadership diffusa e collaborativa, rappresentata dall'assessorato e dalle CTSS.

La regione esercita le proprie prerogative di governo prevalentemente attraverso pratiche concertative. Il processo di negoziazione dei budget, attraverso le riunioni in plenaria e gli incontri di concertazione, promuove la collaborazione fra i diversi attori del sistema e garantisce che le istanze delle singole aziende siano accolte. Le Assemblee generali delle CTSS rappresentano un ulteriore strumento di concertazione. Infatti, anche se formalmente i pareri espressi dall'assemblea non sono vincolanti, di fatto la nomina dei DG o la costruzione di un nuovo ospedale non avviene in assenza dell'approvazione degli enti locali.

Il sistema delle aziende in Emilia-Romagna è caratterizzato da una struttura dell'offerta multicentrica. Infatti, i confini delle 8 Aziende Sanitarie Locali, con un popolazione media di 558.390, corrispondono in molti casi a quelli delle CTSS. Il sistema è composta anche da quattro Aziende Ospedaliere e quattro IRCSS. Tale struttura è adatta ai *network*, visto che è adatta una rete caratterizzata da più nodi decisioni. La mission della aziende è quella di garantire, in solido con le altre strutture sanitarie, i livelli di assistenza definiti dalla regione e dagli enti locali.

In questo contesto, le aziende hanno un'autonomia intermedia, visto che partecipano attivamente ai processi decisionali ma, a differenza del sistema lombardo, devono recepire gli indirizzi e le scelte programmatiche del livello regionale e degli enti locali territoriali. Infine, le interazioni fra le diverse aziende sono elevate, considerando che l'adozione di pratiche concertative e di una cultura collaborativa promuovono relazioni di scambio continue volte ad individuare buone pratiche e innovazioni. Ad esempio, la centralizzazione degli acquisti e della logistica a livello di area vasta, a differenza di altre regioni, è avvenuta attraverso accordi aziendali piuttosto che per l'impulso del livello regionale.

Il sistema sanitario dell'Emilia-Romagna si adatta fortemente ai differenti contesti, visto che gli enti locali territoriali svolgono un ruolo importante nella

definizione della programmazione sanitaria. Le dimensioni delle aziende sono fortemente eterogenee perché rispondono alle esigenze di contesti diversi. Il grado di incertezza nel sistema è contenuto: l'interazione costante fra il livello regionale, le aziende e le comunità locali riduce il rischio di denunce e ricorsi. La velocità dei processi decisionali è in generale limitata, dati i tempi e il consenso necessario in processi concertativi. Tuttavia, in casi di emergenza il sistema, essendo basato su un elevato livello di fiducia fra i diversi attori, è in grado di produrre decisioni tempestive. Infine, il sistema promuove un grado di specializzazione intermedio. Da un lato, l'assenza di un modello gerarchico permette una maggiore differenziazione e una spinta all'innovazione. Dall'altro, la necessità di garantire i bisogni delle comunità locali in alcuni casi può portare a focalizzarsi su prestazioni a bassa complessità assistenziale anche se percepiti particolarmente rilevanti per la popolazione di riferimento.

Tabella 8.1 **Caratteristiche dei sistemi di governance di Veneto, Lombardia ed Emilia-Romagna**

	Veneto	Lombardia	Emilia-Romagna
Principi ispiratori	Unitarietà di comando	Competizione emulazione	Collaborazione
Ambiente (soggetto prevalente)	Vertice regionale (politico e amministrativo)	Distribuito	Enti locali territoriali
Ruolo dello Stato	Pianificatore	Regolatore	Abilitatore
Processi decisionali	Top-down	Diffusi	Bottom-up
Leadership	Forte e centrale	Locale	Diffusa e collaborativa
Strumenti manageriali di governo	Direttive e autorizzazioni	Regole	Processi decisionali partecipativi
Struttura dell'offerta	Concentrata (poche aziende dalle dimensioni elevate)	Frammentata (molte aziende dalle piccole dimensioni)	Multicentrica (confini ASL funzione delle CTSS)
Mission aziendale	Erogare livelli di assistenza definiti dalla Regione	Attrarre pazienti per raggiungere l'equilibrio economico-finanziario	Garantire le prestazioni definite dalla politica e gli enti locali
Livello di autonomia aziendale	Limitata	Elevata	Media
Relazioni fra le unità periferiche	Limitate	Assenti	Elevate
Adattamento ai contesti locali	Basso	Basso	Alto
Grado di incertezza nel sistema	Limitata	Elevato	Limitata
Velocità dei processi decisionali	Alta	Bassa	Intermedia
Grado di specializzazione degli erogatori	Limitato	Elevato	Intermedio

8.6 Conclusione

Essendo i sistemi sanitari regionali sempre più configurati come dei gruppi unitari di aziende, coordinati con un tasso crescente di prerogative di governo dalla

capogruppo regionale, diventa importante conoscere e studiare gli assetti istituzionali e i meccanismi di coordinamento di questi sistemi, per poterne accrescere l'efficacia complessiva.

Avendo individuato tre archetipi fondamentali di coordinamento, è utile sottolineare che non si ravvisa nessuna superiorità teorica o pratica di uno dei modelli citati rispetto agli altri, ma che tutti possono essere strutturati e impiegati efficacemente per il loro scopo.

Questo non significa però che non richiedano una attenta analisi per valutarne le coerenze interne, sia riguardo alle strutture che agli strumenti di indirizzo e alle persone, in modo da poter raggiungere il loro massimo potenziale di coordinamento.

Il modello di coordinamento basato sulla logica di mercato amministrato trova nelle regole di sistema il suo meccanismo fondamentale. Questo richiede una capogruppo unitariamente capace di definire queste regole omnicomprensive, che combinino elementi sanitari, economici, politici e giuridici. L'intera capogruppo deve essere quindi organizzata per poter costruire unitariamente e coerentemente queste regole, coordinando internamente la capacità di leggere le dinamiche di trasformazione dell'ambiente di riferimento, per sviluppare visioni unitarie. A questo proposito, ad esempio, la separazione organizzativa in Regione Lombardia, tra il riparto economico-finanziario alle aziende sanitarie assegnato ad unità operative afferenti alla Presidenza e la programmazione sanitaria e socio-sanitaria afferente all'Assessorato al Welfare, rende critico definire regole e processi unitari di implementazione delle medesime. La complessità, infatti, nei sistemi basati sulla predefinitone di standard e regole, non risiede principalmente nella costruzione unitaria di norme e standard, che può essere anche raggiunta da assetti organizzativi frammentati, se complementati da meccanismi strutturati di coordinamento interno. La vera criticità è l'azione articolata e composita di controllo delle regole, di persuasione morale al loro perseguimento, di negoziazione con gli attori degli elementi interpretativi: questo richiede una capacità unitaria di gestione e relazione, che strutture organizzative frammentate difficilmente riescono a garantire, generando, all'opposto, confusione e sovrapposizione sugli interlocutori e incertezze interpretative delle regole e degli indirizzi di sistema.

Il modello di coordinamento basato sulla gerarchia richiede di costruire nel tempo una forte legittimazione per la capogruppo "accentratrice", riconoscimento che può, senza dubbio, essere favorito dall'autorevolezza reale e percepita dei responsabili. L'autorevolezza della capogruppo può essere supportata, in un contesto *brain intensive* come la sanità, dalla capacità del vertice di dialogare costantemente e sinceramente con le aziende, prima di decidere gerarchicamente, avendo, nel confronto tra le parti, sia accresciuto le informazioni tecniche disponibili, sia compreso i diversi punti di vista territoriali. Per una capogruppo gerarchica non è immediata la costruzione di logiche e strumenti di dialogo strutturato, essendo la logica programmatica fisiologicamente

di tipo top-down. A questo proposito, l'esperienza veneta cerca di collocare la voce delle aziende, dei territori e delle reti professionali in organismi precisi. I DG delle aziende sono membri del Comitato dei Direttori, che si svolge in Azienda Zero, insieme al Segretario Generale dell'Assessorato. I tecnici, ritenuti più qualificati, del livello centrale, vengono selezionati per partecipare alla programmazione della CRITE l'organismo tecnico di selezione e allocazione dei fattori produttivi critici (investimenti, tecnologie, personale, ecc.). È interessante notare come il setting in cui sono collocati sia i DG delle aziende nell'ambito di Azienda Zero, sia i professionisti in CRITE, sia tale da collocarli come parte del sistema di governo, quindi con una prospettiva sistemica. Questo è coerente al modello di coordinamento basato sulla gerarchia, in cui gli attori che contribuiscono alle scelte, non sono mai in setting in cui rappresentano delle controparti, ma in organismi in cui si sentono parte della capogruppo, chiamati ad adottare un punto di vista complessivo di sistema. La logica di analisi e programmazione non nasce quindi da contrapposizioni di tipo dialettico, ma dall'allineamento delle informazioni disponibili e dall'unificazione del punto di vista da parte dei diversi attori coinvolti. Il sistema Veneto è quello che probabilmente riesce a tenere maggiormente separato l'ambito decisionale tecnico e della politico, essendo concentrato tra la relazione stretta tra DG dell'Assessorato e DG dell'Azienda Zero e operazionalizzato da quest'ultima. In questo modo di fatto esiste un grado in più tra tecnica e politica, non avendo Azienda Zero una direzione diretta con la giunta e il consiglio regionale.

Il sistema di coordinamento basato su network richiede una diffusa cultura di concertazione, che può attivare efficaci processi decisionali in tempi sufficientemente contenuti, solo se prevale una visione comune degli obiettivi di fondo del sistema e una interpretazione unitaria della sua missione. Questo richiede un forte investimento in processi diffusione delle informazioni, di allineamento delle percezioni, di discussione delle finalità, in parte di tipo esplicito, in parte di tipo sociale, diffuso ed implicito. Una forte uniformità e stabilità politica, come è stato storicamente il caso dell'Emilia-Romagna, rappresenta un terreno potenzialmente fertile per questo tipo di impostazione. La crescente diversificazione dei risultati elettorali, soprattutto tra livello regionale e locale (pensiamo ad esempio alle Giunte di centro-destra di Piacenza e Ferrara) rappresenta una sfida culturale e istituzionale di rilievo, che dovrà verificare se la cultura concertativa e un orientamento condiviso verso una missione comune prevarranno rispetto ad atteggiamenti politici di tipo partigiano, rendendo di fatto impossibile concertare le decisioni, soprattutto in un sistema come la RER che ha dato potere effettivo agli stakeholder locali, fidandosi della loro cultura negoziale e del loro senso delle istituzioni.

In questa sede non riusciamo ad analizzare in profondità tutti gli elementi di coerenza interna che i singoli modelli di coordinamento devono perseguire per essere tutti ugualmente efficaci, ma ci siamo limitati ad alcune considerazioni

fondamentali ed esemplificative. Per chiudere sul punto della coerenza interna ai modelli, vogliamo aggiungere delle considerazioni comparative sull'allocazione dei migliori talenti regionali in tema di management e programmazione sanitaria e sulla natura dello strumento cardine per governare lo specifico modello di coordinamento regionale.

Il modello basato su gerarchia richiede una importante allocazione dei migliori professionisti di direzione del sistema direttamente presso la capogruppo, perché gli ordini gerarchici rappresentano uno dei principali vettori di governo. Nel modello di mercato amministrato invece occorre un bilanciamento di competenze tra capogruppo, che disegna le regole, e aziende che hanno un sufficiente livello di autonomia nell'interpretare le regole medesime. I sistemi di coordinamento regionale basati su network concertativi verticali e orizzontali richiedono una migliore distribuzione delle competenze manageriali e di policy lungo l'intera filiera istituzionale, dovendosi trovare rilevanti capacità programatorie anche a livello aziendale. Inoltre, quest'ultimo modello, richiede anche di investire significativamente sulla cultura amministrativa in ambito sanitario degli amministratori degli enti locali, necessità decisamente più sfumata nei primi due sistemi, dove la maggior parte delle prerogative di governo sono esercitate dalla capogruppo regionale.

Pur nella complessità e articolazione degli strumenti che le capogruppo attivano per governare i loro sistemi sanitari, per ogni modello di coordinamento possiamo individuare uno strumento principale o cardine.

Nel modello del mercato amministrato risulta cruciale il tessuto delle regole, degli incentivi e disincentivi che regolano il comportamento degli erogatori, che si collocano cercando di massimizzare i propri vantaggi competitivi nello scenario proposto.

Nel modello "gerarchia" l'azione di guida della capogruppo si basa soprattutto su strumenti programmatori analitici che definiscono in particolar modo il set e il mix di input disponibili per ogni tipologia di erogatore, abbinati a standard di attività rispetto ai quali ci si attende dei risultati sanitari.

Nel meccanismo di coordinamento attraverso network concertativi risulta decisivo offrire a ogni panel di stakeholder provinciali, che negoziano e mutuamente si complementano tra di loro, l'ammontare complessivo di risorse disponibili per quel territorio e per l'insieme dei suoi attori e i macro finalismi e orientamenti sanitari. Si tratta di costruire il perimetro del gioco negoziale degli attori dei singoli territori.

Queste distinte tipologie di strumenti "cardine" (sistemi di incentivi/disincentivi, piani analitici di input e standard di attività, quadro delle risorse e dei macro obiettivi da concertare tra attori locali) richiedono logiche operative specifiche e competenze distintive, coerenti al singolo modello organizzativo regionale.

Per eliminare del tutto qualsiasi ragionamento sulla superiorità teorica o pratica di un modello di coordinamento sull'altro è importante la seguente

considerazione. I modelli di coordinamento sono profondamente radicati nella storia decennale delle singole regioni e non sono facilmente o immediatamente modificabili. A giudizio degli autori, quello a cui abbiamo assistito, a ogni cambio di assetto istituzionale (pensiamo all'accorpamento delle aziende della RER, alla riforma lombarda che ha introdotto ATS e ASST e incorporato il territorio nelle ex aziende ospedaliere, alla nascita di Azienda zero in Veneto) è stata una fortissima *path dependency* dal modello storicamente stratificatosi in ciascuna regione in tema di coordinamento di sistema. La *path dependency* si è manifestata alternativamente, o in modo combinato, in due modi.

In alcuni casi, la stessa architettura emergente di sistema è stata ispirata dalla cultura di coordinamento di sistema storicamente data: questo è senza dubbio il caso del Veneto con l'Azienda Zero, che rappresenta la manifestazione plastica del modello "gerarchia". In altri, i processi attuativi e interpretativi dei nuovi disegni istituzionali, sono stati rilette e spinti dalla *path dependency* della cultura di coordinamento pre-esistente.

È sicuramente il caso delle "macro-aziende" sanitarie delle RER, che, sulla carta, allontanavano il peso e il ruolo degli enti locali dall'influenza sulle politiche sanitarie. Nei fatti esse hanno immediatamente ricostruito al loro interno gli stessi processi concertativi a livello di singolo distretto o di dialettica tra enti locali più rappresentativi verso la direzione generale.

A questo proposito è ancora più esplicativo il recente caso lombardo. L'intuizione di decentrare la programmazione e il controllo sanitario a 8 ATS è stata percepita da tutti come coerente per una regione con 10 milioni di abitanti che doveva anche rispondere politicamente ad alcuni casi di corruzione che si erano svolti al centro del sistema nella capogruppo. Il dettato normativo legislativo formale è stato immediatamente ribilanciato dalla *path dependency* culturale attraverso un modello di regolazione accentrata del mercato amministrato, collocando addirittura il riparto economico-finanziario in Presidenza e istituendo una agenzia centrale distinta e separata per il controllo, esautorando di fatto il ruolo delle ATS e la possibilità che potesse nascere una cultura un po' più concertativa a livello decentrato locale.

Questa evidenza ci segnala che non tutti i modelli istituzionali sono disponibili per ogni regione. All'opposto, osservando la cultura più radicata e condivisa di coordinamento disponibile, è opportuno disegnare assetti che ne valorizzino la cultura organizzativa più profonda, massimizzandone i potenziali benefici.

Infine è opportuno sottolineare come questi tre modelli di coordinamento regionale debbano attivare leve distinte e differenziali per la gestione di improvvisi shock esogeni o situazioni di particolare emergenza come il Covid-19, per raggiungere potenzialmente pari efficacia. Situazione critiche come il Covid-19 richiedono decisioni rapide, coese e unitarie, assunte con un bagaglio informativo e scientifico inizialmente insufficiente, che progressivamente può maturare nel tempo.

Il modello del mercato amministrato richiede di modificare rapidamente e

continuamente tutte le regole, affinché queste diano gli impulsi a tutti gli attori. Questo richiede che le linee di influenza su tutti gli attori siano chiare e ben identificate e che il meccanismo di modifica delle regole sia più unitario e tempestivo possibile, senza lasciar fuori alcuna dimensione dal ragionamento. A questo proposito, ad esempio, è emerso come la responsabilità per l'indirizzo sia della sanità pubblica, sia delle cure primarie, non fosse nitido, ma sovrapposto tra più attori (ATS e ASST), generando incertezza e indeterminazione. Questo non è un difetto congenito del modello basato sul mercato amministrato, quanto il frutto di una sua insufficiente radicalizzazione e strutturazione, che può essere corretto in una parziale rivisitazione dell'assetto istituzionale.

Il modello gerarchico strutturalmente è adatto a prendere decisioni rapide. Corre all'opposto il rischio di non incorporare sufficienti informazioni e punti di vista diversi e quindi richiede l'attivazione di rapidi meccanismi di ascolto, sia dei territori, sia degli esperti di materia e disciplina. Se questo tema è già presente in periodi ordinari, risulta immediato anche in periodi di crisi. Ovviamente il sistema gerarchico si basa per definizione sulla competenza e sull'esercizio di potere di parte di pochi che, se venissero a mancare, metterebbero probabilmente in crisi il sistema e sarebbero difficilmente sostituibili in tempi rapidi.

Il modello concertativo potenzialmente è il più dispersivo prima di arrivare a decisioni condivise. Nell'emergenza, il senso comune di appartenenza e l'imporsi del senso della missione ha portato a decisioni rapide e condivise, che offrivano a tutti gli stakeholder non solo la visione complessiva, ma anche specificazioni sul proprio compito e ruolo, oltre che a un implicito meccanismo formativo e di circolazione delle informazioni. La necessità di generare sempre e di disporre di senso di urgenza e di primato della missione dovrebbe essere la grande lezione per i modelli concertativi, soprattutto al crescere delle diversità politiche, anche al di fuori delle emergenze.

Così come ogni modello può funzionare efficacemente in tempi ordinari, se allinea in modo coerente assetti, culture, persone e strumenti e se è attento a valorizzare la propria storia e *path dependency*, allo stesso modo può agire efficacemente in tempi di crisi.

Questo richiede forse un crescendo di consapevolezza sui propri assetti e sulle proprie culture organizzative, in modo da poterle dispiegare in modo completo, organico ed efficace. A giudizio di chi scrive, questo rappresenta uno spazio di studio e di influenza rilevante per gli studiosi di management a favore dei sistemi sanitari regionali e locali, ancora da esplorare a fondo.

8.7 Bibliografia

Barbazza E., Tello J.E. (2014), A review of health governance: definitions, dimensions and tools to govern. *Health policy*, 116(1), 1-11.

- Brinkerhoff D.W., Bossert T. (2008), Health governance: concepts, experiences, and programming options. United States Agency for International Development.
- Clarke J., Newman J. (1997), The managerial state: Power, politics and ideology in the remaking of social welfare. Sage.
- Coda V. (1988), L'orientamento strategico dell'impresa. Unione Tip.-Ed. Torinese.
- Cantarelli P., Lega F., Longo F. (2017), La regione capogruppo sanitaria: assetti istituzionali e modelli organizzativi emergenti, in *CERGAS (a cura di), Rapporto OASI 2017*, Milano, EGEA
- Haigh D.I. (2000), Mergers in action: An examination of the efficacy of a merger between three NHS hospital trusts and the subsequent effects of that merger. *Total Quality Management*, 11, 4, 5, 6, S589-S595.
- Hill C.J., Lynn L.E. (2004), Is hierarchical governance in decline? Evidence from empirical research. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 15(2), 173-195.
- Jones C., Hesterly W.S., Borgatti S.P. (1997), A general theory of network governance: Exchange conditions and social mechanisms. *Academy of management review*, 22(4), 911-945.
- Del Vecchio M. (2014), Assetti istituzionali, confini aziendali e problemi di gestione nel Servizio Sanitario Nazionale. *Social Policies*, 1(3), 437-452.
- March J.G., Olsen J.P. (1989), *Rediscovering Institutions. The Organizational Basis of Politics* (Free Press, New York).
- Mintzberg H. (1993), *Structure in fives: Designing effective organizations*. Prentice-Hall, Inc.
- Morrell K. (2006), Governance, ethics and the national health service. *Public Money and Management*, 26(1), 55-62.
- Nuti S., Vola F., Bonini A., Vainieri M. (2016), Making governance work in the health care sector: evidence from a 'natural experiment' in Italy. *Health Economics, Policy and Law*, 11(1), 17-38.
- Ostrom E. (2010), Beyond markets and states: polycentric governance of complex economic systems. *American economic review*, 100(3), 641-72.
- Pound J. (1992), The promise of the governed corporation. *Harvard Business Review on Corporate Governance*, pp. 79-103.
- Rhodes R.A. (1997), *Understanding governance: Policy networks, governance, reflexivity and accountability*. Open University.
- Saleh S.S., Vaughn T., Rohrer J.E., Linden T. (2002), The effect of governing board composition on rural hospitals' involvement in provider-sponsored managed care organizations. *Journal of Healthcare Management*, 47, 5, pp. 321-333.
- Schein E.H. (1985), *Organizational culture and leadership* San Francisco: Jossey-Bass.

Report del Focus group di discussione dei risultati a cura di FIASO¹

Nel focus group condotto con gli esperti di FIASO sono emersi tre principali spunti di riflessione in merito alle evidenze fornite dal capitolo in oggetto.

La prima riflessione verte sul fatto che, sebbene siano stati identificati tre archetipi fondamentali distinti di coordinamento, in ogni sistema di governance coesistono elementi di ognuno di essi. Nei casi studio analizzati, il Veneto è stato identificato come un sistema gerarchico, la Lombardia come un sistema basato sulla predefinizione di regole e standard e l'Emilia-Romagna come un network. Tali sistemi sono fortemente coerenti al loro interno, ma presentano, allo stesso tempo, elementi che appartengono a modelli diversi. È importante sottolineare che il capitolo illustra soltanto quali sono le modalità prevalenti di distribuzione delle responsabilità e di interazione fra regione e azienda, nella consapevolezza che i diversi approcci non sono mutualmente esclusivi.

La seconda riflessione riguarda il processo che porta al prevalere di un determinato modello di *governance* rispetto a un altro. La prevalenza di un modello di *governance* in un dato SSR è fortemente influenzata da fattori culturali come il contesto politico, lo stile manageriale e la cultura organizzativa. Inoltre, le logiche di coordinamento prevalenti sono caratterizzate da un'elevata *path dependency* considerando che dipendono da regole, pratiche e strumenti di istituzioni complesse che richiedono molto tempo per maturare e consolidarsi e da cui diventa difficile disancorarsi. Sebbene, almeno teoricamente, tutti i modelli siano adattabili a ogni realtà regionale, è opportuno scegliere di tendere all'archetipo che maggiormente valorizzi la cultura organizzativa di un determinato territorio, massimizzandone i potenziali benefici, invece che cercare di cambiare impostazioni e logiche, le quali, essendosi stratificate negli anni, risulterebbero oggi difficilmente modificabili, se non con un lungo e faticoso esercizio. Vale anche il ragionamento opposto: qualora si decidesse di modificare il modello di coordinamento, passando da uno storicamente stratificatosi ad un altro, è necessario lavorare in modo complesso su molte variabili (cultura, strutture organizzative, logiche e strumenti, competenze, prassi e abitudini, simbolici) in modo tale da trovare i giusti elementi di coerenza tra il nuovo modello e il contesto di riferimento in cui si intende applicarlo.

L'ultima riflessione è dedicata alle regioni in Piano di Rientro. Queste regioni si trovano indubbiamente in una situazione più delicata rispetto alle

¹ Si ringraziano i partecipanti FIASO al focus group di discussione dei risultati, in ordine alfabetico: Antonio D'Amore (ASL Napoli 2 Nord), Massimo Lombardo (ASST Spedali Civili Brescia), Walter Locatelli (ALISA), Nicola Pinelli (FIASO), Francesco Ripa di Meana (IRCCS IFO), Angelo Tanese (ASL Roma 1).

altre, in quanto non hanno avuto la possibilità di sviluppare, nel corso degli anni, un modello di governance “naturalmente” coerente con gli strumenti e la cultura organizzativa del proprio contesto. L’essere sottoposta al Piano di Rientro si traduce, per una regione, con uno spontaneo posizionamento del modello di governance verso l’archetipo gerarchico, al cui vertice risiede il Ministero dell’Economia e delle Finanze, con il supporto del Ministero della Salute. Adesso che i PdR sono risultati efficaci, almeno nel ristabilire gli equilibri di bilancio, si è concretizzata la possibilità di uscire dai Piani, diventa fondamentale che le regioni interessate prendano atto del momento di transizione in cui si trovano, riflettano sugli strumenti e le competenze a propria disposizione per decidere quale possa essere il modello di *governance* a cui tendere e, soprattutto, attraverso quale processo renderlo effettivo. A questo proposito, confrontarsi con altri contesti regionali, potendo anche articolare soluzioni ibride, rappresenta potenzialmente un grande vantaggio ideativo.