

**Collana CERGAS**

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

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

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

Ogni anno, l'attività di ricerca di OASI viene raccolta in un Rapporto Annuale. Il Rapporto 2005:

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

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

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

ISBN 88-238-5057-6



9 788823 850576

€ 42,00

www.egeaonline.it

Rapporto OASI 2005

Anessi Pessina • Cantù

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

prefazione di Elio Borgonovi  
e Francesco Longo

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

**Egea**

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

di Eugenio Anessi Pessina

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

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

Il rinnovamento dei sistemi sanitari resta un importante oggetto di dibattito politico e scientifico, a livello nazionale e internazionale. Continua, infatti, la ricerca di soluzioni che soddisfino finalità almeno in parte contraddittorie: efficacia e qualità, efficienza e contenimento dei costi, equità, libertà di scelta.

Nel sistema sanitario italiano, così come tipicamente nell'intero sistema pubblico, il dibattito finisce però spesso per concentrarsi su aspetti di principio, sui presunti punti di forza e di debolezza di alternativi modelli «ideali» o comunque di alternative formule e architetture istituzionali, senza un adeguato monitoraggio delle riforme. Al contrario, con l'istituzione e lo sviluppo di OASI (Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane), il CERGAS dell'Università Bocconi ha voluto confermarsi quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in atto nella sanità italiana, prendendo spunto da due presupposti:

- che sia necessario spostare l'attenzione dal piano delle «ricette» a quello dell'osservazione della realtà e, in particolare, al piano dei risultati effettivi e concreti che le «ricette» di volta in volta formulate o rivisitate sono in grado di produrre;
- che la responsabilità di un centro di ricerca sia di immettere nel sistema e nel dibattito politico, istituzionale e sociale dosi massicce di conoscenze per incidere sulle tre determinanti del cambiamento: sapere, volere e potere.

Al riguardo va ricordato che il sistema sanitario può essere legittimamente indagato secondo diversi approcci: clinico, giuridico, politico, sociologico, economi-

co generale, economico aziendale ecc. Pur nel pieno rigore metodologico, ogni approccio applica al sistema sanitario i propri «schemi concettuali» e le proprie «chiavi di lettura», il che «porta ad analisi e interpretazioni della realtà che danno rilievo a differenti elementi che la caratterizzano» (Borgonovi 1984, p. 6). Come premessa metodologica di fondo, OASI indaga il sistema sanitario secondo l'approccio economico-aziendale.

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

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

#### Riquadro 1.1 II Network OASI

##### Obiettivi

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

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

##### Modalità di lavoro

- Raccolta strutturata dei documenti più significativi prodotti dalle Regioni e dalle aziende; loro sistematizzazione e diffusione presso OASI e presso il Centro Documentazione IPAS-CERGAS.

### Riquadro 1.1 (segue)

---

- Collaborazione con i ricercatori del CERGAS per la predisposizione di articoli da sottoporre a Mecosan, prevalentemente nella sezione «esperienze innovative».
  - Libero accesso al Centro Documentazione IPAS-CERGAS (compresa la sezione dedicata al «materiale istituzionale») e ai relativi servizi di consulenza bibliografica.
  - Accesso all'area riservata del sito OASI ([www.networkoasi.cergas.info](http://www.networkoasi.cergas.info)), con condivisione di documenti istituzionali, presentazione di esperienze aziendali innovative, partecipazione a dibattiti su temi di particolare attualità o interesse, servizio di spoglio riviste, diffusione di informazioni su opportunità di lavoro.
  - Partecipazione agli incontri del Club degli Staff (cfr. Riquadro 1.2).
  - Organizzazione di convegni, presentazione di relazioni, diffusione di informazioni sui convegni stessi.
  - Testimonianze nei corsi della SDA e dell'Università Bocconi.
  - Collaborazione alla redazione dei rapporti di ricerca dell'Osservatorio, anche attraverso un supporto nel reperimento e nell'interpretazione della documentazione istituzionale prodotta dalla propria azienda o Regione.
- 

### Riquadro 1.2 Il Club degli Staff di Gestione delle Aziende Sanitarie Italiane

---

#### Obiettivi

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

#### Partecipanti

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

#### Modalità di lavoro

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

#### Calendario

##### *Incontri 1998*

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

---

## Riquadro 1.2 (segue)

*Incontri 1999*

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

*Incontri 2000*

- 3 marzo Medici di medicina generale e strumenti di programmazione e controllo.  
 26 maggio Libera professione e funzione di marketing.  
 29 settembre L'atto aziendale.  
 1° dicembre Contratti interaziendali di fornitura con il pubblico e con il privato.

*Incontri 2001*

- 2 marzo Evoluzione dei sistemi di controllo direzionale, con specifico riferimento alle attività territoriali.  
 25 maggio Politiche di gestione del personale: valutazione dei dirigenti e carriere professionali.  
 28 settembre Information technology e Internet: strumenti di comunicazione, di marketing e di e-procurement.  
 30 novembre Evoluzione dei sistemi di contabilità analitica: dalla contabilità per struttura alla contabilità per prestazione.

*Incontri 2002*

- 15 marzo L'organizzazione dipartimentale nelle strutture ospedaliere.  
 23 maggio Appropriata ed economicità: modelli di programmazione e controllo a confronto (con Regione Emilia Romagna e ASL bolognesi).  
 6 dicembre Forme innovative di gestione dei servizi.

*Incontri 2003*

- 7 marzo I sistemi informativi integrati (ERP).  
 23 maggio Il collegamento tra i sistemi di P&C e di gestione del personale.  
 3 ottobre La pianificazione strategica.  
 5 dicembre Budget dei MMG e governo dell'assistenza farmaceutica.

*Incontri 2004*

- 5 marzo Quali indicatori per esprimere gli obiettivi di budget delle diverse aree assistenziali e dei diversi livelli organizzativi?  
 28 maggio La riorganizzazione dei servizi amministrativi.  
 8 ottobre Il finanziamento degli investimenti in sanità: il *project finance*.  
 3 dicembre Struttura e processo del sistema di reporting per i diversi livelli aziendali.

*Incontri 2005*

- 4 marzo Il PDTA (percorso diagnostico terapeutico e assistenziale): lo strumento e la sua applicazione in azienda  
 27 maggio Il sistema dei controlli nelle aziende sanitarie: i controlli esterni e i controlli interni  
 7 ottobre I sistemi di programmazione e controllo per il territorio  
 2 dicembre Lo stato di maturità dei sistemi di contabilità analitica

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

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

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

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

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

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

- un rapporto annuale, che presenta un'analisi dei sistemi sanitari nazionale e regionali, fornendo dati quantitativi, indicazioni qualitative e di tendenza (Riquadro 1.3). In ogni rapporto annuale alcuni capitoli approfondiscono *ex novo* temi giudicati di particolare rilevanza e attualità, mentre altri propongono riflessioni e aggiornamenti su temi già approfonditi in rapporti precedenti;

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

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

### Riquadro 1.3 I rapporti annuali

---

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

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

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

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

**2003** *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, a cura di Eugenio Anessi Pessina ed Elena Cantù, Milano, Egea, 2003 (Executive summary pubblicato come: E. Anessi Pessina ed E. Cantù, 2004, «Regionalizzazione e aziendalizzazione del SSN nel rapporto OASI 2003», *Tendenze nuove*, 3: 259-72).

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

**2005** *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2005*, a cura di Eugenio Anessi Pessina ed Elena Cantù, Milano, Egea, 2005.

---

### Riquadro 1.4 I rapporti tematici

---

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

**1999** I meccanismi regionali di finanziamento delle aziende sanitarie (in collaborazione con Farminindustria) – Sintesi pubblicata come C. Jommi, E. Cantù, E. Anessi Pessina (2001), «New Funding Arrangements in the Italian National Health Service», *International Journal of Health Planning and Management*, 16 (4): 347-68.

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

---

#### Riquadro 1.4 (segue)

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

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

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

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

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

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

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

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

## 1.2 Il modello di analisi

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

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

OASI si propone quindi di analizzare le scelte adottate dalle singole aziende sani-



tarie e i loro riflessi sulla funzionalità delle aziende stesse, dove per funzionalità si intende il rapporto (logico prima ancora che operativo) tra qualità e quantità delle risorse utilizzate e qualità e quantità dei risultati prodotti, espressi in termini di grado di raggiungimento delle finalità istituzionali.

A questo scopo è necessario individuare analiticamente le variabili che determinano il grado di funzionalità di una qualsiasi azienda e, più in particolare, di un'azienda sanitaria. Le variabili da analizzare sono rappresentate schematicamente nella Fig. 1.1.

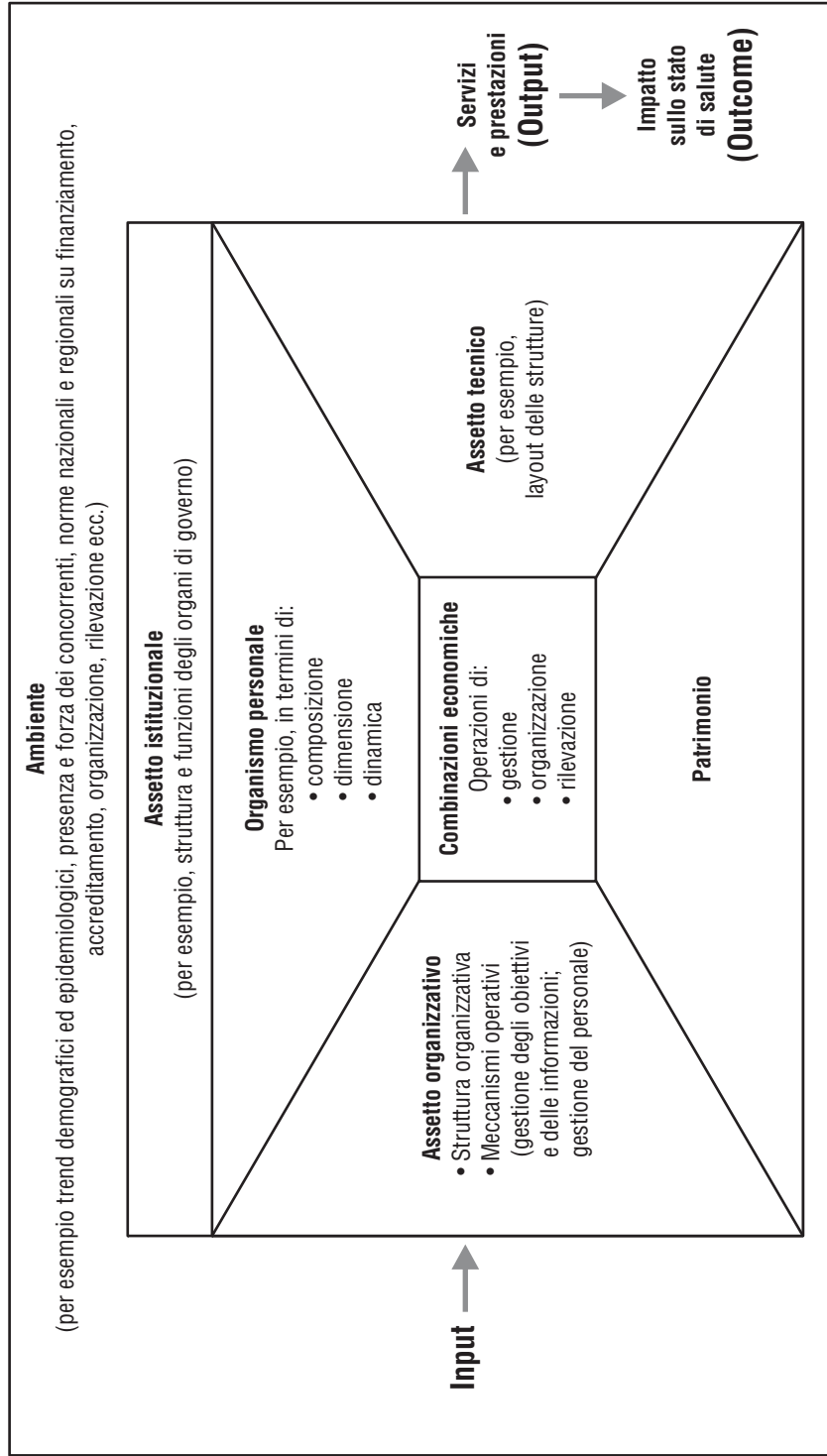
Di seguito si presentano brevemente i diversi elementi.

L'*assetto istituzionale* è definito dai soggetti nell'interesse dei quali l'azienda nasce e opera (i cosiddetti *portatori di interessi istituzionali*); dai contributi dei diversi soggetti all'attività dell'azienda; dalle correlate aspettative nei confronti dell'azienda stessa; dalle modalità di partecipazione dei diversi soggetti al governo dell'azienda; dalle strutture e dai meccanismi di governo dell'azienda stessa. Nell'impostazione qui accolta, per le aziende sanitarie pubbliche i portatori di interessi istituzionali sono le persone che compongono la collettività di riferimento e le persone che prestano il proprio lavoro all'interno dell'azienda. La collettività di riferimento, in particolare, contribuisce all'attività dell'azienda prevalentemente attraverso il prelievo tributario. Le sue aspettative riguardano in primo luogo la disponibilità di adeguati servizi sanitari, ma non di rado si estendono ad altri aspetti (per esempio la tutela dei livelli occupazionali). La sua partecipazione al governo dell'azienda si esplica tipicamente attraverso la rappresentanza politica: prevalentemente a livello di comune nell'architettura originale del SSN, essenzialmente a livello di Regione dopo il D.lgs. 502/1992.

Nell'architettura originale del SSN, infine, le principali strutture di governo erano rappresentate dall'Assemblea generale e dal Comitato di gestione, poi sostituite (attraverso varie fasi) dall'organo monocratico di Direzione Generale e oggi nuovamente in fase di revisione sia per una sorta di «riflesso condizionato», tipico della Pubblica Amministrazione, che vede nelle riforme istituzionali la risposta per eccellenza a tutti i problemi di funzionamento, sia per la volontà di rafforzare il ruolo di portatori di interessi diversi dalla collettività regionale (principalmente i professionisti e le collettività locali). Regole particolari (anch'esse tra l'altro in evoluzione) disciplinano l'assetto istituzionale delle strutture «equiparate», tra cui i Policlinici universitari a gestione diretta e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

Il riferimento a Regioni e comuni richiama il tema delle *relazioni di natura istituzionale* con altre aziende. Queste relazioni caratterizzano in modo significativo l'assetto istituzionale delle aziende sanitarie pubbliche. Le riforme introdotte dal D.lgs. 502/1992, in particolare, hanno ridefinito i Servizi Sanitari Regionali come gruppi di aziende (sanitarie locali e ospedaliere) guidate dalla Regione: di qui il frequente riferimento alla Regione come «capogruppo» o «holding».

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



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

In realtà, tuttavia, sia il ruolo effettivamente svolto dalla Regione, sia quello che la Regione stessa si propone di assumere non sono sempre coerenti con la figura della «holding» in senso stretto, ossia di soggetto che governa il SSR attraverso gli strumenti diretti di indirizzo e controllo tipici della «proprietà».

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

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

L'*assetto organizzativo* comprende sia la struttura organizzativa, ossia «la configurazione unitaria e coordinata degli organi aziendali e degli insiemi di compiti e responsabilità loro assegnati» (Airoldi, Brunetti e Coda 1994, p. 464), sia i meccanismi o sistemi operativi, ossia «un vasto insieme di regole, di procedure e di programmi che, complementariamente alla struttura organizzativa, guidano il comportamento delle persone che svolgono le combinazioni economiche aziendali» (Airoldi, Brunetti e Coda 1994, p. 485). Tra i sistemi operativi si distinguono quelli di gestione degli obiettivi e delle informazioni (pianificazione strategica, programmazione e controllo, sistema informativo) e quelli di gestione del personale (ricerca, selezione, accoglimento e inserimento del personale; dimensionamento degli organici; addestramento e formazione; carriera e valutazione del potenziale; retribuzione e valutazione delle mansioni e delle

prestazioni). Si noti peraltro che il confine tra assetto istituzionale e assetto organizzativo è tutt'altro che netto (Airoldi 1996, p. 375); che nelle aziende pubbliche gli assetti istituzionali si caratterizzano per un'elevata «pervasività» (Del Vecchio 2001, p. 35); che in particolare le scelte relative alla struttura organizzativa acquisiscono spesso nel settore pubblico una forte connotazione istituzionale perché contribuiscono a definire e comunicare obiettivi da perseguire e interessi da tutelare.

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

L'*organismo personale* è l'insieme delle persone che prestano il proprio lavoro all'interno dell'azienda. La teoria aziendale riconosce che il concetto di «organismo personale» può essere interpretato in modo più o meno ampio (Airoldi, Brunetti e Coda 1994, p. 455). Nel SSN questa precisazione appare particolarmente rilevante per i medici di medicina generale (MMG) e i pediatri di libera scelta (PLS) che, seppur non legati da contratti di lavoro dipendente, rappresentano una risorsa strategica per le aziende.

L'*assetto tecnico*, infine, è dato dalla configurazione fisico-tecnica dell'azienda, quindi dagli aspetti fisico-tecnici delle immobilizzazioni (fabbricati, impianti, attrezzature ecc.) e dei processi produttivi.

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

### 1.3 La struttura del Rapporto

La struttura del Rapporto ricalca la Fig. 1.1.

La prima parte («Il quadro di riferimento») fornisce alcune informazioni di sintesi sulla struttura del SSN, dei SSR e delle singole aziende, con approfondimenti sugli aspetti che non vengono compiutamente sviluppati nelle parti successive: in particolare l'assetto tecnico (configurazione fisico-tecnica delle aziende), l'organismo personale (in termini quali-quantitativi), le principali caratteristiche della rete di strutture e professionisti accreditati e convenzionati. Successivamente evi-

denzia i compiti fondamentali che spettano alla regione in quanto «capogruppo» del sistema regionale; sviluppa in particolare i temi del numero e caratteristiche delle aziende e della mobilità dei direttori generali delle aziende stesse; propone un quadro sintetico delle normative regionali che regolano l'assetto del SSR, l'eventuale istituzione di un'agenzia sanitaria regionale, il PSR in vigore o in corso di approvazione, l'atto aziendale, l'organizzazione delle aziende, la loro contabilità. Infine analizza gli *input*, gli *output* (limitatamente all'attività ospedaliera, nell'attesa che la revisione del Sistema Informativo Sanitario produca dati attendibili anche sulle attività territoriali) e gli *outcome* delle aziende sanitarie in termini quantitativi (per esempio tipologie, volumi, indicatori di qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate, stato di salute della popolazione italiana) e monetari (spesa, finanziamento, disavanzo), proponendo anche alcuni confronti internazionali. Nel quadro della progressiva (ma tuttora incompiuta) responsabilizzazione finanziaria delle regioni, grande attenzione viene dedicata alle misure regionali di copertura dei disavanzi.

La seconda parte («I sistemi sanitari regionali») interpreta gli indirizzi e le scelte regionali come fondamentali variabili ambientali che condizionano le decisioni aziendali e che hanno acquisito ulteriore rilevanza con l'assunzione, da parte di numerose Regioni, dell'effettivo ruolo di «capogruppo». Il cap. 5 analizza i piani sanitari regionali, con particolare riferimento alle indicazioni offerte in merito alla valutazione delle aziende e dei direttori generali. Da un lato, infatti, i PSR sono diventati il principale strumento con cui le Regioni esplicitano la propria visione del SSR e gli assetti istituzionali scelti per perseguire tale visione; dall'altro le performance delle aziende e dei SSR nel loro complesso sono strettamente correlate alle caratteristiche e ai comportamenti dei DG. Il cap. 6 propone invece un'analisi delle indicazioni contenute nelle leggi regionali di organizzazione e di nuovo nei PSR in merito all'assetto organizzativo delle aziende. Come nel *Rapporto 2004* vengono poi proposti due capitoli dedicati rispettivamente all'analisi dei bilanci consolidati dei SSR (cap. 7) e alle scelte regionali di governo della medicina generale (cap. 8); quest'anno l'analisi di bilancio viene però integrata da alcuni dati e considerazioni sui risultati economici delle singole aziende, mentre le scelte di governo della medicina generale vengono rilette alla luce del nuovo accordo collettivo nazionale.

Le successive tre parti sono dedicate più specificamente alle aziende. La terza parte («Gli assetti istituzionali») propone due capitoli con cui il *Rapporto OASI* inizia a indagare le nuove tipologie di aziende scaturite dai recenti processi di riassetto istituzionale: in particolare vengono analizzate l'ASUR marchigiana (cap. 9) e le fondazioni lombarde (cap. 10).

Nella quarta parte («L'organizzazione»), il capitolo tradizionalmente dedicato alle strutture organizzative (cap. 11) torna sul tema dei dipartimenti per evidenziarne un fattore critico di successo, ossia l'introduzione di «ruoli di integrazione»; il capitolo dedicato alla gestione del personale (cap. 14) affronta il tema del lavoro interinale degli infermieri; il capitolo dedicato alle funzioni

innovative si sofferma quest'anno sull'accreditamento e la certificazione della qualità (cap. 15). In questa parte si affrontano inoltre due temi ispirati alla rilettura dell'organizzazione per processi e particolarmente critici per la performance delle aziende sanitarie: da un lato l'interpretazione del concetto di «governo clinico» e gli strumenti in cui viene declinato (cap. 12), dall'altro la riorganizzazione dei servizi di supporto non sanitari (cap. 13). Viene infine proposto un capitolo sul ruolo delle farmacie ospedaliere (cap. 16) realizzato in collaborazione con lo European Observatory on Health Systems and Policies.

La quinta parte («La rilevazione») dedica come sempre ampio spazio ai sistemi di programmazione e controllo, che hanno costituito il punto di avvio del processo di aziendalizzazione e ne rappresentano tuttora una valida «cartina di tornasole». Il cap. 17 presenta quindi i risultati di una *survey* nazionale sul ruolo svolto dal Servizio Controllo di gestione; il cap. 18 ricorre a un'analisi comparata di casi per ricostruire la configurazione effettiva dei sistemi di programmazione e controllo per le cure primarie; il cap. 19 descrive l'introduzione di un sistema di contabilità analitica e di controllo incentrato sui LEA. Seguono due capitoli dedicati ai sistemi informativi, con particolare riferimento da un lato all'introduzione di sistemi ERP (cap. 20), dall'altro alla percezione della valenza strategica dei sistemi informativi direzionali da parte dell'alta direzione aziendale (cap. 21). Naturalmente tutto questo presuppone, come sempre, un'accezione «ampia» di rilevazione, che non vuole negare la forte valenza organizzativa né dei sistemi di pianificazione, programmazione e controllo, né dei sistemi informativi (che infatti, sotto la denominazione comune di «sistemi operativi di gestione degli obiettivi e delle informazioni», rappresentano una fondamentale classe di sistemi operativi). Sempre nella quinta parte trova infine collocazione un capitolo dedicato alla finanza e specificamente al leasing (cap. 22).

#### 1.4 I principali risultati

Come sempre, ogni capitolo del *Rapporto* propone le proprie specifiche conclusioni, mentre di seguito si riassume il quadro di insieme che ne deriva.

L'elemento favorevole che emerge con grande chiarezza dal *Rapporto* è l'elevato tasso di innovazione manageriale che continua a caratterizzare il SSN. Lo testimoniano per esempio l'introduzione con il nuovo accordo collettivo nazionale di nuovi modelli organizzativi per la medicina generale quali *équipes* territoriali e unità territoriali di assistenza primaria; la graduale estensione alla medicina generale di logiche e strumenti di programmazione e controllo; il crescente ricorso a soluzioni innovative per il reperimento delle risorse umane (lavoro interinale per il personale infermieristico), finanziarie e strumentali (leasing, fondazioni di partecipazione pubblico-privato); l'utilizzo di sistemi di valutazione esterna della qualità in aggiunta all'accREDITAMENTO istituzionale; la progressiva diffusione dei sistemi ERP e, più in generale, l'ampia diffusione di

sistemi informativi *ad hoc* per il supporto dell'attività direzionale; lo sviluppo di sistemi di contabilità analitica che vanno oltre il tradizionale calcolo dei costi per unità organizzativa; il fatto che i Servizi Controllo di gestione mostrino caratteristiche evolutive (per dimensioni, collocazione organizzativa, gamma delle attività svolte) in funzione della loro «anzianità».

In alcuni casi, anzi, le aziende tornano sui propri passi per correggere e consolidare soluzioni inizialmente progettate e/o realizzate in modo inefficace. Per esempio, il modello dipartimentale viene rafforzato tramite l'introduzione di «ruoli di integrazione»; alcune aziende dopo aver inizialmente sottovalutato le implicazioni organizzative dei sistemi ERP stanno intervenendo sui processi organizzativi; la riorganizzazione e razionalizzazione dei servizi sanitari inizia a essere accompagnata da quella dei servizi di supporto non sanitari. La manifestazione più evidente di questo ripensamento è però rappresentata dal governo clinico e in particolare dal suo utilizzo per ricucire il rapporto tra manager e professionisti. Il governo clinico non propone infatti un portafoglio di strumenti del tutto estranei ai sistemi operativi finora adottati dalle aziende sanitarie (per esempio *budgeting* e *reporting*), ma rilegge e arricchisce tali strumenti in un'ottica più strettamente sanitaria (per esempio introducendo indicatori di qualità clinica), proponendo così un nuovo e diverso equilibrio tra obiettivi di efficacia e appropriatezza e obiettivi di efficienza ed equilibrio economico. Questo può facilitare il superamento di alcune resistenze all'introduzione di logiche manageriali da parte dei professionisti. In realtà da sempre il concetto di «aziendalizzazione» presuppone un equilibrio tra obiettivi di efficacia e di efficienza, ma così non era percepito dai professionisti e talvolta nemmeno praticato dalle aziende.

Anche dalle Regioni arrivano alcuni segnali positivi: la rinnovata attenzione alla programmazione, la consapevolezza dell'importanza della valutazione delle performance, la promozione dell'innovazione organizzativa nelle aziende.

Naturalmente il tasso di innovazione è diverso tra le Regioni e anche tra le aziende di una stessa Regione.

L'eterogeneità interaziendale è sempre più evidente anche dove inaspettata (per esempio negli approcci al governo clinico, nell'attuazione delle indicazioni regionali sull'istituzione delle fondazioni, nei risultati economici). È però significativo che i capitoli del *Rapporto* basati sullo studio di casi presentino le esperienze innovative di un'ampia gamma di aziende.

Il vero problema resta la consapevolezza e la ragionevolezza delle finalità che con l'innovazione manageriale si vogliono raggiungere. Qui il quadro non è totalmente negativo, ma certo più variegato. L'introduzione nei dipartimenti di «ruoli di integrazione» sembra effettivamente finalizzata a far funzionare il nuovo assetto organizzativo, a passare da un'introduzione solo formale a un'affermazione sostanziale. L'evoluzione dei Servizi Controllo di gestione sembra testimoniare la solidità e la rilevanza che la funzione riesce a conquistare nel tempo. Per i sistemi ERP, buona parte delle aziende sanitarie sembra aver com-

preso che l'introduzione di tali sistemi non va vista come soluzione software sofisticata per sostituire un sistema informativo dell'area amministrativo-contabile sostanzialmente obsoleto, bensì come «leva» per supportare il cambiamento organizzativo predefinito dalla direzione aziendale. Già il ricorso al *leasing*, che pure è frutto di espliciti processi decisionali regionali e aziendali e sembra aver prodotto benefici effettivi, rappresenta spesso per le aziende una scelta di fatto obbligata. Gli affinamenti della contabilità analitica, pur apprezzabili sotto il profilo tecnico, sono spesso insufficientemente correlati a specifiche finalità aziendali e/o prevalentemente dettati dalle esigenze dei livelli istituzionali sovraordinati. L'architettura dell'area amministrativa continua a riflettere fattori esogeni (imposti dai livelli istituzionali superiori) ed endogeni (derivati dalle scelte storiche dell'azienda e/o dai ruoli delle persone) più che i principi della razionalità e della valorizzazione del personale. Il ricorso al lavoro interinale è spesso dominato da una logica elusiva (aggirare i vincoli nazionali e regionali sulle assunzioni) e/o contingente (tamponare le carenze di personale). I sistemi di valutazione esterna della qualità rischiano di concretizzarsi in un panorama ridondante e poco incisivo, con modelli che si propongono e sovrappongono in modi a volte confusi e a volte conflittuali, una funzione qualità spesso relegata al ruolo operativo di «assemblaggio» di pacchetti di documentazione relativa ai vari adempimenti, un coinvolgimento limitato della direzione aziendale, la tentazione forte a «passare oltre» senza aver dato tempo ai sistemi adottati di fornire effettive indicazioni sui propri punti di forza e di debolezza. L'analisi degli scostamenti tra l'impostazione formale dei sistemi di programmazione e controllo delle cure primarie e la percezione degli stessi da parte dei professionisti evidenzia come, laddove i sistemi appaiono più evoluti, non vi sia una chiara comprensione dei meccanismi operativi da parte della componente medica. Anche i nuovi modelli organizzativi previsti dall'accordo collettivo nazionale per la medicina generale sembrano rispondere a una pericolosa «logica del rilancio» nella quale, visto che soluzioni più semplici (per esempio, associazionismo medico) stentano a decollare, si propone l'introduzione di strumenti più avanzati. Lo stesso vale a livello regionale: per esempio l'attenzione alla valutazione non si traduce ancora in processi e strumenti adeguati.

Sempre sul versante delle criticità, va infine segnalato l'insufficiente grado di maturità e consolidamento che sembra spesso caratterizzare anche gli strumenti più spiccatamente tecnici, come testimoniato dalle profonde incongruenze tra bilanci aziendali e consolidati regionali.

Quanto alle altre linee di tendenza che emergevano l'anno scorso (ricerca dell'equilibrio economico-finanziario, differenziazione interregionale, accentramento regionale, ingegneria istituzionale), anch'esse trovano sostanziale conferma nel *Rapporto 2005*, ma con alcune integrazioni e precisazioni.

Le integrazioni riguardano le iniziative di ingegneria istituzionale, cui il *Rapporto 2005* dedica ampio spazio.

I casi analizzati confermano innanzi tutto che le iniziative di riassetto sono



dominate da logiche collaborative e di rete, per la ricerca di economie di scala (soprattutto sul versante amministrativo) e di sinergie tra unità progressivamente specializzatesi e quindi potenzialmente complementari (soprattutto sul versante clinico).

Un aspetto più inatteso, ma coerente con l'elevato tasso di innovazione manageriale e di differenziazione interaziendale sopra segnalato, è rappresentato dall'eterogeneità delle soluzioni istituzionali, pur in presenza di indicazioni regionali comuni. Anche le configurazioni istituzionali, in altri termini, iniziano a essere governate dalle singole aziende in funzione delle proprie necessità, anziché subite per decisione dei livelli istituzionali superiori.

I casi confermano la rilevanza degli Enti Locali, ma con manifestazioni molto diverse: le fondazioni nascono per prevalente iniziativa delle comunità locali; le indicazioni regionali in tema di assetti organizzativi (che, come già segnalato, assumono una forte connotazione istituzionale) affermano la funzione di committenza dei distretti, quindi il loro collegamento con gli Enti Locali, tanto che in alcuni casi il ruolo del direttore di distretto rischia di diventare profondamente ambiguo (Dirigente di un'unità organizzativa dell'azienda? Membro della direzione generale attraverso la partecipazione al Comitato di direzione? Rappresentante degli *stakeholder* e quindi sovraordinato alla direzione generale? Controparte dell'azienda?); d'altra parte l'ASUR delle Marche nasce anche perché l'elevato numero di aziende sanitarie con forti relazioni politico-istituzionali sul territorio rendeva molto difficile il governo unitario del sistema. Il coinvolgimento degli Enti Locali dovrebbe favorire anche la ricerca di integrazione tra assistenza sanitaria e sociale, tra ospedale e territorio. Emerge però l'insanabile contraddizione tra il desiderio di recuperare un ruolo per gli Enti Locali e la responsabilità economico-finanziaria della Regione, che «paga e quindi vuole comandare».

Oltre alla rilevanza degli Enti Locali, alcuni dei casi analizzati evidenziano la volontà di ricercare forme di collaborazione con il privato, per coglierne gli aspetti positivi in termini gestionali, pur mantenendo un forte presidio pubblico delle strutture.

È infine incoraggiante che, come nel caso marchigiano, l'approvazione delle norme di istituzione dei nuovi soggetti venga accompagnata dalla definizione di piani e di soggetti specificamente deputati alla gestione del cambiamento.

Le precisazioni riguardano alcune linee di «controtendenza». Rispetto all'equilibrio economico-finanziario, per inerzia o per scelta il nostro paese ha comunque continuato a incrementare le risorse finanziarie dedicate alla sanità. Il finanziamento corrente del SSN (incluse le integrazioni regionali) ha registrato una crescita superiore sia a quanto previsto nell'Accordo Stato-Regioni del 2001, sia all'economia nel suo complesso, per cui l'incidenza sul PIL nel 2004 si è attestata al 6,4 per cento circa. La spesa pubblica è però cresciuta in misura ancora maggiore (7 per cento, contro una media del 3,7 per cento nel biennio 2002-2003), portando l'incidenza sul PIL al 6,6 per cento. Il disavanzo è così

passato da 1,7 a 3 miliardi di euro, portando a circa 10 miliardi di euro il disavanzo cumulato degli ultimi quattro anni che le Regioni dovranno ripianare (salvo nuovi interventi di copertura da parte dello Stato). Le Regioni che nel 2004 sono arrivate a una situazione di equilibrio economico-finanziario sono solo Lombardia, Veneto, Puglia e Calabria (oltre a Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Trento e Bolzano, che devono provvedere alla copertura dei propri disavanzi con quote interamente a carico dei bilanci regionali e sono quindi per definizione in pareggio).

Negli strumenti di gestione regionali e aziendali, inoltre, hanno riacquisito visibilità le dimensioni di performance diverse dall'equilibrio economico-finanziario. Del governo clinico si è già detto. Nei PSR la valutazione delle performance aziendali viene affrontata con prevalente riferimento a indicatori epidemiologici e di *outcome* (anche se questo può derivare semplicemente dalla natura «sanitaria» del Piano). Nelle aziende si ribadisce l'interesse verso l'introduzione di *balanced scorecard* che riflettano la multidimensionalità delle performance aziendali (anche se questo può semplicemente costituire una manifestazione della citata «logica del rilancio»). I sistemi di programmazione e controllo delle cure primarie che si stanno sviluppando sembrano basarsi su un sistema equilibrato di obiettivi, legati ai consumi di prestazioni, ma anche agli esiti e al grado di partecipazione a iniziative aziendali e di confronto tra pari.

Pur nel quadro dell'evidente accentramento regionale, inoltre, le aziende sembrano mantenere un elevato livello di autonomia nella definizione, per esempio, dei propri assetti organizzativi, dato che le linee guida regionali sull'organizzazione restano su un piano abbastanza generale. Il dato è particolarmente significativo perché lo «sblocco» della variabile organizzativa ha rappresentato uno dei passaggi chiave del processo di aziendalizzazione. Si è inoltre già citata la riaffermazione dell'autonomia aziendale nella definizione delle configurazioni istituzionali.

Analogamente, pur nel quadro dell'evidente differenziazione interregionale, cominciano a manifestarsi forti esigenze e richieste di maggiore omogeneità a livello nazionale. Nel *Rapporto 2001* si era segnalato come la regionalizzazione avesse «in alcuni casi comportato diseconomie di scala (per esempio con la moltiplicazione delle strutture di accreditamento) ed eterogeneità evitabili (per esempio in materia contabile)». Nel *Rapporto 2003* si era già registrata «una relativa convergenza [...] nella normativa contabile». Quest'anno la ricerca di convergenza emerge con chiarezza sui temi dell'accreditamento e della qualità, seppur tramite movimenti «dal basso» anziché iniziative istituzionali da parte di Stato e/o Regioni, quindi attraverso processi non governati da una visione di insieme su base nazionale.

A oggi, questi aspetti di «controtendenza» sembrano caratterizzarsi come aggiustamenti marginali più che come segnali di effettive inversioni di tendenza. Sarà però compito di OASI monitorarne l'evoluzione.

## Bibliografia

- Airoldi G. (1996), «Assetti istituzionali e assetti organizzativi», in G. Costa, R.C.D. Nacamulli (a cura di), *Manuale di organizzazione aziendale*, Torino, Utet.
- Airoldi G., Brunetti G., Coda V. (1994), *Economia aziendale*, Bologna, Il Mulino.
- Borgonovi E. (1984), «La pubblica amministrazione come sistema di aziende composte pubbliche», in E. Borgonovi (a cura di), *Introduzione all'economia delle amministrazioni pubbliche*, Milano, Giuffrè.
- Del Vecchio M. (2001), *Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche. Economicità, controllo e valutazione dei risultati*, Milano, Egea.
- Powell W., DiMaggio P. (1983), «The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields», *American Sociological Review*, n. 48, pp. 147-60.
- Yin R.K. (1994), *Case Study Research*, Thousand Oaks, Sage.