

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

di Eugenio Anessi Pessina ed Elena Cantù

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

Questa è la nona edizione del Rapporto OASI. Anche quest'anno, seppur più sinteticamente che in passato, il cap. 1 presenta gli obiettivi dell'Osservatorio e le premesse metodologiche che lo caratterizzano, per poi passare all'illustrazione specifica della struttura del Rapporto e dei principali risultati.

Il rinnovamento dei sistemi sanitari continua a essere un importante oggetto di dibattito politico e scientifico, a livello nazionale e internazionale. Continua, infatti, la ricerca di soluzioni che soddisfino finalità almeno in parte contraddittorie: efficacia e qualità, efficienza e contenimento dei costi, equità, libertà di scelta. Con l'istituzione e lo sviluppo dell'Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane (OASI), il CERGAS dell'Università Bocconi ha voluto confermarci quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in atto nella sanità italiana, prendendo spunto da due presupposti:

- ▶ Che il dibattito non possa limitarsi alle «ricette», agli aspetti di principio, ai presunti punti di forza e di debolezza di alternativi modelli «ideali» o comunque di alternative formule e architetture istituzionali, ma debba estendersi all'osservazione della realtà, ai risultati effettivi e concreti che le «ricette» di volta in volta formulate o rivisitate sono in grado di produrre.
- ▶ Che la responsabilità di un centro di ricerca sia di immettere nel sistema e nel dibattito politico, istituzionale e sociale dosi massicce di conoscenze per incidere sulle tre determinanti del cambiamento, sapere, volere e potere.

Rispetto al primo presupposto, il Rapporto di quest'anno si caratterizza per un particolare sforzo di utilizzo delle banche dati nazionali esistenti (per esempio il database SDO e il Conto Annuale del Personale della RGS). Si tratta di banche dati molto ricche e articolate, ma spesso sottoutilizzate. Il loro impiego, tra l'altro,

può contribuire significativamente al miglioramento della loro completezza e attendibilità: più i dati saranno usati per analisi e comparazioni, più aumenterà l'attenzione posta nelle fasi di progettazione e rilevazione e, in ultima analisi, maggiore sarà la loro qualità. Quanto al secondo presupposto, va segnalato il nuovo sito del CERGAS (www.cergas.unibocconi.it), completamente rinnovato nell'estate 2007 e arricchito, tra l'altro, da una sezione che presenta i principali dati del SSN e permette di accedere ai file di tutti i Rapporti OASI, organizzati sia per anno che per temi.

Come premessa metodologica di fondo, OASI indaga il sistema sanitario secondo l'approccio economico-aziendale. Si tratta di una precisazione doverosa perché il sistema sanitario può essere indagato secondo diversi approcci: clinico, giuridico, politico, sociologico, economico generale, economico aziendale ecc. Pur nel pieno rigore metodologico, ogni approccio applica al sistema sanitario i propri «schemi concettuali» e le proprie «chiavi di lettura», il che «porta ad analisi e interpretazioni della realtà che danno rilievo a differenti elementi che la caratterizzano» (Borgonovi 1984, p. 6).

Nell'attività di ricerca, OASI si avvale di diverse strategie e strumenti tra loro integrati (analisi documentale, studi di casi singoli e comparati, sistematizzazione e analisi quantitativa di dati, interviste e *survey* a diversi profili regionali e aziendali). Il tentativo, in particolare, è quello di combinare sistematicamente:

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

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

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

Queste considerazioni acquistano particolare significato nel sistema sanitario pubblico, dove frequenti sono i comportamenti «isomorfici» (Powell e Di Maggio 1983), di adesione solo formale a prescrizioni normative o a principi e soluzioni che riscuotono il consenso del contesto di riferimento (per esempio, l'ado-

zione 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.

1.2 Il modello di analisi

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

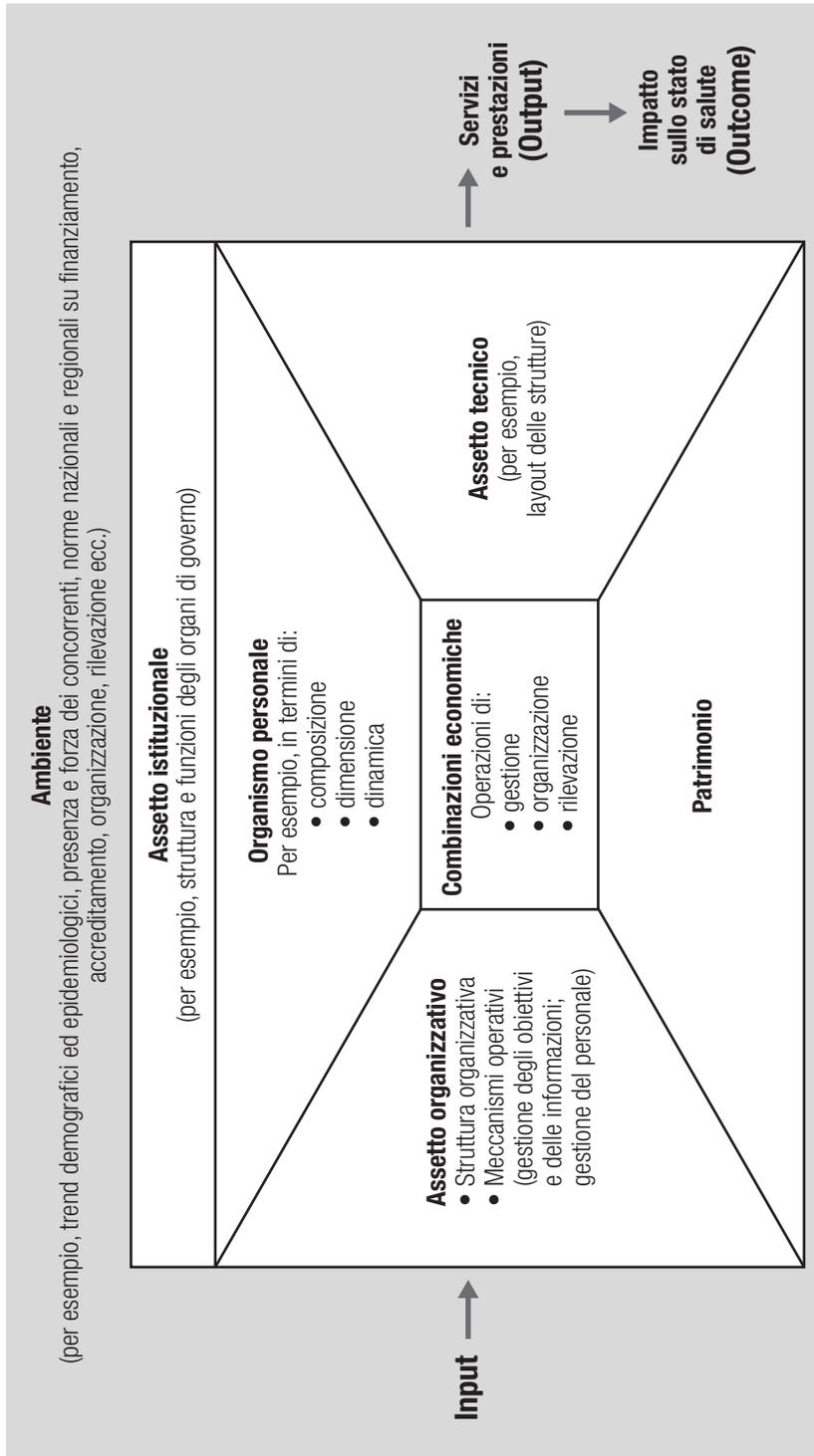
- ▶ dal punto di vista interpretativo, la funzionalità complessiva del sistema dipende dai livelli di funzionalità raggiunti da ciascuna azienda e dall'interazione tra le aziende stesse;
- ▶ dal punto di vista normativo, la funzionalità complessiva del sistema si può migliorare modificando le modalità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

OASI si propone quindi di analizzare le scelte adottate dalle singole aziende sanitarie e i loro riflessi sulla funzionalità delle aziende stesse, dove per funzionalità si intende il rapporto (logico prima ancora che operativo) tra qualità e quantità delle risorse utilizzate e qualità e quantità dei risultati prodotti, espressi in termini di grado di raggiungimento delle finalità istituzionali. A questo scopo è necessario individuare analiticamente le variabili che determinano il grado di funzionalità di una qualsiasi azienda e, più in particolare, di un'azienda sanitaria. Le variabili da analizzare sono rappresentate schematicamente nella Fig. 1.1.

Di seguito si presentano brevemente i diversi elementi.

L'*assetto istituzionale* identifica i soggetti primari e le regole del gioco fondamentali dell'azienda ed è definito come la configurazione dei soggetti nell'interesse dei quali l'azienda nasce e opera (i cosiddetti *portatori di interessi istituzionali*);

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



Fonte: adattamento da Airoldi, Brunetti e Coda (1994, p. 86)

dei contributi che tali soggetti forniscono all'azienda; delle correlate aspettative nei confronti dell'azienda stessa; delle modalità di partecipazione dei diversi soggetti al governo dell'azienda; delle strutture e dei meccanismi che regolano tale partecipazione. Nell'impostazione qui accolta, per le aziende sanitarie pubbliche i portatori di interessi istituzionali sono le persone che compongono la collettività di riferimento e le persone che prestano il proprio lavoro all'interno dell'azienda. La collettività di riferimento, in particolare, contribuisce all'attività dell'azienda prevalentemente attraverso il prelievo tributario. Le sue aspettative riguardano in primo luogo la disponibilità di adeguati servizi sanitari, ma non di rado si estendono ad altri aspetti (per esempio la tutela dei livelli occupazionali). La sua partecipazione al governo dell'azienda si esplica tipicamente attraverso la rappresentanza politica: prevalentemente a livello di comune nell'architettura originale del SSN, essenzialmente a livello di regione dopo il D.lgs. 502/1992. Infine, nell'architettura originale del SSN, le principali strutture di governo erano rappresentate dall'assemblea generale e dal comitato di gestione, poi sostituite (attraverso varie fasi) dall'organo monocratico di direzione generale e oggi nuovamente in fase di revisione. Regole particolari (anch'esse in forte evoluzione) disciplinano l'assetto istituzionale delle strutture «equiparate», tra cui i Policlinici e gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS).

Il riferimento a regioni e comuni richiama il tema delle *relazioni di natura istituzionale* con altre aziende. Queste relazioni caratterizzano in modo significativo l'assetto istituzionale delle aziende sanitarie pubbliche. Le riforme introdotte dal D.lgs. 502/1992, in particolare, hanno ridefinito i Servizi Sanitari Regionali (SSR) come gruppi di aziende (sanitarie locali e ospedaliere) guidate dalla regione: di qui il frequente riferimento alla regione come «capogruppo» o «holding». In realtà, sia il ruolo effettivamente svolto dalla regione, sia quello che la regione stessa si propone di assumere non sono sempre coerenti con la figura della «holding» in senso stretto, ossia di soggetto che governa il SSR attraverso gli strumenti diretti di indirizzo e controllo tipici della «proprietà».

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

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

L'*assetto organizzativo* comprende sia la struttura organizzativa, ossia «la configurazione unitaria e coordinata degli organi aziendali e degli insiemi di compiti e responsabilità loro assegnati» (Airoldi, Brunetti e Coda 1994, p. 464), sia i meccanismi o sistemi operativi, ossia «un vasto insieme di regole, di procedure e di programmi che, complementariamente alla struttura organizzativa, guidano il comportamento delle persone che svolgono le combinazioni economiche aziendali» (Airoldi, Brunetti e Coda 1994, p. 485). Tra i sistemi operativi si distinguono quelli di gestione degli obiettivi e delle informazioni (pianificazione strategica, programmazione e controllo, sistema informativo) e quelli di gestione del personale (ricerca, selezione, accoglimento e inserimento del personale, dimensionamento degli organici, addestramento e formazione, carriera e valutazione del potenziale, retribuzione e valutazione delle mansioni e delle prestazioni). Si noti peraltro che il confine tra assetto istituzionale e assetto organizzativo è tutt'altro che netto (Airoldi 1996, p. 375); che nelle aziende pubbliche gli assetti istituzionali si caratterizzano per un'elevata «pervasività» (Del Vecchio 2001, p. 35); che in particolare le scelte relative alla struttura organizzativa acquisiscono spesso nel settore pubblico una forte connotazione istituzionale perché contribuiscono a definire e comunicare obiettivi da perseguire e interessi da tutelare.

Il *patrimonio* è l'insieme delle condizioni di produzione e di consumo di pertinenza dell'azienda in un dato momento. Si compone di elementi sia attivi (disponibilità monetarie, crediti, scorte, fabbricati, impianti, macchinari, attrezzature ecc.), sia passivi (debiti di regolamento, debiti di finanziamento, capitale proprio). Tra gli elementi attivi, nelle aziende sanitarie assume particolare rilevanza un complesso di elementi immateriali (*know-how*, relazioni, reputazione e coesione interna) che i sistemi tradizionali di rilevazione faticano a cogliere.

L'*organismo personale* è l'insieme delle persone che prestano il proprio lavoro all'interno dell'azienda. La teoria aziendale riconosce che il concetto di «organismo personale» può essere interpretato in modo più o meno ampio (Airoldi,

Brunetti e Coda 1994, p. 455). Nel SSN questa precisazione appare particolarmente rilevante per i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS) che, seppure non legati da contratti di lavoro dipendente, rappresentano una risorsa strategica per le aziende.

L'*assetto tecnico*, infine, è dato dall'insieme di elementi che qualificano la configurazione fisico-tecnica dell'azienda, quindi dagli aspetti fisico-tecnici delle immobilizzazioni (fabbricati, impianti, attrezzature ecc.) e dei processi produttivi. In particolare, per le aziende sanitarie, l'assetto tecnico comprende la *layout* delle strutture (per esempio, la localizzazione dei posti letto, delle sale operatorie, dei magazzini o dei servizi diagnostici in relazione alle unità organizzative); l'organizzazione dei posti letto e delle aree di degenza; la localizzazione, l'allocazione organizzativa e le caratteristiche funzionali delle attrezzature sanitarie e delle altre risorse strumentali finalizzate a erogare assistenza; l'insieme e la distribuzione dei compiti affidati all'organismo personale in riferimento alle scelte di allocazione degli spazi e delle risorse strumentali; le modalità di programmazione dell'utilizzo della capacità produttiva rispetto a criteri legati alla tipologia di attività (si pensi ad attività programmabile o in urgenza o alle differenti specialità) e alla variabile tempo (distribuzione delle attività tra i vari giorni della settimana); la configurazione dei sistemi informativi, con particolare riferimento agli strumenti di supporto alle operazioni di gestione caratteristica, come i *software* per la refertazione in formato elettronico, per la gestione del parco letti, per la prenotazione automatica delle agende ambulatoriali, per la gestione dell'inventario e la programmazione delle manutenzioni, fino al modello dell'*hospital resource planning*. In sintesi, fanno parte dell'assetto tecnico tutti gli elementi, le condizioni e gli strumenti di supporto che permettono il funzionamento operativo della struttura determinando la configurazione dei processi di assistenza.

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

1.3 La struttura del Rapporto

La struttura del Rapporto riflette la Fig. 1.1.

La prima parte («Il quadro di riferimento») fornisce alcune informazioni di sintesi sulla struttura del SSN, dei SSR e delle singole aziende, con particolare ri-

ferimento all'assetto tecnico, all'organismo personale, alle principali caratteristiche della rete di strutture e professionisti pubblici e privati accreditati e convenzionati. Successivamente evidenzia i compiti fondamentali che spettano alla regione in quanto «capogruppo» del sistema regionale; sviluppa in particolare i temi del numero e delle caratteristiche delle aziende, che si modificano ogni anno a seguito degli interventi di «riordino» dei SSR; propone inoltre un quadro sintetico delle normative regionali che regolano l'assetto del SSR, l'eventuale istituzione di un'agenzia sanitaria regionale, il piano sanitario regionale in vigore o in corso di approvazione, l'organizzazione delle aziende, la loro contabilità. Infine analizza gli *input*, gli *output* e gli *outcome* delle aziende sanitarie in termini quantitativi (per esempio tipologie, volumi, indicatori di qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate) e monetari (spesa, finanziamento, disavanzo). Nel quadro della progressiva (ma tuttora incompiuta) responsabilizzazione finanziaria delle regioni, particolare attenzione viene dedicata alle misure regionali di copertura dei disavanzi e ai «piani di rientro».

In questa parte viene collocato anche un capitolo (cap. 4) sull'*Health Technology Assessment* (HTA). Nel SSN si rileva infatti un rinnovato interesse per l'HTA, per il contributo che può offrire al controllo della spesa, ma anche al governo della diffusione delle tecnologie e dei comportamenti professionali secondo logiche di razionalità proprie dell'*evidence-based medicine*. Il tema era difficile da collocare univocamente nella struttura del Rapporto perché riguarda tutti i livelli istituzionali (governo centrale, regioni e aziende). Anzi, uno degli oggetti del dibattito è rappresentato proprio dal ruolo che i diversi soggetti devono ricoprire nei processi decisionali e applicativi relativi all'adozione e all'utilizzo delle tecnologie sanitarie.

La seconda parte («I sistemi sanitari regionali») si focalizza sui SSR, evidenziando sia la forte differenziazione interregionale, sia la tendenza verso un accentramento in capo alla regione di decisioni strategiche e funzioni amministrative. Tali fenomeni hanno acquisito ulteriore rilevanza con l'assunzione, da parte almeno di alcune regioni, dell'effettivo ruolo di «capogruppo». In particolare, il cap. 5 fornisce una descrizione delle reti ospedaliere regionali, evidenziando in particolare il grado di concentrazione delle diverse discipline. Tale variabile rappresenta una condizione fondamentale per raggiungere la *critical mass* necessaria a sostenere la qualità professionale e l'ammortamento economico degli investimenti. Il cap. 6 si focalizza sui processi di centralizzazione della funzione approvigionamenti (e di altre funzioni tecnico-amministrative) a livello regionale o comunque sovra-aziendale. Tali processi, sempre più diffusi nei SSR, sono generalmente finalizzati alla riduzione della spesa per beni e servizi, ma producono impatti anche su altre dimensioni. Nel capitolo si propone dunque un sistema di valutazione dei processi di centralizzazione che non si limiti agli indicatori economico-finanziari, ma venga integrato con indicatori organizzativi e strategici. Il cap. 7 analizza l'estrema variabilità interregionale anche in un ambito fortemente

regolamentato come quello della gestione del personale. In particolare, l'attenzione si focalizza sulla composizione professionale e organizzativa dell'organismo personale e sulle retribuzioni medie. Il cap. 8, infine, completa la mappatura e la valutazione dei recenti accordi integrativi regionali con la medicina generale avviata nel Rapporto OASI dell'anno scorso.

Le successive tre parti sono dedicate più specificamente alle aziende. Nella terza parte («Assetti istituzionali, assetti tecnici e combinazioni economiche»), il cap. 9 presenta un aggiornamento dell'analisi del turn-over dei direttori generali pubblicata nei precedenti Rapporti OASI; propone inoltre alcune prime considerazioni sulla mobilità dei direttori amministrativi e sanitari, nonché sulla creazione di squadre «coese», prendendo in considerazione l'insieme delle tre figure che compongono la direzione strategica. Il cap. 10 indaga, invece, ruolo e funzionamento dei Collegi di direzione e dei Consigli dei sanitari, cioè dei due principali organismi previsti dalla normativa per coinvolgere in modo sistematico i professionisti nel governo delle aziende. Il cap. 11 si concentra sulle combinazioni economiche, proponendo un approccio di analisi innovativo per affrontare i problemi della logistica del paziente in ospedale (per esempio, ritardi e tempi lunghi di attesa, collocazione di pazienti in *setting* assistenziali non appropriati per l'indisponibilità di posti letto, ritmi di lavoro eccessivi, scarsa integrazione tra figure professionali diverse). Il capitolo 12, infine, sposta l'analisi sull'assistenza socio-sanitaria e indaga le scelte di riposizionamento percorse negli ultimi anni dalle aziende che gestiscono le RSA per anziani, nonché le modalità con cui tali aziende hanno iniziato ad adottare logiche e strumenti manageriali.

Nella quarta parte («L'organizzazione»), attraverso lo studio di un caso (cap. 13), si approfondiscono le problematiche degli «ospedali di insegnamento», con particolare riferimento all'integrazione delle funzioni di assistenza, didattica e ricerca tramite l'introduzione dei Dipartimenti ad Attività Integrata. Si propone inoltre un'analisi di alcune esperienze innovative in termini di modelli organizzativi e di competenze per la gestione del rischio e della sicurezza (cap. 14).

La quinta parte («La rilevazione»), infine, propone innanzi tutto un capitolo sulle caratteristiche del sistema degli indicatori adottato dalle aziende sanitarie nei sistemi di programmazione e controllo e sui fabbisogni informativi a cui tali indicatori danno risposta (cap. 15). Conclude il Rapporto un capitolo sul *project finance* (cap. 16), basato sul confronto tra alcune esperienze internazionali. Vale naturalmente, come sempre, la precisazione relativa all'accezione da attribuire al termine «rilevazione», che non vuole negare la forte valenza organizzativa né dei sistemi di pianificazione, programmazione e controllo, né dei sistemi informativi. Entrambi, infatti, sotto la denominazione comune di «sistemi operativi di gestione degli obiettivi e delle informazioni», rappresentano una fondamentale classe di sistemi operativi.

1.4 I principali risultati

Il Rapporto 2008 conferma i principali elementi interpretativi emersi negli anni precedenti. Continua la ristrutturazione del sistema d'offerta, che nell'ultimo decennio si è tradotta in una radicale riduzione dei posti letto per ricoveri ordinari, nel raddoppio dei posti letto in *day hospital*, nel significativo incremento delle strutture territoriali. Continuano le iniziative di ingegneria istituzionale, prevalentemente nella forma degli accorpamenti di ASL su base regionale o, nelle regioni più grandi, provinciale: il numero di ASL si è ormai ridotto a 154 e sono poche le regioni in cui le ASL sub-provinciali restano la norma anche al di fuori delle grandi aree metropolitane (Veneto e Campania tra le regioni grandi; Friuli-Venezia Giulia, Umbria e Abruzzo tra le più piccole). Continua la regionalizzazione, nella duplice accezione di differenziazione interregionale e di accentramento in capo alla regione di decisioni strategiche e funzioni amministrative, anche sotto la spinta della ribadita responsabilizzazione finanziaria delle regioni e, in alcuni casi, dei Piani di rientro. La pressione regionale è anzi così forte che persino un sistema a valenza fortemente aziendale come il controllo direzionale finisce per incorporare obiettivi, misurazioni e rendicontazioni proprie della relazione tra azienda e regione più che tra azienda e CdR (cap. 15). Persistono inoltre i tradizionali punti di forza e di debolezza nell'adozione degli strumenti manageriali: restano sostenuti l'adozione e l'affinamento degli strumenti (per esempio, con l'adozione di una prospettiva multidimensionale nella definizione degli obiettivi di budget: cap. 15); è diffusa la consapevolezza di dover «dar gambe» alle innovazioni; persistono però le difficoltà di efficace selezione e utilizzazione degli strumenti stessi (per esempio, l'incoerenza tra gli obiettivi dichiarati dagli Accordi Integrativi Regionali per la medicina generale e gli strumenti previsti per il loro conseguimento: cap. 8), nonché la tentazione a «rilanciare» verso strumenti nuovi anziché dare una nuova *chance* a strumenti inizialmente applicati in modo subottimale (come nel passaggio dal *project finance* al *leasing*, cap. 16). Prende inoltre forma l'aziendalizzazione di soggetti inizialmente rimasti immuni, quali le Aziende Ospedaliere Universitarie (cap. 13) e le RSA (cap. 12), spesso però ripercorrendo la strada già battuta da ASL e AO e senza far sufficientemente tesoro della loro esperienza: le RSA, per esempio, sembrano caratterizzarsi per lo sviluppo di sistemi gestionali, soprattutto di sistemi di controllo direzionale, affinati dal punto di vista tecnico, ma spesso non utilizzati a fini di responsabilizzazione. Infine, si riafferma con forza l'unicità e l'autonomia aziendale, anche su tematiche fortemente regolamentate o apparentemente appannaggio dei livelli istituzionali sovraordinati. Per esempio il cap. 7, evidenziando significative variabilità nella composizione dell'organismo personale, lascia supporre che personale con qualifiche professionali uguali sia impiegato in mansioni diverse nelle diverse regioni e aziende, quindi una fungibilità tra professioni certamente più elevata di quella ipotizzata dalla regolamentazione del sistema professionale; il cap.

4 sottolinea la presenza di significative attività di HTA anche a livello aziendale; il cap. 10 mostra un'eterogeneità interaziendale nelle strutture di *governance* che discende dalle indicazioni regionali e nazionali, ma anche dalla cultura aziendale, dalla disponibilità e dalle competenze dei professionisti sanitari, dal supporto offerto dalla direzione aziendale, dalla legittimazione organizzativa interna, ecc; il cap. 13 giunge ad affermare l'impossibilità di trasferire acriticamente alle AOU persino le soluzioni sviluppate nell'ambito delle AO non universitarie. Naturalmente, peraltro, la variabilità interaziendale non è sempre giustificata e la sua componente «non fisiologica» andrebbe governata, consentendo notevoli recuperi di efficacia ed efficienza. Di qui l'importanza di iniziative di *benchmarking* o comunque di confronto sistematico tra le regioni e tra le aziende.

Il tema dominante del Rapporto 2008, però, è un altro: lo spostamento di attenzione dai tradizionali oggetti di innovazione manageriale (struttura organizzativa e meccanismi operativi) verso le combinazioni economiche da un lato, le relazioni interaziendali dall'altro.

Nelle sue fasi iniziali, il processo di aziendalizzazione si è focalizzato sui sistemi di programmazione e controllo, nella speranza che le unità organizzative, opportunamente stimolate, procedessero autonomamente alla revisione delle proprie modalità di funzionamento per meglio contribuire al perseguimento delle finalità aziendali. Ai sistemi di programmazione e controllo sono state inoltre collegate alcune politiche di gestione del personale, soprattutto in materia di incentivazione. A un certo punto, anzi, i sistemi di programmazione e controllo sono stati in qualche modo «sovraccaricati» di finalità; in corrispondenza, i *controller* hanno svolto un ruolo per certi versi sovradimensionato all'interno delle aziende. In una seconda fase è stata ridisegnata l'architettura stessa delle unità organizzative (distretti, dipartimenti), per renderla più coerente con le accresciute dimensioni aziendali, nonché con le finalità e le caratteristiche delle singole aziende. Più recentemente, l'attenzione si è spostata sugli assetti istituzionali in termini di ridefinizione delle aziende, delle loro relazioni con gli *stakeholder* (anche attraverso strumenti quali la pianificazione strategica e il bilancio sociale) e dei loro organi di governo (collegio di direzione, consiglio dei sanitari, ruolo «istituzionale» del distretto). Nei termini della Fig. 1.1, le tre fasi sopra descritte hanno tutte cercato di incidere sul «cuore» dell'azienda (le combinazioni economiche) intervenendo per via indiretta sugli elementi «sovraordinati» o «di contorno» (l'assetto istituzionale, la struttura organizzativa, i sistemi operativi). Ultimamente stanno invece emergendo alcune iniziative di intervento diretto sui processi assistenziali, per esempio attraverso la ridefinizione degli spazi ospedalieri in base al criterio dell'intensità assistenziale, gli interventi di logistica del paziente (cap. 11), la definizione di PDTA con finalità di governo clinico (cap. 8) e di controllo dei rischi, l'audit clinico, il Business Process Re-engineering, le attività di HTA (cap. 4), la ridefinizione delle reti ospedaliere (cap. 5). Anche nella centralizzazione degli acquisti (cap. 6) si può leggere una rinnovata attenzione alle combinazioni

economiche, in parte perché i processi di acquisto sono di per sé una componente importante del sistema di operazioni aziendali, ma soprattutto perché la revisione delle modalità di approvvigionamento finisce per incidere sui comportamenti professionali, visto che la scelta dei beni e servizi strettamente connessi agli atti clinici è sempre stata terreno di esercizio dell'autonomia professionale.

Un'implicazione fondamentale dell'attenzione ai processi è il contributo al coinvolgimento dei professionisti, anche al di sotto dei livelli apicali. Una criticità fondamentale del processo di aziendalizzazione, infatti, è stata l'incapacità di «conquistare» i medici e gli altri operatori sanitari. L'analisi delle operazioni aziendali attraverso la chiave di lettura dei processi mostra invece come la dimensione clinica e quella manageriale siano due facce inscindibili della stessa medaglia. Una seconda implicazione da segnalare è l'ulteriore evidenziazione delle incompressibili specificità aziendali. Più si va a fondo nell'analisi dei processi interni alle aziende, più ci si rende conto di quanto sia velleitaria una logica di standardizzazione e di quanto invece la qualità delle soluzioni adottate dipenda dalla loro rispondenza ai fabbisogni di ciascuna azienda.

Oltre alla spinta «verso l'interno», ossia verso le combinazioni economiche, dal Rapporto emerge con grande evidenza la spinta «verso l'esterno», ossia verso le relazioni interaziendali. Della centralità della relazione con la regione si è già detto, ma il quadro delle relazioni interaziendali è ben più ampio e complesso. L'assetto delle AO resta pressoché immutato, ma IRCCS e Policlinici universitari pubblici stanno diventando sempre più parte integrante dei SSR. I meccanismi istituzionali e gestionali di coordinamento all'interno di «aree vaste» (variamente denominate) sono sempre più diffusi (cap. 2). Il peso relativo degli erogatori privati di assistenza ospedaliera è sistematicamente cresciuto nel tempo (cap. 2). Ancora più marcata è la presenza del privato nelle strutture dedicate ai bisogni emergenti di cronicità e domiciliarità, dove forte è anche il ruolo degli enti locali (cap. 2 e cap. 12); in merito si rileva inoltre come le RSA stiano posizionandosi come erogatori integrati di servizi rispetto alla tendenziale specializzazione che li ha caratterizzati fino ad anni recenti, ampliando l'intensità e la gamma delle proprie interazioni con le ASL (cap. 12). Si moltiplicano i tentativi di governare la medicina generale, superando i limiti di un modello di servizio sanitario che da un lato vorrebbe i MMG come protagonisti assoluti del sistema, dall'altro ha mantenuto il loro ruolo di professionisti indipendenti (cap. 8). L'accentramento degli acquisti crea significative relazioni con altre aziende sanitarie pubbliche, ma suggerisce anche una migliore gestione delle relazioni con i fornitori, con un monitoraggio centralizzato e omogeneo sull'intera performance della *supply chain* (cap. 6). Per gli investimenti si confermano cruciali le *partnership* pubblico-privato (cap. 16). L'azienda sanitaria pubblica è così sempre più nodo di reti, di cui talvolta è regista, talvolta nodo paritetico, talvolta ancora nodo subordinato.

Con ciò non si vuole naturalmente negare la rilevanza di strutture istituzionali, strutture organizzative e meccanismi operativi. Il Rapporto continua infatti a

dedicare capitoli ai direttori generali, ai collegi di direzione, ai dipartimenti, ai sistemi di programmazione e controllo. Si vuole però affermare che in passato le innovazioni istituzionali e organizzative sono spesso state vissute come fini a se stesse, mentre adesso si inizia a riaffermarne la corretta natura di mezzi per orientare lo svolgimento delle combinazioni economiche al perseguimento delle finalità istituzionali. Così, per esempio, l'introduzione delle aree vaste ha spesso anche la funzione di supportare la riorganizzazione delle reti ospedaliere (cap. 5); il rafforzamento del collegio di direzione (e in misura minore del consiglio dei sanitari) consente di cooptare la *line* professionale di più alto livello nelle decisioni dell'azienda, anche per legittimare l'intervento più incisivo del management sui processi aziendali, consentendo d'altra parte sia un controllo sociale e informato sulle singole unità organizzative, sia un controllo sull'azione della direzione aziendale e sulle conseguenze di una sua eccessiva politicizzazione (cap. 10); l'introduzione dei Dipartimenti ad Attività Integrata si propone l'ottenimento di economie di scala sul fronte assistenziale e l'integrazione tra processi di assistenza, didattica e ricerca (cap. 13). Più in generale, se in passato gli strumenti manageriali erano stati (o comunque avrebbero dovuto essere) pensati per governare «un po' da lontano» la produzione interna di beni e servizi, adesso se ne richiede un radicale riorientamento che sia coerente da un lato con l'esigenza di incidere più direttamente sui processi interni, dall'altro di governare (o per lo meno garantire il coordinamento con) il comportamento di altri soggetti.

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., Di Maggio 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.