

Collana **CERGAS**

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

Rapporto OASI 2007

L'aziendalizzazione della sanità in Italia

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

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

Il Rapporto 2007:

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

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

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

ISBN 978-88-238-5084-2



9 788823 850842

www.egeaonline.it

Rapporto OASI 2007

Anessi Pessina • Cantù



Rapporto OASI 2007

L'aziendalizzazione della sanità in Italia

a cura di
Eugenio Anessi Pessina
Elena Cantù

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

Egea

12 Ospedali e università: illusioni, delusioni e realtà di un rapporto difficile

di Clara Carbone, Federico Lega, Domenico Salvatore e Valeria Tozzi*

12.1 Introduzione

I policlinici universitari e, più in generale, gli ospedali di insegnamento – oggi a seguito del D.lgs. 517/1999 per lo più confluiti formalmente nell'unica tipologia delle Aziende Ospedaliero-Universitarie (AOU¹) – sono stati oggetto negli ultimi anni di una crescente attenzione istituzionale e mediatica che, se da un lato ne ha ribadito l'importanza e la centralità nel sistema sanitario, dall'altro ha messo in evidenza un contesto di rilevanti difficoltà di funzionamento.

Le ricerche e le indagini condotte nell'ultimo decennio hanno evidenziato un ritardo significativo nel loro processo di «aziendalizzazione», intesa come capacità dell'organizzazione di operare in condizioni di efficienza produttiva e con strumenti e meccanismi gestionali a supporto di processi decisionali trasparenti e governati verso priorità aziendali condivise² (Meloni *et al.* 1999; Pesci *et al.* 1999; Zanetti *et al.* 1998; Gullotti 2000; Lega e Verme 2003). L'evidenza disponibile (e la percezione diffusa) indica che le AOU sono rimaste al margine dei processi di cambiamento che negli ultimi anni hanno investito le strutture sanitarie a seguito dell'intensificarsi delle pressioni e aspettative politiche, istituzionali e sociali di miglioramento qualitativo del servizio, di efficienza e di rendicontazione dell'operato. Nella maggioranza delle AOU le principali – se non uniche –

* Nonostante il capitolo sia frutto di un comune lavoro di ricerca i parr. 12.1 e 12.5 sono attribuiti a Federico Lega, il par. 12.2 a Clara Carbone, il par. 12.3 a Domenico Salvatore e il par. 12.4 a Valeria Tozzi. Inoltre, si ringraziano Isabella Notarangelo e Paola Scala per aver supportato l'attività di raccolta dei dati per la stesura dei parr. 12.3 e 12.4.

¹ Sebbene – come chiarito nel successivo paragrafo – vi siano alcuni ospedali di insegnamento che non hanno ancora recepito il D.lgs. 517/1999 e sebbene siano oggetto di questo lavoro anche alcuni IRCCS che svolgono funzioni di insegnamento rilevanti, nel resto del capitolo si userà l'acronimo AOU per indicare tutte le strutture ospedaliere analizzate in questa indagine, includendo quindi AOU formalmente costituite, ma anche IRCCS e ospedali di insegnamento senza qualifica ufficiale di AOU.

² Priorità da definire e gestire in un quadro complesso di equilibri e convergenze che devono tener conto di aspettative politiche, professionali, istituzionali e sociali spesso divergenti.

determinanti dei processi di sviluppo organizzativo sembrano essere tuttora le aspettative e gli interessi dei professionisti. In esse, quindi, si ritrovano e convivono ancora in modo molto evidente i tratti tipici delle «burocrazie professionali» e delle «arene politiche» (Mintzberg 1979 e 1983). Si tratta di organizzazioni in cui al livello della *line* prevalgono logiche gestionali di tipo *clan*³, basate sull'appartenenza a una famiglia professionale o gruppo e sulla collegata coesistenza di problemi di convergenza tra interessi particolari e istituzionali. Sono contesti abituati all'autoreferenzialità decisionale e all'autonomia nei percorsi di sviluppo, tratti caratterizzanti che rispetto all'evoluzione moderna della medicina portano al centro dell'attenzione due questioni organizzative complesse: intensificare

- ▶ l'intensificarsi dei problemi di coordinamento a causa delle necessarie interdipendenze interne tra clinica e diagnostica e della crescita delle potenziali *turf wars* (guerre di territorio) determinate dal progressivo sovrapporsi di tecniche e metodi di cura tra medicina, chirurgia e diagnostica interventistica in ospedali che hanno da coordinare tra loro, oltre all'attività di assistenza, la didattica e la ricerca;
- ▶ la gestione dell'innovazione che è da orientare rispetto ai finalismi istituzionali, da coordinare tra sentieri convergenti e da stimolare quando latitante. Attività gestionale particolarmente complessa quando si confronta con professionisti di significativa autorevolezza nell'ambiente scientifico e sociale e a seguito della pluralità di fonti di finanziamento autonome che rendono difficile il coordinamento *ex ante* delle richieste.

In quanto arene politiche, le AOU sono anche contesti in cui a livello di alta direzione le decisioni sono di frequente l'esito di compromessi determinati dal gioco delle alleanze interne, dalla capacità dei diversi attori di esprimere potere organizzativo in virtù della loro autorevolezza, del patrimonio personale di relazioni, del possesso di risorse scarse. Come ben evidenziato da Achard *et al.* (2000), in esse il potere decisionale raramente è accentrato nel vertice – il preside di facoltà e/o il direttore generale – ma è di norma distribuito tra le componenti professionali (clinici apicali) e altre figure chiave (la direzione aziendale). Si configura, quindi, un «soggetto strategico allargato», che opera come un «attore decisionale composito». Il grado di diluizione del potere decisionale è da porre in relazione proprio con il livello di professionalismo⁴ che tende ad accrescere il decentramento e la creazione di coalizioni interne che stimolano logiche di appropriatezza e conformità con ruoli e/o identità valoriali e professionali inducendo anche pratiche opportunistiche nel governo dell'informazione.

³ Ouchi (1984) definisce.

⁴ Freidson (2001) indica con il termine «professionalismo» una forma di organizzazione dell'attività economica basata sull'autorganizzazione di comunità occupazionali, le professioni, che possiedono una forte base di conoscenza specialistica complessa.

Questo *modus operandi*, a lungo favorito dall'isolamento di cui hanno beneficiato le AOU, o almeno una parte significativa di esse⁵, appare oggi inadeguato a fronteggiare le sfide poste dal loro ingresso nelle reti ospedaliere regionali, e dalle connesse aspettative di ruolo.

Pertanto, seppure vi siano numerosi problemi – anche molto operativi – che sono continuamente messi in evidenza dal dibattito⁶, a parere di chi scrive, i nodi fondamentali da risolvere, per poi affrontare con più efficacia le altre questioni, sono sostanzialmente due:

- ▶ l'identificazione dell'orientamento strategico di fondo rispetto alla triplice missione di cui sono portatrici le AOU;
- ▶ la costruzione di un assetto di *governance* e organizzativo efficace.

Rispetto al primo punto, assodato che le AOU hanno una triplice funzione di assistenza, didattica e ricerca, «la cui somma definisce il posto dell'ospedale nella società e la sua efficacia come strumento sociale» (Knowles 1965; Guzzanti 2000), rimane tuttavia complesso tradurre operativamente l'integrazione richiesta dalla compresenza delle tre suddette funzioni. Cosa significa integrare l'assistenza con la didattica e con la ricerca? Cosa comporta nell'organizzazione interna del Dipartimento ad Attività Integrata (DAI) che il legislatore ha individuato come ambito principale di tale integrazione? Come si coniugano eccellenze di nicchia con la funzione di primo ospedale del territorio che molte AOU svolgono? Integrazione significa «universitarizzazione» degli ospedalieri e «ospedalizzazione» degli universitari? Significa percorsi di formazione degli specializzandi integrati tra AOU e altri ospedali, in relazione alla complessità e specializzazione delle casistiche? In sintesi, si tratta di affrontare i temi del posizionamento dell'AOU rispetto al resto del sistema ospedaliero (e sanitario) regionale e delle modalità interne con cui perseguire i fabbisogni di integrazione derivante dalla triplice funzione. In entrambi i casi si tratta di domande in cerca di risposta.

Rispetto al secondo punto, la questione che si pone è se esista un assetto di *governance* – di modalità di presa e controllo delle decisioni – che consenta di limitare gli effetti tipici del comportamento organizzativo da arena politica, quali la devianza dai fini istituzionali, il prevalere di interessi di parte, il blocco decisionale, l'allungamento dei tempi decisionali. Un assetto che favorisca processi di coordinamento strategico, basati su un cosiddetto *meeting of minds* (Schelling 1960)⁷ tale per cui il

⁵ Certamente i policlinici a gestione diretta.

⁶ Quali, per esempio, la congruità del sistema di finanziamento, l'integrazione con gli altri ospedali, le peculiarità nella gestione del personale e nelle relazioni sindacali, e, non ultimo, il come misurare le performance e aumentarne il grado di *accountability* verso il sistema.

⁷ Si fa riferimento a un concetto celebre elaborato da Thomas Schelling nell'ambito dei suoi studi sulla teoria dei giochi. La tesi essenziale è che in presenza di problemi complessi e di attori con orientamenti culturali diversi né il coordinamento tacito, né l'esplicitazione di regole di interazione

gruppo dirigente condivide il quadro ambientale e concettuale dentro cui matura l'esigenza di cambiare e definisce congiuntamente la direzione migliore verso cui guidare l'azienda e le sue articolazioni. Dal coordinamento strategico, complesso ma fondamentale dovendo far convergere differenti interessi e aspettative di gruppi appartenenti a due soggetti distinti (università e servizio sanitario), può conseguire un più condiviso e rapido coordinamento operativo nei processi organizzativi.

Questa attenzione all'assetto di *governance* tuttavia non va confusa con la «concezione diffusa che vede negli assetti istituzionali la determinante prima, se non esclusiva, dei risultati prodotti dai sistemi pubblici, dimenticando l'influenza su di essi esercitata dal sistema politico, ma soprattutto dalla qualità dei meccanismi di gestione che le aziende pubbliche sono in grado di assicurare»⁸ (Del Vecchio 2003). In chi scrive c'è la consapevolezza che l'efficacia nel governo delle AOU è condizionata da un lato dalla capacità della presidenza di facoltà di raccogliere attorno a sé il consenso dei professionisti, dall'altro dalla capacità del direttore generale di gestire le inevitabili «triangolazioni»⁹ che si producono e l'esercizio «democratico» del dissenso dall'interno. Due condizioni peculiari del contesto sanitario pubblico, dove i clinici (Lega 2006):

- ▶ fanno spesso parte di reti politiche e professionali che permettono loro di retro-agire sulle direzioni aziendali dall'esterno per bloccare o influenzare decisioni prese da queste;
- ▶ sono anche implicitamente autorizzati dal sistema esterno (e godono di interessi convergenti nei media) a criticare pubblicamente l'operato della direzione, quasi fosse una funzione di controllo dovuta a «garanzia» del sistema stesso e una prova della democraticità di aziende che «non temono di confrontarsi internamente per la ricerca del bene dei cittadini». Spesso invece le critiche sono la conseguenza di *turf wars* professionali e di conseguenti strumentalizzazioni dell'informazione;

(per esempio i meccanismi operativi) sono sufficienti, perché comunque soggetti a un'interpretazione nell'utilizzo diversa da attore ad attore. In questi contesti, il problema di fondo è ottenere un coordinamento strategico da cui può discendere più facilmente e per delega il coordinamento operativo sui processi organizzativi. Tale coordinamento strategico viene indicato come il *meeting of minds* e corrisponde a una convergenza di aspettative e di premesse decisionali. Pertanto, in gruppi nuovi, di fronte a un cambiamento da comprendere e interiorizzare, è necessario un momento iniziale di comunicazione a due vie, di discussione per la reciproca comprensione delle aspettative e delle premesse perché «some historical, cultural, linguistic, or even mathematical salience is essential for the creation of convergent expectations in the mind of players».

⁸ Una chiara formulazione di come i livelli di funzionalità dei sistemi pubblici dipendano dalle reciproche interrelazioni tra assetti istituzionali, politici e aziendali e dalla qualità dell'equilibrio che essi concretamente realizzano si trova in Borgonovi (2005). Per uno sviluppo del tema si rimanda a Del Vecchio (2001).

⁹ Cioè il fenomeno per cui nella relazione di autorità tra direzione e professionisti, il professionista coinvolge terzi soggetti (come politici locali, o esponenti dell'università) che fanno pressione sulla direzione per orientarne le decisioni.

C'è anche però la consapevolezza, come sottolinea lo stesso Del Vecchio (2003), che i meccanismi di gestione possono svolgere una funzione chiave nel favorire il funzionamento corretto dell'assetto di *governance*. Per questo motivo si rende necessaria una correlazione robusta tra assetto di *governance* e assetto organizzativo, quest'ultimo inteso come combinazione tra struttura organizzativa, meccanismi operativi e cultura organizzativa. Con l'intervento sull'assetto organizzativo si possono rafforzare sistemi interni di controllo, di pressione sociale, che orientano e limitano i potenziali comportamenti opportunistici: per esempio, nuovi ruoli e poteri a livello dipartimentale per coordinare le politiche di innovazione e investimento, l'implementazione di eventuali procedure aziendali per coordinare con l'università il reclutamento di nuovi professori secondo anche le esigenze assistenziali, la messa in opera di sistemi di misurazione delle performance di ricerca, insegnamento e assistenza, la costruzione di sistemi interni di condivisione di conoscenze ecc.

In sintesi, è evidente che la costruzione di un assetto di *governance* solido – capace di favorire coordinamento strategico e processi decisionali trasparenti e fluidi – è una condizione per cambiare l'assetto organizzativo; il quale poi, a sua volta, potrà rafforzare la capacità gestionale dell'AOU e irrobustirne l'assetto di *governance* determinando l'innesto di un circolo virtuoso. In assenza però di un assetto di *governance* solido i processi di cambiamento subiranno gli effetti indesiderati dell'arena politica e saranno rallentati o plasmati dai compromessi emergenti. Sarà inoltre assai più difficile affrontare le domande sul posizionamento dell'AOU e sul significato dell'integrazione interna tra le funzioni.

Per tali motivi, stante l'importanza e l'urgenza dei problemi di gestione di organizzazioni così significative – per ruolo e dimensione economica – per il sistema sanitario e per la società in generale, questo lavoro si propone di:

1. fotografare l'insieme di queste strutture ospedaliere pubbliche attraverso un'analisi quantitativa (cfr. par. 12.3);
2. di indagare le scelte che le medesime aziende hanno fatto in tema di assetti istituzionali e assetto organizzativo (cfr. par. 12.4) alla luce di quanto previsto dal dettato normativo del D.lgs. 517/1999 (cfr. Riquadro 12.1).

Si tratta, quindi, di uno studio empirico che si pone l'obiettivo di ricostruire lo stato dell'arte del sottogruppo di strutture ospedaliere rappresentato dalle AOU pubbliche – che pur essendo molto diverse per dimensione e composizione interna sono accomunate dai tratti sopra discussi che le identificano come una «classe» specifica di aziende – quale base per una prima riflessione induttiva e quale traccia per future indagini sulla relazione tra gli assetti istituzionali e organizzativi e diverse variabili di gestione, come le performance aziendali, la propensione al cambiamento, lo sviluppo di forme di integrazione reale tra le funzioni. Blumenthal *et al.* (1997), nel pieno del periodo di forte cambiamento dei *teaching hospitals* negli Stati Uniti dovuto all'introduzione della *managed care* negli anni Novanta, hanno scritto: «dobbiamo proteggere la missione degli

ospedali di insegnamento, la loro missione è una missione nella società, ma al tempo stesso non possiamo più proteggerli dalla competizione, lasciamoli nella battaglia, nella concorrenza che si sta creando li misureremo sulla qualità e sui costi». Anche in Italia molte AOU sono oggi – per la prima volta – realmente chiamate a rispondere su come operano e si confrontano con il problema di proteggere la propria missione. Con questo lavoro vogliamo porre le basi per avviare un percorso di misurazione e di conoscenza che permetta al mondo delle AOU di confrontarsi e di apprendere vicendevolmente, per agire sui propri assetti istituzionali e organizzativi e rafforzarne la capacità di identificare, perseguire e proteggere la propria missione nella società.

Riquadro 12.1 Il D.lgs. 517/1999 «in pillole»

La collaborazione tra SSN e università (art. 1)

L'attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali delle università è:

- ▶ determinata nel quadro della programmazione nazionale e regionale;
- ▶ in modo da assicurarne la funzionalità e la coerenza con le esigenze della didattica e della ricerca;
- ▶ secondo specifici protocolli d'intesa stipulati dalla regione con le università ubicate nel proprio territorio.

Le AOU come soluzione istituzionale con cui si realizza la collaborazione fra SSN e università (art. 2)

La collaborazione fra SSN e università, si realizza, attraverso le AOU. Per un periodo transitorio di quattro anni dall'entrata in vigore del presente decreto (cioè fino al 2004), le AOU si articolano, in via sperimentale, in due tipologie organizzative:

- a. aziende ospedaliere costituite in seguito alla trasformazione dei policlinici universitari a gestione diretta, denominate AOU integrate con il SSN;
- b. aziende ospedaliere costituite mediante trasformazione dei presidi ospedalieri nei quali insiste la prevalenza del corso di laurea in medicina e chirurgia, anche operanti in strutture di pertinenza dell'università, denominate aziende ospedaliere integrate con l'università.

Al termine del quadriennio di sperimentazione a tali aziende si applica la disciplina prevista dal presente decreto per pervenire al modello aziendale unico di azienda ospedaliero – universitaria. Qualora nell'azienda di riferimento non siano disponibili specifiche strutture essenziali per l'attività didattica, l'università concorda con la regione, nell'ambito dei protocolli di intesa, l'utilizzazione di altre strutture pubbliche e private accreditate.

L'assetto istituzionale e l'organizzazione delle AOU (artt. 3 e 4)

1. Gli organi delle AOU sono:

- ▶ il *direttore generale* che è nominato dalla regione acquisita l'intesa con il rettore dell'università. Limitatamente al periodo quadriennale di sperimentazione delle AOU integrate con il SSN il DG è nominato dal rettore dell'università, acquisita l'intesa con la regione. I requisiti per la nomina a DG sono quelli stabiliti nell'art. 3-*bis* del D.lgs. 502/1992; mentre i procedimenti di verifica dei risultati

dell'attività dei DG e le relative procedure di conferma sono disciplinati dai protocolli d'intesa regione-università.

- ▶ il *collegio sindacale* che è composto da cinque membri designati uno dalla regione, uno dal ministro del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica, uno dal ministro della Salute, uno dal ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica e uno dall'università interessata
- ▶ l'*organo di indirizzo* che ha il compito di proporre iniziative e misure per assicurare la coerenza della programmazione generale dell'attività assistenziale dell'azienda con la programmazione didattica e scientifica delle università e di verificare la corretta attuazione della programmazione. La composizione dell'organo di indirizzo, nel numero massimo di cinque membri, è stabilita nei protocolli d'intesa tra regione e università. L'organo di indirizzo è presieduto da un presidente scelto all'interno del medesimo, nominato dalla regione d'intesa con il rettore. I componenti dell'organo di indirizzo sono scelti tra esperti di riconosciuta competenza in materia di organizzazione e programmazione dei servizi sanitari, durano in carica quattro anni e possono essere confermati. È membro di diritto dell'organo di indirizzo il preside della facoltà di medicina e chirurgia. Non possono far parte dell'organo di indirizzo né i dipendenti dell'azienda, né altri componenti della facoltà di medicina e chirurgia. Il presidente dell'organo di indirizzo lo convoca, lo presiede e ne fissa l'ordine del giorno. Il DG partecipa ai lavori dell'organo di indirizzo, senza diritto di voto.

2. L'organizzazione dipartimentale ad attività integrata (DAI) è il modello ordinario di gestione operativa al fine di assicurare l'esercizio integrato delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca. Il direttore del DAI è nominato dal DG d'intesa con il rettore dell'università, è scelto fra i responsabili delle UOC di cui si compone il dipartimento e rimane titolare della struttura complessa cui è preposto.

12.2 Metodologia di ricerca

Come già evidenziato, il presente studio ha per oggetto le aziende pubbliche la cui *mission* è rappresentata dalla ricerca di un equilibrio sostenibile tra le tre attività istituzionali di didattica, ricerca e assistenza (AOU). Queste non sono identificate in tutti i casi dallo status dichiarato di «Azienda Ospedaliera Universitaria» come prescritto dal D.lgs. 517/1999 perché alcune aziende non si sono adeguate alla denominazione prevista dal decreto e perché ad altre, come per esempio, alcuni IRCCS, non si applica il D.lgs. 517/1999 anche in presenza di una rilevante attività di didattica. Per questo motivo sono state incluse le aziende che rispettavano almeno uno dei seguenti due criteri:

- ▶ strutture che hanno dichiarato una quota parte di personale universitario sulla base dell'incrocio di due fonti informative («Annuario del personale delle strutture sanitarie pubbliche – anno 2004» del ministero della Salute e «Conto Annuale – comparto Sanità – anno 2004» del ministero delle Finanze);
- ▶ strutture che risultano essere sede di almeno una scuola di specializzazione sulla base dei dati raccolti dai siti Web ufficiali delle facoltà di medicina e chirurgia delle università italiane o, in mancanza di indicazioni sul sito Web, dalle segreterie delle scuole di specializzazione dell'università contattate telefonicamente o via fax.

Questi due criteri hanno portato a includere 48 strutture in 15 SSR: 9 AOU che erano precedentemente policlinici pubblici a gestione diretta dell'università (d'ora in avanti definiti «ex policlinici»), 4 IRCCS pubblici e 35 AOU precedentemente AO oppure «AO polo universitario» (d'ora in avanti «ex AO»). Sono stati esclusi dal campione tutti i presidi a gestione diretta delle ASL, anche se sedi di scuole di specializzazione, perché tali strutture di ricovero sono parte di un'azienda territoriale, caratterizzata da un'eterogeneità di finalità che avrebbe reso poco confrontabili i dati di attività e i sistemi di *governance*. Per lo stesso motivo l'analisi non ha considerato gli IRCCS di diritto privato, i due policlinici di diritto privato e le case di cura private accreditate.

Riguardo la parte della ricerca che ha come obiettivo quello di fotografare le aziende con indicatori quantitativi, sono stati utilizzati dati e indicatori strutturali, di attività (a sua volta suddivisa in attività assistenziale, di didattica e di ricerca) e di efficienza. In particolare:

- ▶ per la prima categoria, dati strutturali, sono state considerate delle variabili di tipo strutturale al fine di rappresentare le dimensioni delle aziende del campione: posti letto, personale totale e universitario (complessivo e specifico per il ruolo medico);
- ▶ per la seconda categoria, dati di attività, sono state individuate alcune *proxy* dell'attività erogata dalle strutture in termini di didattica (per esempio, numero di scuole di specializzazione e numero di borsisti specializzandi, in valore assoluto e corretti per la dimensione delle aziende), di ricerca (*Impact Factor*, IF, in valore assoluto e corretto per la dimensione delle aziende) e di assistenza (dati/indicatori sui ricoveri per acuti);
- ▶ per la terza categoria sono stati considerati, da una parte, alcuni indicatori di efficienza tecnica/produttiva (per esempio, degenza media per l'attività assistenziale, IF per medico per l'attività di ricerca) e dall'altra un indicatore di efficienza economica («Costo per punto DRG» calcolato come il rapporto tra i costi totali dell'esercizio sul totale dei punti DRG in RO prodotti nel medesimo anno).

I dati sono stati raccolti da varie fonti e con diverse metodologie:

- ▶ i dati sulla dotazione del personale sono stati raccolti a partire dall'incrocio delle due fonti informative «Annuario del personale delle strutture sanitarie pubbliche – anno 2004» del ministero della Salute e «Conto Annuale – comparto Sanità – anno 2004» del ministero dell'Economia e delle Finanze;
- ▶ i dati sull'attività assistenziale (ricoveri, giornate di degenza, peso medio ecc.) sono stati ricavati dai «Dati SDO – anno 2004» del ministero della Salute;
- ▶ i dati di bilancio sono stati rielaborati a partire dai dati dei conti economici delle singole aziende riportati dal ministero dell'Economia e delle Finanze;
- ▶ per l'attività didattica:

- ◀ il numero e la denominazione delle scuole di specializzazione che hanno sede in ciascun ospedale sono stati ricavati dalle segreterie delle scuole di specializzazione delle università come descritto illustrando i criteri di inclusione delle aziende;
- ◀ il numero annuo di borsisti delle scuole di specializzazione è stato ricavato dal decreto ministeriale del ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR) 9 febbraio 2005 «Assegnazione borse di studio, per l'a.a. 2004/2005, alle scuole di specializzazione mediche». Il numero di specializzandi per azienda è stato calcolato moltiplicando il numero di borse concesse dal MIUR nell'anno accademico 2004-2005 moltiplicato per quattro (anni di media durata della scuola) anche se la durata delle scuole può essere differente;
- ▶ i dati sull'attività di ricerca (sintetizzati attraverso i valori di IF) sono stati calcolati utilizzando la banca dati «ISI Web of Knowledge». In particolare, sono stati cercati tutti gli articoli disponibili nella banca dati, pubblicati negli anni 2004-2005, in cui nel campo indirizzo della banca dati è presente almeno uno degli indirizzi di tutte le sedi dell'azienda¹⁰. L'IF è un indicatore del prestigio di una rivista scientifica calcolato principalmente in base al numero di citazioni che gli articoli sulla rivista hanno ricevuto. È la misura più diffusa nella comunità accademica per valutare l'importanza delle riviste e degli articoli che esse pubblicano, anche se è spesso criticato perché – come ogni indicatore – descrive solo parzialmente la realtà che misura. L'IF per azienda è stato calcolato assegnando a ciascun articolo un punteggio uguale all'IF della rivista su cui è stato pubblicato (in base ai valori pubblicati nel database *Journal of Citation Reports* dell'anno 2005) e poi sommando il punteggio di ciascun articolo per ottenere l'IF complessivo degli articoli pubblicati negli anni 2004 e 2005 per ciascuna azienda.

La parte della ricerca che ha come obiettivo ricostruire, sulla base di un'analisi qualitativa degli atti aziendali (di seguito AA), l'impostazione del sistema di *governance* degli ospedali universitari e valutare l'influenza dei principali *stakeholders*, è stata attuata attraverso una lettura trasversale dei contenuti. L'analisi del testo ha iden-

¹⁰ Questa strategia di ricerca può provocare discrepanza rispetto al numero di pubblicazioni dichiarate dall'azienda in quanto l'indirizzo dell'azienda è sempre presente quando un professionista dell'azienda è l'autore corrispondente dell'articolo, presente solo su alcune riviste quando l'autore non è il corrispondente. Questa strategia però rende possibile attribuire a una specifica azienda un articolo anche qualora, come spesso accade, gli autori scrivano nella loro affiliazione solo il nome dell'università (e non dell'azienda) e di gestire efficacemente le innumerevoli variazioni di denominazione delle istituzioni dovute ad abbreviazioni e a traduzioni diverse. L'IF è stato calcolato considerando gli articoli del 2004 e del 2005 per due ordini di motivi:

1. molta dell'attività di ricerca svolta nell'anno 2004 viene pubblicata l'anno successivo a causa dei tempi lunghi dei processi di *peer-review* e di stampa delle riviste;
2. l'attività scientifica ha un'alta variabilità negli anni e, considerando due anni invece che uno, si rende l'indicatore dell'attività scientifica meno sensibile alla lentezza e all'imprevedibilità dei tempi di pubblicazione degli articoli.

tificato in ciascun atto gli argomenti elencati nel Riquadro 12.2. Successivamente questi argomenti sono stati classificati in tre categorie logiche: la visione generale dell'integrazione tra le funzioni di didattica, ricerca e assistenza; l'assetto istituzionale; e i DAI. Come già anticipato, i dati sono stati ricavati dall'analisi dagli AA richiesti attraverso una lettera alle direzioni generali delle 48 aziende nel campione, in risposta alla quale sono stati ricevuti gli atti di 13 aziende.

Riquadro 12.2 La griglia utilizzata per la classificazione dei contenuti degli atti aziendali

Contenuti analizzati

- ▶ Indicazione del rapporto con l'università
- ▶ Vision, mission, finalità istituzionale
- ▶ Approfondimenti sulle singole funzioni
- ▶ Organi e organismi collegiali
- ▶ Funzioni DAI
- ▶ Organi del DAI
- ▶ Nomina e funzioni del capo dipartimento
- ▶ Nomina, composizione e funzioni del comitato di dipartimento
- ▶ Relazioni tra dipartimenti di tipologie diverse
- ▶ Dipartimenti a direzione ospedaliera vs. dipartimenti a direzione universitaria
- ▶ Conferimento incarichi e nomina personale
- ▶ Coinvolgimento personale SSN nell'attività di didattica e ricerca
- ▶ Partecipazione personale universitario all'attività di assistenza (per esempio impegno orario)
- ▶ Controllo e valutazione dirigenti medici
- ▶ Strumenti aziendali di programmazione
- ▶ Il ruolo dell'università
- ▶ Il ruolo della Regione

La maggior parte delle descrizioni quantitative e delle analisi qualitative sono discusse dopo aver presentato le differenze tra i dati relativi alle AOU che erano precedentemente policlinici a gestione diretta dell'università, AOU che erano precedentemente AO dei SSR e per gli IRCCS. La conoscenza qualitativa del sistema e le analisi preliminari dei dati raccolti hanno, infatti, suggerito che questa distinzione evidenzia notevoli differenze spiegabili probabilmente con la storia, i meccanismi di *governance* e le finalità differenti che queste aziende hanno avuto nel tempo. Dopo il D.lgs. 517/1999 le differenze nello status giuridico dalle AOU «ex policlinici» e AOU «ex AO» sono state in gran parte eliminate, ma restano delle differenze sia perché l'adeguamento al dettato del D.lgs. 517/1999 è in molti casi recente e in alcuni non ancora cominciato, sia perché la storia diversa di queste classi di aziende ha creato differenti culture e routine organizzative che continuano ad avere effetti nonostante lo status giuridico attuale sia oggi simile.

12.3 Fotografia delle AOU

In questo paragrafo viene proposta una fotografia delle strutture ospedaliere che sono oggetto della presente analisi e che sono state selezionate in base ai criteri di campionamento definiti nel par. 12.2. Come già anticipato, verranno presentati dati e indicatori rappresentativi delle dimensioni, delle attività (di didattica, di ricerca e di assistenza) e dell'efficienza (tecnica/produttiva ed economica) di tali strutture.

12.3.1 Le dimensioni delle AOU

Le dimensioni delle aziende, oggetto dell'analisi, sono espresse in termini di dotazione di posti letto (complessivi e distinti per RO e DH) e di personale evidenziando, dato l'oggetto di indagine, l'incidenza del personale universitario e in particolare di quello medico.

Con riferimento ai posti letto (cfr. Tab. 12.1), le ex AO presentano dimensioni tendenzialmente più grandi rispetto alle altre due tipologie di strutture (954 posti letto complessivi contro i 592 degli IRCCS e 701 degli ex policlinici). Si tratta in genere di ospedali di grandi dimensioni rispetto alla media nazionale delle AO¹¹

Tabella 12.1 **I posti letto delle aziende per tipologia di struttura (48 osservazioni, anno 2004)**

	Media	Deviazione standard	Min	Max
Posti letto complessivi				
Ex AO	954	511	152	1844
IRCCS	592	329	344	1074
Ex policlinici	701	480	72	1494
Posti letto RO				
Ex AO	828	454	117	1.651
IRCCS	528	287	333	953
Ex policlinici	564	398	60	1.248
Posti letto DH				
Ex AO	125	64	30	256
IRCCS	64	45	11	121
Ex policlinici	136	90	12	267

Fonte: elaborazione su dati del ministero della Salute

¹¹ Nel 2004 la dotazione media dei posti letto era di 672 posti letto per le AO, di 551 per i policlinici a gestione diretta (privati e pubblici) e di 221 per gli IRCCS (di diritto privato e di diritto pubbli-

Tabella 12.2 Il personale universitario nelle aziende per tipologia di struttura (48 osservazioni, anno 2004)

	Media	Deviazione standard	Min	Max
Personale totale				
Ex AO	2607	1551	421	5737
IRCCS	1886	754	1095	2859
Ex policlinici	1982	1766	117	5715
Personale universitario				
Ex AO	186	173	4	653
IRCCS	58	48	5	107
Ex policlinici	1585	1261	87	3478
Personale medico totale				
Ex AO	558	271	143	1069
IRCCS	351	176	173	531
Ex policlinici	487	425	193	1333
Personale universitario medico				
Ex AO	121	104	3	424
IRCCS	54	49	3	102
Ex policlinici	408	361	12	1078
Percentuale specializzandi				
Ex AO	10%	10%	0%	41%
IRCCS	9%	7%	1%	13%
Ex policlinici	21%	12%	7%	43%

Fonte: elaborazione su dati del ministero della Salute, su dati forniti dalle facoltà di medicina e chirurgia e sul decreto del MIUR 9 febbraio 2005

probabilmente perché le facoltà di medicina e chirurgia tendono a scegliere come sede universitaria le AO più grandi dell'area in cui operano.

Riguardo al personale (cfr. Tab. 12.2), la categoria degli ex policlinici si distingue, come prevedibile, per una maggiore presenza di personale universitario (su una media di 1982 unità di personale totale quasi l'80 per cento è universitario) e per il peso rilevante degli specializzandi sul totale del personale (mediamente gli specializzandi rappresentano negli ex policlinici il 21 per cento del personale

co). Si segnala la media dei posti letto dei policlinici a gestione diretta è così diversa perché la media generale include i due policlinici privati di cui uno, Campus Bio Medico, di dimensioni ridotte (132 posti letto).

totale contro il 9 per cento degli IRCCS e il 10 per cento delle ex AO). In particolare, mediamente negli ex policlinici operano 409 medici universitari (l'84 per cento del totale dei medici) contro i 54 degli IRCCS (16 per cento) e i 122 delle ex AO (22 per cento).

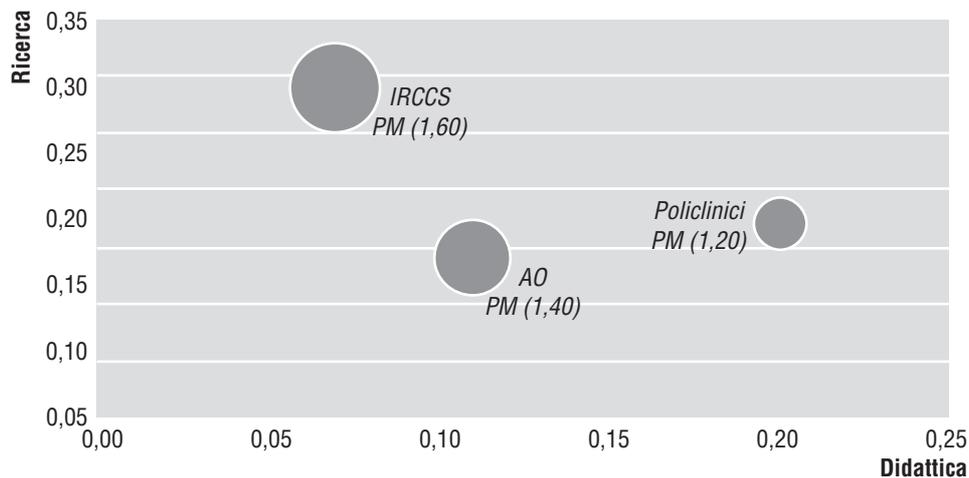
12.3.2 Indicatori di attività e di efficienza

A fronte della complessità di integrazione delle tre funzioni di didattica, ricerca e assistenza per questa eterogenea classe di aziende, si osserva, in particolare, che:

- ▶ un adeguato posizionamento sulla *funzione assistenziale* richiederebbe una considerazione della domanda di assistenza espressa dalla collettività e rispetto a questa una definizione di ambiti efficaci ed efficienti di intervento dell'azienda, anche in relazione alle strategie perseguite dagli altri attori sanitari presenti nel contesto di offerta;
- ▶ il contributo alla *didattica* richiederebbe un «posizionamento esteso» (non focalizzato) in termini di patologie trattate e di intensità delle stesse (soprattutto in relazione alla formazione di base degli operatori), posizionamento indipendente dagli interessi di ricerca, dall'effettiva pressione della domanda e dai «vantaggi competitivi» (efficienza ed efficacia dei processi assistenziali) che l'azienda è attualmente o prospetticamente in grado di esprimere;
- ▶ il contributo alla *ricerca* richiederebbe un'estrema focalizzazione sulle patologie e sui processi oggetto degli interessi scientifici della facoltà, focalizzazione spesso incompatibile con la formazione di base e non necessariamente coerente con il posizionamento competitivo dell'azienda nell'ambito dell'assistenza.

La Fig. 12.1 mostra come le aziende considerate nel campione si posizionano rispetto a queste tre dimensioni di attività. In particolare, il grafico mette in relazione, per le tre tipologie di aziende considerate (ex policlinici, ex AO e IRCCS), i valori medi delle *proxy* dell'attività di ricerca (IF rapportato al personale complessivo delle aziende – asse delle ordinate), di didattica (numero di specializzandi rapportato al personale complessivo – asse delle ascisse) e di assistenza (Peso Medio – PM – rappresentato dall'ampiezza delle bolle). Emerge come gli IRCCS si distinguono, ponendosi a livelli elevati, per l'attività di ricerca e complessità dell'assistenza, ma svolgono una limitata attività di didattica¹². Le ex AO e gli ex policlinici sono molto più simili tra di loro, ma gli ex policlinici sembrano essere più impegnati nell'attività di didattica ed erogare

¹² Come si può notare dalla Tab. 12.4 il dato sulla produzione scientifica (espressa dall'IF) ha un'altissima variabilità all'interno di ciascuna classe di aziende (ex AO, IRCCS ed ex policlinici). Per questo motivo è necessario interpretare con cautela i valori medi delle tre tipologie di aziende perché possono essere influenzati sensibilmente, non solo dalla classe di appartenenza, ma anche da altri fattori.

Figura 12.1 **Posizionamento delle tre classi di aziende rispetto all'attività didattica, ricerca e assistenza**

Fonte: elaborazione su dati del ministero della Salute, dati forniti dalle facoltà di medicina e chirurgia, decreto del MIUR 9 febbraio 2005 e *Journal of Citation Reports*

un'assistenza a casi meno complessi (PM medio pari a 1,23 contro l'1,45 delle AO e l'1,60 degli IRCCS).

Al fine di approfondire e spiegare meglio il posizionamento delle tre tipologie di aziende, di seguito vengono presentati alcuni dati più analitici per tipologia di attività.

Per quanto riguarda l'*attività didattica*, quella rivolta ai medici specializzandi solitamente si ritiene comporti l'impatto maggiore sulle altre attività istituzionali. Infatti gli specializzandi:

- ▶ sono medici ancora in formazione, la cui presenza implica la necessità di svolgere l'assistenza più lentamente perché ci sia modo di spiegare l'attività, di fornire occasioni per fare pratica garantendo la sicurezza del paziente e, quindi, spesso svolgendo la stessa attività due volte e, inoltre, implicano un *case-mix* molto eterogeneo, non necessariamente specializzato sui pazienti ad alta complessità, allo scopo di fornire agli studenti la possibilità di apprendere come gestire pazienti con ogni tipo di patologia. Per questo motivo, le scuole di specialità, più che i corsi di laurea universitari, sono un indicatore significativo dell'attività didattica svolta all'interno della struttura ospedaliera;
- ▶ sono lavoratori a costo zero per l'azienda, molto motivati, e perfettamente in grado di gestire la gran parte dei pazienti dopo i primi anni di studio.

Il numero di scuole di specializzazione ogni 100 posti letto e la percentuale di

Tabella 12.3 **Indicatori di attività didattica (48 osservazioni, anno accademico 2004-2005)**

	Media	Deviazione standard	Min	Max
Numero scuole di specializzazione ogni 100 posti letto				
Ex AO	2,73	2,98	0	12,44
IRCCS	2,34	1,88	0,23	3,83
Ex policlinici	7,69	8,40	2,96	22,65
Numero di borsisti scuole di specializzazione				
Ex AO	235	177	0	627
IRCCS	242	206	20	428
Ex policlinici	533	355	138	1086

Fonte: elaborazione su dati forniti dalle facoltà di medicina e chirurgia e sul decreto del MIUR 9 febbraio 2005

Tabella 12.4 **Indicatori di attività assistenziale (48 osservazioni, anno 2004)**

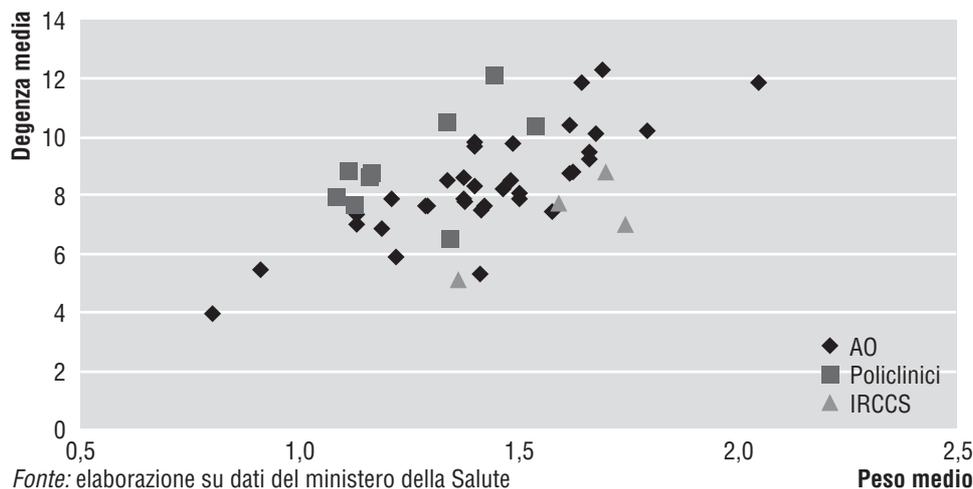
	Media	Deviazione standard	Min	Max
Ex AO				
Ricoveri totali	45.136	22.312	13.439	82.787
PM DRG (ricoveri RO)	1,43	0,24	0,80	2,04
GG degenza ricoveri RO	265.213	155.266	46.307	581.021
Punti DRG totali (ricoveri RO)	42.925	25.534	7.322	96.726
IRCCS				
Ricoveri totali	37.288	23.227	17.332	68.739
PM DRG (ricoveri RO)	1,60	0,17	1,36	1,74
GG degenza ricoveri RO	169.521	109.332	80.689	323.133
Punti DRG totali (ricoveri RO)	33.370	18.284	21.174	60.418
Ex policlinici				
Ricoveri totali	41.144	29.103	5.818	86.061
PM DRG (ricoveri RO)	1,25	0,16	1,08	1,53
GG degenza ricoveri RO	205.774	164.608	19.614	546.581
Punti DRG totali (ricoveri RO)	24.219	18.409	3.380	61.191

Fonte: elaborazione su dati del ministero della Salute

specializzandi sul totale del personale (cfr. Tab. 12.3) sono *proxy* dell'attività di didattica che cercano di rendere comparabili aziende di dimensioni diverse.

Per quanto riguarda l'*attività assistenziale*, alcuni indicatori rilevanti sono riportati nella Tab. 12.4 per tipologia di azienda: le ex AO erogano il più elevato

Figura 12.2 **Complessità e durata media dell'assistenza per tipologia di azienda (48 osservazioni, anno 2004)**



numero di ricoveri totali. Ciò può essere interpretato considerando che la tradizionale finalità istituzionale delle ex AO più orientata all'assistenza ha portato tali aziende ad avere più PL e, di conseguenza, ad aumentare l'attività assistenziale. Come già richiamato precedentemente, anche la Tab. 12.5 evidenzia gli IRCCS sono quelli con il PM DRG più alto, e quindi, con la casistica più complessa. Questo può rispecchiare sia la tendenza degli IRCCS a specializzarsi e a non offrire tutta l'assistenza che le ex AO, anche se universitarie, offrono ai residenti nella propria area, sia la minore necessità di un *case-mix* vario per la didattica.

Combinando insieme le dimensioni della didattica e dell'assistenza utilizzando per quest'ultima la degenza media e il PM (cfr. Fig. 12.2)¹³, viene confermata l'idea che l'attività di didattica, prevalente negli ex policlinici, comporti una maggiore durata della degenza media dei ricoveri in RO e una casistica più varia riflessa da un PM DRG più basso. Gli IRCCS, che invece sono meno impegnati nell'attività di didattica, sono caratterizzati all'opposto da una minore degenza media e un più alto PM. Per le ex AO è difficile osservare un comportamento omogeneo nell'attività assistenziale; ciò è suffragato anche dal fatto che per questa tipologia di aziende il divario tra il valore minimo e massimo per tutti gli indicatori precedentemente presentati risulta essere il più elevato.

Per quanto riguarda l'*attività di ricerca*, infine, è stata utilizzato come *proxy* il valore dell'IF¹⁴ per medico che lavora nell'azienda indipendentemente se univer-

¹³ Si segnala che la degenza media viene solitamente utilizzata come indicatore di efficienza tecnica/produttiva delle aziende sanitarie (cfr. Capitolo 2).

¹⁴ Cfr. nota 9.

Tabella 12.5 **Indicatori di attività scientifica (48 osservazioni)**

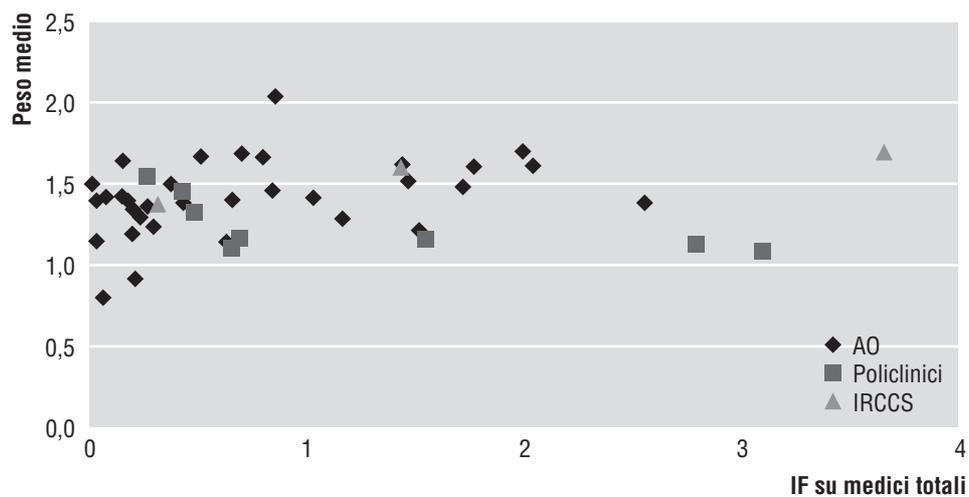
	Media	Deviazione standard	Min	Max
IF per medico				
Ex AO	0,65	0,55	0,01	2,13
IRCCS	1,84	1,64	0,44	3,65
Ex policlinici	0,74	0,56	0,28	1,55

Fonte: elaborazione su dati del ministero della Salute

sitario o meno, in modo da tenere conto della dimensione delle aziende del campione (cfr. Tab. 12.5). Sulla base di questo indicatore, risulta che, a oggi, gli IRCCS sono le strutture maggiormente orientate all'attività di ricerca scientifica. Una motivazione può risiedere nel fatto che tali strutture, rispetto agli ex policlinici e alle ex AO, riconoscono tra le loro finalità istituzionali prevalentemente l'attività di ricerca e che a fronte di ciò accedono in maniera esclusiva a fonti di finanziamento per la ricerca corrente e finalizzata. Inoltre, la Fig. 12.3 mostra come l'attività di ricerca non sembra essere correlata alla complessità della casistica trattata nell'attività assistenziale, poiché la ricerca non si concentra esclusivamente sulle patologie che comportano un'assistenza più intensa.

Un ultimo passaggio è stato quello di valutare l'efficienza delle aziende del campione in termini economici utilizzando l'indicatore «Costo per punto DRG» (cfr. Tab. 12.6). Si tratta di un indicatore *proxy* dell'efficienza economica imprecisi-

Figura 12.3 **Complessità della casistica e produttività scientifica**



Fonte: elaborazione su dati del ministero della Salute e *Journal of Citation Reports*

Tabella 12.6 **Dati di efficienza economica (anno 2004)**

	Media	Deviazione standard	Min	Max
Costo per punto DRG (ricoveri per acuti RO)				
Ex AO	5.911	1.573	3.657	10.536
IRCCS	6.846	3.055	4.337	11.158
Ex policlinici	5.829	1.871	3.243	8.743

Fonte: elaborazione su dati del ministero della Salute e del ministero dell'Economia e delle Finanze

so ma che applicato alle diverse classi di aziende può fornire un'idea dell'efficienza relativa. Nonostante l'indicatore sia in questo capitolo applicato ad aziende comparabili sotto molti aspetti, questo va interpretato con attenzione perché divide i costi totali (quindi, non solo per l'attività di ricovero per acuti ma anche per la ricerca, per la didattica, per l'attività ambulatoriale, il pronto soccorso ecc.) utilizzando come denominatore un indicatore della sola attività di ricovero per acuti. Quindi, un maggiore costo per punto DRG è interpretabile come un indicatore di efficienza solo se si assume che le altre attività sono in media paragonabili tra le classi di aziende. Altrimenti, il maggiore costo per punto DRG prodotto può derivare da una maggiore attività su uno degli altri ambiti. Sulla base di tale premessa, si evidenzia che gli IRCCS sono caratterizzati da un costo totale per punto DRG sostanzialmente più alto e questo probabilmente si spiega con il fatto che hanno una maggiore attività di ricerca. Infatti, poiché l'indicatore è stato calcolato dividendo i costi totali da conto economico per i punti DRG prodotti e nei costi totali del conto economico non sono compresi solo i costi legati strettamente all'attività di ricovero ma anche quelli relativi a ogni altra attività, ivi compresa quella di ricerca, il valore dell'indicatore più alto per gli IRCCS può dipendere anche dal fatto che tra i costi, gli IRCCS hanno una proporzione maggiore di costi per la ricerca che non si esprimono in un aumento dei punti DRG ma che comportano costi (che hanno apposite fonti di finanziamento) che incrementano i costi totali riportati indistintamente in bilancio.

Al contrario, di quanto intuitivamente si potrebbe essere portati a pensare, gli ex policlinici non sembrano invece essere in termini assoluti più inefficienti rispetto alle ex AO.

12.4 Le soluzioni istituzionali e organizzative delle AOU attraverso l'analisi degli atti aziendali

L'indagine qualitativa, come anticipato, ha previsto il confronto degli AA delle 13 aziende che, attraverso la messa a disposizione dei loro documenti, rappresentano il campione di osservazione. In particolare, si è concentrata l'attenzione sulle

soluzioni istituzionali e organizzative che le aziende hanno formalmente adottato. Il limite di tali riflessioni sta nel fatto che:

- ▶ il numero di AA è relativo a sole 13 aziende. Si segnala che in alcuni casi si è osservata l'assenza di AA o la volontà di non metterlo a disposizione per lo studio;
- ▶ rispetto alla natura istituzionale, il campione delle 13 aziende è così suddiviso: 4 ex policlinici, 1 IRCCS e 8 ex AO. Ciò rende difficile l'individuazione di cluster per tipologia istituzionale di azienda;
- ▶ l'AA, che deve essere strutturato secondo le linee guida fornite dalla regione ed è da quest'ultima valutato e validato, descrive l'organizzazione «formale» o il «dover essere» di fenomeni organizzativi complessi e difficilmente descrivibili rispetto alla loro manifestazione concreta.

Affinché potessero essere confrontati i contenuti descritti nel Riquadro 12.2, si è proceduto alla classificazione raggruppandoli in tre categorie di analisi:

- ▶ la visione generale sul ruolo delle funzioni di assistenza, didattica e ricerca, il loro finanziamento e la gestione della partecipazione dei professionisti alle attività relative alle tre funzioni (per esempio, coinvolgimento del personale SSR nell'attività di ricerca ecc.). Si tratta dei fenomeni direttamente riconducibili all'identità e all'orientamento strategico che questa tipologia di aziende formalmente dichiara;
- ▶ gli organi aziendali, indicati come luoghi istituzionali all'interno dei quali sono rappresentati i principali portatori di interesse delle tre funzioni e il loro ruolo nell'integrazione tra di esse, informazioni riconducibili agli assetti di *governance* aziendale;
- ▶ l'organizzazione, la direzione e la funzione della struttura organizzativa che per antonomasia dovrebbe prendere corpo dall'integrazione delle attività di ricerca, didattica e assistenza, ovvero il DAI che rappresenta il perno dell'assetto organizzativo di tali aziende.

Le scelte relative a tale modalità di operazionalizzazione sono giustificate dalla volontà di leggere la relazione tra le scelte di natura istituzionale e quelle di natura organizzativa che si sono sviluppate in queste aziende: infatti, l'ipotesi di fondo è che la complessità degli equilibri tra i portatori di interesse (università e SSR soprattutto) fa sì che la progettazione organizzativa sia il frutto di un sistema di mediazione di interessi piuttosto che essere maturata attraverso scelte di razionalità economica. In più, la visibilità esterna dei singoli professionisti, le aree di ricerca e i differenti interessi che su queste ultime convergono, la numerosità delle scuole di specializzazione, le attese del sistema sanitario regionale fanno sì che la progettazione organizzativa non sia unicamente «questione di management aziendale», ma dipenda dagli equilibri che, in via principale, si strutturano all'interno del «soggetto strategico allargato». Questo è il frutto dell'«arena politica» che si sviluppa all'interno di tale tipologia di aziende.

Nell'analisi si è proceduto confrontando e correlando i tre fenomeni descritti. La loro correlazione per ciascuna azienda ha permesso di intuire e interpretare la «filosofia di fondo» in merito alla natura dell'integrazione e al ruolo che università e management aziendale hanno rispetto a essa.

Si premette che assai spesso gli AA riportano semplicemente le indicazioni fornite dal D.lgs. 517/1999 e che solo marginalmente il confronto dei 13 casi ha consentito di individuare ipotesi alternative. Ciò ha implicato che le osservazioni riportate di seguito pertengano, assai spesso, a un numero limitato di aziende. È difficile intuire se l'assenza di prospettive alternative rispetto a quanto normato rappresenti una sorta di strategia *adattiva* adottata da queste aziende (ipotesi che a parere di chi scrive rappresenta l'alternativa più probabile); oppure se sia indice dell'efficacia del decreto nell'aver individuato concrete soluzioni.

12.4.1 Visione generale dell'integrazione tra le funzioni di ricerca, didattica e assistenza

All'interno dei 13 AA è stato possibile rintracciare due visioni ben distinte rispetto al ruolo attribuito alle tre funzioni: la prima esplicita la *natura strumentale* dell'assistenza rispetto a didattica e ricerca, natura che si ripercuote sulla funzione che l'azienda è chiamata a svolgere; tale posizione è confermata anche dal linguaggio adottato, per esempio: «l'azienda fornisce il supporto tecnico organizzativo all'attività di ricerca e didattica», «l'assistenza è funzionale al corretto sviluppo delle attività...». Questa posizione è propria delle quattro aziende ex policlinici. La seconda visione fa propria l'*equipollenza* delle tre funzioni enfatizzando l'integrazione tra di esse ed esplicita l'esistenza di strumenti condivisi tra SSR e università finalizzati alla programmazione integrata delle attività (in tre ex AO si cita esplicitamente il piano attuativo locale o ospedaliero). Il resto delle aziende si conforma esplicitamente al dettato del D.lgs. 517/1999.

Interessante risulta la disciplina aziendale in merito al contributo che il personale SSR può fornire alla ricerca e alla didattica. In otto casi non si disciplina la fattispecie, mentre in due casi ci si rifà alla programmazione della ricerca da parte dell'università, in altri due a quanto stabilito dal protocollo d'intesa e in uno a specifici accordi attuativi definiti di concerto tra azienda e università. Si intuisce una visione compensatoria della ricerca sviluppata da parte di personale non universitario e non una «nuova» tipologia di ricerca che potrebbe spostare l'attenzione su aspetti più tipicamente collegati alla sperimentazione di nuovi modelli organizzativi di assistenza, piuttosto che sull'esportazione dell'innovazione della ricerca all'interno della routine assistenziale.

Per quel che concerne il contributo degli universitari all'assistenza, in cinque casi gli AA non fanno riferimento al fenomeno, mentre in due casi si esplicita che il debito orario complessivo per l'assistenza si aggira intorno al 50-60 per cento della loro attività complessiva, nei restanti casi si osserva il rinvio al protocollo d'intesa (quattro) o a specifici regolamenti aziendali (due), mentre in un caso non

se ne fa menzione. Anche il sistema di finanziamento della produzione assistenziale fornisce spunti di riflessione: esso prevede, mediamente, l'applicazione di tariffe (DRG) maggiorate del 5 per cento per remunerare, non solo la complessità delle prestazioni assistenziali, ma anche le funzioni di didattica e ricerca; solo in un caso è stato previsto un *forfait* riconosciuto automaticamente in caso di mantenimento della produzione almeno ai livelli di un anno indicato.

12.4.2 Gli assetti istituzionali

In questa sede si è proceduto all'analisi dei ruoli e del potere riconosciuto agli organi aziendali che rappresentano la direzione d'azienda e a quelli che rappresentano i principali portatori di interesse.

In merito al ruolo del DG, si premette che tutti i 13 casi si rifanno alle funzioni e agli atti previsti dal D.lgs. 517/1999 e si osserva un duplice approccio rintracciabile in due singoli casi: il DG è l'*attuatore* delle scelte compiute da altri interlocutori (si pensi alla programmazione da parte del Consiglio di facoltà) oppure è *decisore attivo* in alcuni momenti fondamentali della vita dell'azienda (definizione dei piani attuativi, dei programmi di investimento, del bilancio economico preventivo e di esercizio ecc.). Non è un'osservazione significativa rispetto alla numerosità dei casi, ma anche nelle restanti realtà sono riscontrabili sfumature di significato ricollegabili all'uno piuttosto che all'altro approccio.

Ruolo centrale per questa tipologia di aziende è quello dell'Organo di indirizzo che accoglie principalmente membri nominati dalla regione e dall'università. Al suo interno il ruolo del DG è residuale, come previsto dal D.lgs. 517/1999, in quanto egli partecipa, ma non ha diritto di voto. Si è osservato, nel caso di un IRCCS, oltre al naturale allargamento della sua composizione a membri del ministero della Salute, che la partecipazione è estesa anche a chi porta le istanze del territorio (Conferenza Territoriale Sociale); appare una sorta di integrazione verticale dei portatori di interesse verso il «centro» e la «periferia» del SSN e del SSR. Le funzioni dell'Organo di indirizzo, come previsto dalla norma, sono eterogenee: dal proporre iniziative e misure per assicurare coerenza tra la programmazione aziendale e quella scientifica dell'università, alla valutazione degli atti di organizzazione e programmazione dell'azienda (per esempio, vengono valutati e validati l'AA, il piano degli investimenti, la programmazione economico-finanziaria), all'essere «istituzione sperimentale» che collabora con il DG (1 caso su 13). Le funzioni attribuite all'Organo di indirizzo vanno, quindi, dalla vigilanza sull'integrazione tra le tre funzioni (12 casi su 13) fino al supporto/collaborazione con il DG.

Altro organo di interesse è il Collegio di direzione; esso è squisitamente aziendale, ma, in alcuni casi, viene invitato il preside della facoltà di medicina e chirurgia e/o il direttore amministrativo dell'università. È tradizionalmente presieduto dal direttore sanitario, anche se non mancano casi (2 su 13) in cui è presieduto dal DG. Negli IRCCS coinvolge anche il direttore scientifico o il responsabile delle principali linee di ricerca. In media il ruolo è quello previsto dal D.lgs. 517/1999;

in tre casi gli è anche riconosciuto il compito di proporre pareri in merito all'organizzazione di servizi innovativi per l'attività di assistenza e di ricerca/didattica.

All'interno delle 13 aziende è emersa, in un caso, la presenza di un Organo paritetico che, coinvolgendo assessore, rettore, DG con la partecipazione del preside della facoltà di medicina, rende la direzione d'azienda parte attiva nel confronto tra i portatori di interesse. Si tratta di un organo previsto dal protocollo di intesa che ha l'obiettivo di fornire indirizzi e di valutare le decisioni aziendali che hanno particolare rilievo economico patrimoniale. Inoltre, nel caso dell'IRCCS, è stato istituito l'Ufficio di direzione che raggruppa DG, direttore sanitario, direttore scientifico e direttore amministrativo e ha lo scopo di promuovere il coordinamento tra didattica, ricerca e assistenza «all'interno dei confini di intervento aziendali».

In generale, dal punto di vista istituzionale è come se emergesse un duplice livello nel coordinamento tra interessi relativi alla ricerca/didattica e all'assistenza: il primo è di tipo macro nella misura in cui agisce sulla cornice generale delle intese tra portatori di interesse (università e SSR), così come emerge principalmente dal ruolo dell'Organo di indirizzo. A questo si associa un livello meso che pertiene al livello strategico d'azienda, come nel caso del Collegio di direzione/Ufficio di direzione ecc. Certo è che la debolezza del ruolo giocato dal DG all'interno del livello macro non facilita il coordinamento con quello meso.

Purtroppo dall'analisi degli AA non è stato possibile intercettare gli organi dell'università preposti alle relazioni con l'azienda che avrebbero fornito un altro importante elemento di riflessione. La programmazione rappresenta una delle funzioni centrali per il funzionamento «manageriale» di questa tipologia di azienda. Si anticipa che nei 13 AA la programmazione del SSR e quella della facoltà di medicina e chirurgia rappresentano i riferimenti per la definizione del mix aziendale di attività di assistenza, didattica e ricerca. Si osserva che:

- ▶ in quattro casi non si fa riferimento alla formalizzazione di accordi sulla programmazione aziendale;
- ▶ in altri quattro AA si citano specifici documenti quali:
 - ◀ il Piano attuativo ospedaliero integrato quale accordo impiegato per proporre il tema della produzione aziendale rispetto all'intera rete regionale. Esso allarga la prospettiva programmatica all'intera rete di offerta esterna alla singola azienda. Nei due casi in cui viene citato, prevede un arco di programmazione triennale e rappresenta la cornice dell'intesa istituzionale tra SSR e università, cornice che contiene la programmazione annualmente sviluppata.
 - ◀ il Piano strategico, citato negli AA di due ex policlinici, è stato arricchito anche della programmazione sui piani di ricerca finalizzati e sulla formazione continua;
- ▶ nei restanti cinque casi si prospetta astrattamente la definizione da parte dell'azienda di un mix di attività di assistenza in coerenza con la programmazione del Consiglio di facoltà, ma non si fa esplicito riferimento né a processi di condivisione né a documenti che la formalizzino.

A parere di chi scrive, quanto osservato negli AA sul tema della programmazione aziendale non può essere sintomatico di specifiche situazioni reali di intesa tra università e SSR e/o di specifici strumenti di concertazione, quanto piuttosto di una «sensibilità» più o meno acquisita rispetto allo sviluppo di posizioni di negoziazione del mix produttivo con l'università.

12.4.3 I Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI)

Il DAI è la struttura organizzativa che al meglio dovrebbe rappresentare le scelte di integrazione tra assistenza, didattica e ricerca, così come previsto dal D.lgs. 517/1999. Le scelte progettuali sui DAI fanno riferimento a:

- a. i criteri di aggregazione delle unità operative;
- b. gli organi del DAI;
- c. i sistemi operativi di DAI.

Attraverso l'analisi degli AA è stato possibile ricostruire unicamente le scelte in merito ai punti *a* e *b*. Le scelte in merito ai sistemi operativi e, in dettaglio, a come essi contribuiscono allo sviluppo dell'integrazione tra didattica, ricerca e assistenza sono difficili da rintracciare per i seguenti motivi: è l'ambito di sperimentazione sul quale attualmente le aziende si stanno maggiormente confrontando, testando «ipotesi di lavoro sul campo» piuttosto che sviluppando deliberate prospettive strategiche; la natura dell'attività specialistica presente nel DAI condiziona grandemente l'adozione di alcuni piuttosto che altri sistemi operativi (si pensi a quanto sono differenti le traiettorie di ricerca/didattica nelle specialità oncologiche e nella diagnostica interventistica, nonché tra attività assistenziali chirurgiche e cliniche in senso stretto).

Con riferimento ai criteri di aggregazione delle unità operative e lo status universitario dei professionisti, potrebbero aver condizionato la genesi dei DAI. Si sono integrati quei professionisti che avevano già sperimentato forme di collaborazione per la ricerca e quelli che già avevano adottato forme stabili di coordinamento. A parere di chi scrive possono rintracciarsi, quindi, due ipotetiche opzioni in merito alla composizione dei DAI:

- ▶ il DAI ricalca identicamente le specialità dei Dipartimenti Universitari (DU). Questa opzione scarica il fabbisogno di integrazione sui sistemi operativi e sugli organi dell'azienda non valorizzando ipotesi di riaggregazione delle specialità di ricerca intorno ai fabbisogni assistenziali (per esempio utilizzando percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali);
- ▶ il DAI è il prodotto del ripensamento organizzativo d'azienda che tenta di semplificare la numerosità delle sue strutture complesse attraverso logiche di aggregazione che contemplino il buon clima tra i professionisti e l'integrazione sull'assistenza di discipline differenti (per esempio aggregando tutte quelle a vocazione chirurgica). Potrebbe verificarsi che la direzione aziendale funga da

process manager rispetto alla dipartimentalizzazione e che le reali scelte di aggregazione (e, quindi, le differenti strutture organizzative di DAI) vengano proposte in modo *bottom-up* dai professionisti.

Altra variabile da governare in merito alla strutturazione organizzativa dei DAI è la sua direzione «universitaria» o «ospedaliera». Questo è uno dei temi sui quali vi è maggiore conflitto tra i differenti portatori di interesse e ciò giustifica il fatto che in 11 casi su 13 non venga esplicitata una regola condivisa, ma semplicemente la cornice normativa all'interno della quale il fenomeno deve essere gestito. L'istituzione di una regola condivisa potrebbe essere sintomatica del fatto che si sia governata la logica dell'arena politica (che opera tipicamente per episodi piuttosto che per intese a lungo termine) e si stiano costruendo sostanziali intese. In merito, è stato possibile individuare le seguenti opzioni all'interno delle due aziende che hanno dichiarato una regola:

- ▶ esplicitazione all'interno dell'AA che il 50 per cento dei DAI debbano essere a direzione universitaria e il restante 50 per cento a direzione SSR;
- ▶ esplicitazione che, in caso di direzione affidata a un professionista del SSR, la vicedirezione piuttosto che il coordinamento delle funzioni di didattica e ricerca venga affidata a un professionista universitario (e viceversa).

Si tratta, in entrambi i casi, di scelte che tentano di ponderare l'equilibrio tra le responsabilità organizzative in capo all'azienda in senso stretto e quelle preposte alla facoltà di medicina e chirurgia.

Gli organi del DAI sono tipicamente il direttore, il Comitato direttivo (o Giunta) e il Consiglio.

Il ruolo del direttore di DAI è, a parere di chi scrive, largamente condizionato dalle scelte di aggregazione delle unità operative complesse e dal clima più o meno collaborativo tra i professionisti. Infatti, è stato possibile rintracciare le seguenti fattispecie:

- a. il direttore fa il *manager* della sommatoria delle strutture complesse, assicurando mezzi e attrezzature, definendo priorità per l'allocazione delle risorse, negoziando budget, piani di attività e programmazione del fabbisogno di personale (in sei casi);
- b. il direttore è una sorta di *knowledge transfer coordinator* nella misura in cui si occupa dello sviluppo e del mantenimento delle conoscenze e individua i fabbisogni di formazione non solo professionali ma anche organizzativi (1 caso su 13). Per la restante parte del campione non è possibile esplicitare una specificità di ruolo.

La direzione del DAI è supportata sostanzialmente dal Comitato di dipartimento che può avere una duplice funzione: *valida e integra* le proposte della direzione piuttosto che *decide* direttamente su: budget, organizzazione del lavoro interna al

dipartimento, fabbisogno di formazione, richiesta di ruoli da docente universitario, attivazione di specifici programmi di ricerca, avvio di iniziative di coordinamento con il territorio ecc. Le possibilità di agire la prima piuttosto che la seconda opzione derivano largamente dal ruolo formalmente attribuito al direttore e la leadership che esercita, oltre che dalla numerosità dei partecipanti al Comitato stesso (maggiore è la sua composizione, più difficile è qualsivoglia attività decisionale e più agevole è il suo funzionamento come «camera di compensazione» per la gestione del consenso).

Il Consiglio è composto dalla rappresentanza di tutti i livelli di responsabilità presenti all'interno del DAI e la sua numerosità condiziona le sue modalità di funzionamento. In 5 casi su 13 gli organi del DAI sono ricondotti al direttore e al Comitato e non sempre questa scelta è motivata dal fatto che il numero medio dei livelli di responsabilità è relativamente basso; così come in tre casi si è osservato che l'unico organo del DAI fosse il direttore, conferendogli così, in linea di principio, un grosso potere decisionale.

Il coordinamento tra DAI passa sostanzialmente attraverso i cosiddetti programmi/progetti interdipartimentali che, come previsto dal D.lgs. 517/1999, vengono riconosciuti in tutte le 13 aziende ai professori di prima fascia che non hanno avuto accesso a un incarico di struttura complessa o semplice.

12.5 Considerazioni conclusive e sviluppi della ricerca

Le evidenze scaturenti da questo lavoro, pur limitate dall'ampiezza del campione di AA analizzati, dalle cautele necessarie all'interpretazione di indicatori quantitativi su realtà complesse come le AOU, e dalla possibilità di investigare solo alcuni aspetti del funzionamento e della *governance* degli ospedali pubblici di insegnamento, permettono alcune riflessioni di sintesi come contributo al dibattito in atto sul futuro di queste organizzazioni:

1. L'analisi degli indicatori di attività mostra come sia difficile, se non impensabile, posizionare le AOU solo come un secondo (o terzo/quarto, a seconda della scala usata) livello di cura e assistenza. Si conferma, dal PM in particolare, che le AOU sono spesso il primo punto di riferimento della popolazione, e quindi in esse devono convivere più ospedali: quello di prima risposta alla domanda di salute della collettività, quello dell'urgenza, quello elettivo di nicchia e alta specializzazione. Inoltre, tale posizionamento esteso è coerente con i bisogni dell'insegnamento molto significativi in queste strutture. Se questa è la diagnosi, affrontare il problema presumibilmente richiede degli interventi sulla macchina organizzativa, che deve essere ripensata per supportare in maniera diversa i livelli di cura e assistenza che convivono internamente. Ciò implica un possibile percorso di riorganizzazione attorno a tali livelli, sia all'interno di ciascun dipartimento che per l'intera struttura, al fine di distribuire e utilizzare nel modo più efficiente e appro-

- priato le risorse tecnologiche e logistiche e sfruttare al massimo delle potenzialità il capitale intellettuale, ossia il know-how dei professionisti;
2. le uniche strutture che per complessità della casistica e produzione scientifica sembrano già posizionarsi chiaramente su un secondo livello sono gli IRCCS. Per loro si pone la necessità di rafforzare lo stretto legame che appare già esistere tra l'assistenza e la ricerca; di conseguenza la didattica potrebbe essere circoscritta solo ad alcuni campi di sapere praticati e studiati nella struttura e dovrebbe pertanto appoggiarsi ad altri ospedali per il completamento degli iter di specializzazione. Sempre per gli IRCCS si apre la possibilità di ripensarsi come struttura di *second referral* elettiva, ovvero luogo dove per lo più sono ammessi e curati pazienti inviati da altri ospedali o perché arruolabili in un protocollo di ricerca sperimentale o perché con problemi affrontabili solo con le competenze disponibili nell'IRCCS;
 3. in linea generale, tranne che per gli IRCCS, i dati dimostrano come nel processo di integrazione tra le tre funzioni la perdente risulti essere inequivocabilmente la ricerca. I motivi possono essere diversi, certamente vi è comunque il problema di gestire – e quindi ripensare – sentieri di carriera e meccanismi gestionali che sono esclusivamente centrati sull'assistenza;
 4. premessa per qualsiasi ripensamento del posizionamento competitivo e dell'assetto organizzativo è la presenza di un sistema di *governance* efficace. Sebbene in questo lavoro non si sia indagata la «funzionalità» dei sistemi di *governance* a oggi adottati dalle AOU, quanto l'impostazione che essi hanno assunto, i risultati tuttavia consentono alcune deduzioni:
 - ◀ la varietà delle soluzioni adottate, certamente condizionata e giustamente elaborata tenendo conto della storia pregressa dell'organizzazione, può anche leggersi come un sintomo dell'esistenza di equilibri diversi che spesso finiscono per condizionare il funzionamento del sistema di *governance*. Tale varietà rende necessario un approfondimento per capire come funzionino nella pratica i sistemi progettati, quale ruolo assume l'Organo di indirizzo, se l'eventuale Commissione paritetica produca sinergie o complichi i processi decisionali, come lavora il collegio di direzione ecc.;
 - ◀ anche la parzialità e i tempi molto lunghi che sono stati necessari per «partorire» le soluzioni sui sistemi di *governance* inducono a pensare che tali soluzioni, più che il frutto di un ragionamento aziendale centrato sulle esigenze di unitarietà e coordinamento decisionale, siano il risultato di un compromesso di potere, e in quanto tale a forte rischio di inefficacia organizzativa;
 5. volendo ricostruire un percorso logico di sviluppo del proprio sistema di *governance*, molte aziende sembrano in mezzo al guado. Dagli AA si desume che poche hanno intrapreso un percorso strutturato di azione sui tre passaggi chiave:
 - ◀ condivisione dell'orientamento strategico di fondo dell'organizzazione;
 - ◀ condivisione dei meccanismi-organi per assicurare la *governance* aziendale;
 - ◀ sviluppo dei sistemi di gestione a controllo-rinforzo dei meccanismi di *governance*.

Solo alcune hanno avviato un processo di condivisione delle premesse strategiche su cui fondare il cambiamento; tutte hanno individuato assetti di *governance* che però sembrano per lo più il risultato di pressioni di isomorfismo istituzionale, di adempimento ai doveri normativi; quasi nessuna ha ancora agito sui meccanismi gestionali;

6. la precedente analisi si rivela ancora più illuminante quando si osserva il percorso di introduzione dei DAI. In molti casi i DAI sembrano progettati a partire dagli equilibri professionali; non tengono conto dei bisogni di integrazione nell'assistenza, nella ricerca o nella didattica; e sono chiaramente il portato di un sistema che continua a «strumentalizzare» le strutture organizzative quale meccanismo principale di gestione e carriera del personale. L'attribuzione di responsabilità organizzative, quale componente fondamentale dello stipendio del professionista in assenza di un equivalente a livello di responsabilità professionali, e quale eredità di un modello culturale chiaramente ispirato al «primariato», continua a condizionare fortemente le scelte organizzative;
7. alcune aziende tuttavia stanno mostrando percorsi di sviluppo innovativi, a partire dalla progettazione di DAI individuati sull'analisi dei bisogni di integrazione e rafforzati come livello intermedio gestionale dall'affiancamento al direttore del dipartimento di una squadra direzionale robusta dedicata. Sarà interessante osservare a distanza di qualche anno gli effetti e i risultati di queste riorganizzazioni.

I limiti, già richiamati, di questo lavoro impongono estrema cautela nel generalizzare i risultati e le conclusioni dedotte e sopra discusse. Così come è evidente che il cambiamento di sistemi complessi quali le strutture ospedaliero-universitarie richiede dei tempi e dei modi necessariamente diversi dal resto del sistema sanitario. Tuttavia, sono ormai trascorsi quindici anni da quando il SSN ha avviato la fase di sviluppo manageriale e quasi otto anni da quando si sono poste le premesse normative per modernizzare le AOU: è quindi tempo di avviare un'azione seria di cambiamento che superi visioni demagogiche e interessi particolari. In questa prospettiva, i dati, i risultati e le riflessioni scaturenti da questo lavoro sono la premessa per intensificare la conoscenza delle AOU e di quali sono i sistemi di *governance*, gli assetti organizzativi e i sistemi operativi che meglio supportano e producono il cambiamento atteso. Dovranno, quindi, seguire approfondimenti a livello nazionale e comparazioni internazionali per definire cosa sappiamo, cosa dovremmo sapere e cosa dovremo studiare delle AOU per contribuire al loro – ci auguriamo prossimo – sviluppo manageriale.

Bibliografia

- Achard P.O., Cicchetti A., Profili S. (2000), «La formazione delle strategie nelle aziende sanitarie», in F. Fontana, G. Lorenzoni (a cura di), *L'architettura strategica delle aziende sanitarie: un'analisi empirica*, Milano, Angeli.

- Blumenthal D, Campbell E.G., Weissman J.S. (1997), «The Social Missions of Academic Health Centers», *New England Journal of Medicine*, vol. 337, pp. 1550-1553.
- Borgonovi E. (2005), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M. (2001), *Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche: economicità, controllo e valutazione dei risultati*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M. (2003), «Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica», *Mecosan*, n. 46, pp. 9-24.
- Freidson E. (2001), *Professionalism, the Third Logic: On the Practice of Knowledge*, Chicago, University of Chicago Press.
- Gullotti A. (2000), «Il tramonto dei policlinici universitari ed il futuro della medicina», *S.i.t.i. Notizie*, n. 1.
- Guzzanti E. (2000), «L'organizzazione e la gestione dell'assistenza, della formazione e della ricerca», in G. Verme, G. Renga, E. Roda, G. Baraldi (a cura di), *I policlinici italiani e le aziende università-ospedale, atti del congresso del 14-15 aprile 2000*, MAF.
- Knowles J.H. (1965), *The Balanced Biology of the Teaching Hospital*, Cambridge, Harvard University Press.
- Lega F., Verme G. (2003), «L'ospedale polispecialistico tra presente e futuro. Assetto istituzionale, organizzativo e gestionale», *Mecosan*, n. 45.
- Lega F. (2006), «Vincere la resilienza al cambiamento: segnali dal campo su come le aziende sanitarie stanno affrontando le sfide dell'innovazione strategica ed organizzativa», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Milano, Egea.
- Meloni F., Filigheddu E., Sequi R., Sorrentino G. (1999), «I policlinici universitari: vere aziende, semiazienze o aziende virtuali», *Mecosan*, n. 30, pp. 65-73.
- Mintzberg H. (1979), *The Structuring of Organizations*, Englewood Cliffs, Prentice Hall (trad. it.: *Le strutture organizzative*, Bologna, Il Mulino, 1985).
- Mintzberg H. (1983), *Structuring in Fives: Designing Effective Organization*, Englewood Cliffs, Prentice Hall.
- Ouchi W.G. (1984), *The M-Form Society: How American Teamwork Can Recapture the Competitive Edge*, Reading, Addison-Wesley.
- Pesci P., Zanetti M., Fantini M.P., Roversi E., Merlin M., Santi M. (1999), «Costi, attività e finanziamento degli ospedali di insegnamento in Emilia Romagna», *Mecosan*, n. 32, pp. 65-74.
- Zanetti M., Fantini M.P., Montaguti U., Barbieri L. (1998), «L'ospedale di insegnamento, accessorio di lusso o valore sociale?», *Forum 8.1*, pp. 25-37.