

**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**

## 9 Il rinnovamento degli assetti istituzionali del Servizio Sanitario marchigiano

di Daniele Alesani e Stefano Villa\*

### 9.1 Introduzione

In risposta ad alcune importanti criticità presenti a fine 2001, il Servizio Sanitario marchigiano è stato oggetto di una serie di cambiamenti volti ad affrontare e risolvere parte di queste criticità. Il presente contributo intende analizzare tale processo di cambiamento a partire proprio dall'anno 2001, delineando l'evoluzione realizzata negli ultimi quattro anni di storia del SSR.

Nel realizzare questo intento è stata adottata una duplice prospettiva:

- una prospettiva «esterna» finalizzata a ricostruire in modo oggettivo, a partire dalla documentazione ufficiale, gli elementi fondamentali di rinnovamento negli assetti istituzionali e negli strumenti di governo del SSR;
- una prospettiva «interna» finalizzata a mettere in evidenza le percezioni degli operatori del SSR.

Il paragrafo 9.2 definisce in senso ampio l'oggetto di osservazione, il sistema sanitario regionale<sup>1</sup>, attraverso un paradigma individuato come categoria logica per l'analisi del cambiamento.

---

\* Sebbene il capitolo sia frutto di un comune lavoro di ricerca, i parr. 9.3, 9.4.1, 9.4.2, 9.6 e 9.8 sono da attribuirsi a Daniele Alesani, i restanti a Stefano Villa.

<sup>1</sup> È opportuno, in questa sede, fare un distinguo tra sistema sanitario regionale e Servizio Sanitario regionale. Per sistema sanitario regionale intendiamo il complesso degli istituti che operano a favore della tutela della salute in un determinato territorio, indipendentemente dal loro meccanismo di finanziamento (pubblico o privato), dal loro assetto proprietario e dal meccanismo di regolazione in cui sono inseriti. Per servizio sanitario pubblico regionale intendiamo il complessivo sistema sanitario finanziato e garantito da risorse pubbliche, regolato istituzionalmente nei suoi meccanismi di accesso e di fruizione, composto da produttori pubblici direttamente afferenti alla Regione, da altri produttori pubblici, afferenti allo Stato o agli enti locali (si pensi a molte strutture socio-sanitarie) e da produttori privati di norma accreditati dallo stesso servizio pubblico (Longo 2003).

Il paragrafo 9.3 propone una contestualizzazione del SSR marchigiano, con particolare riferimento alle criticità presenti al 2001, punto di partenza dell'analisi.

I paragrafi 9.4 e 9.5 entrano rispettivamente nel merito delle direttrici dell'evoluzione del SSR marchigiano: il rinnovamento degli assetti istituzionali e l'innovazione negli strumenti di governo dello stesso.

Il paragrafo 9.6 si sofferma brevemente sul concetto di infrastruttura a rete, elemento qualificante i vari processi di cambiamento.

Nel paragrafo 9.7 l'oggetto di analisi viene affrontato sotto una prospettiva complementare, quella «interna» del processo di gestione del cambiamento, osservato attraverso un'indagine che ha visto coinvolti gli interlocutori e gli attori prioritari dello stesso.

Infine l'ultimo paragrafo analizza i trend di alcune variabili di performance critiche per il SSR marchigiano, nell'ottica della valutazione dei primi risultati prodotti dal cambiamento.

## 9.2 Il sistema sanitario regionale: le categorie logiche di riferimento

### 9.2.1 Il sistema sanitario: componenti e obiettivi

Il recente processo di regionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale sta portando a una decisa e crescente differenziazione delle scelte delle Regioni con riguardo agli assetti istituzionali e ai meccanismi di governo del sistema di tutela della salute sul proprio territorio. Ciò rende particolarmente significativo osservare l'evoluzione degli SSR e più in generale dei sistemi sanitari regionali, al fine di comprendere se e in quale misura l'adozione di determinati modelli possa incidere sul conseguimento degli obiettivi di performance dell'intero sistema.

Dato l'obiettivo del contributo, è opportuno chiarire preliminarmente cosa si intenda per sistema sanitario.

A oggi non si è pervenuti a una definizione unica e condivisa di sistema sanitario<sup>2</sup>; in questa sede si propone pertanto un paradigma interpretativo, in linea con l'approccio che ispira il presente Rapporto, capace di guidare l'analisi del processo di cambiamento preso in considerazione.

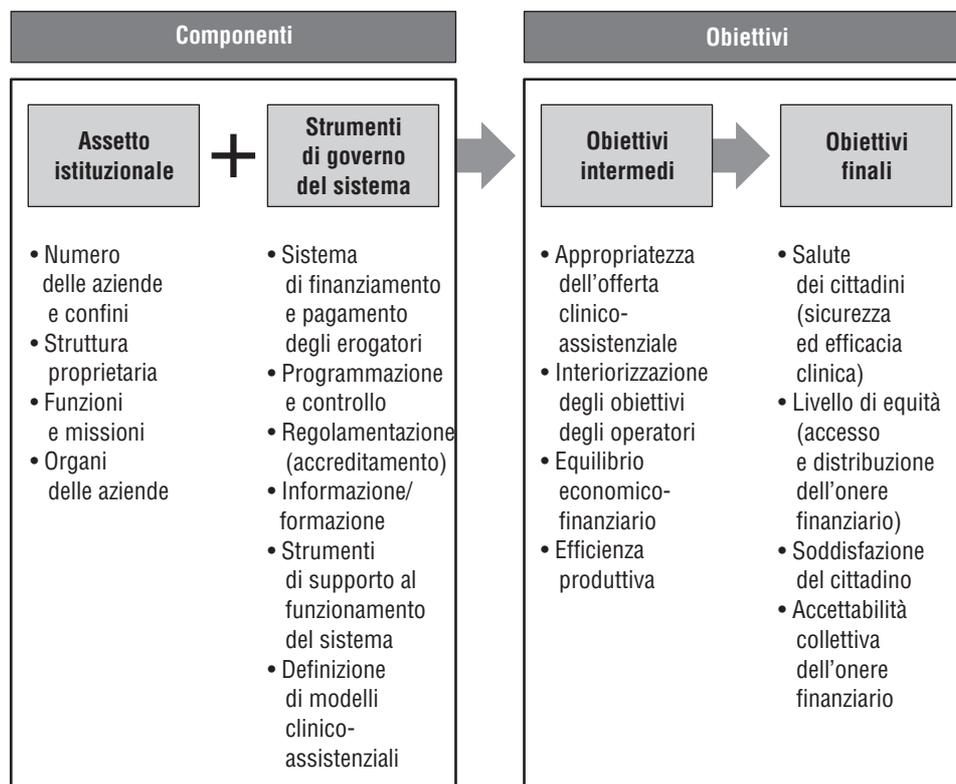
Il modello interpretativo che verrà utilizzato compie una distinzione tra «com-

---

È evidente che le due dimensioni citate si trovino spesso a coincidere in particolare in quei casi dove la sanità privata ha un ruolo minoritario. Nel prosieguo del capitolo si utilizzeranno dunque indistintamente i due termini, anche in relazione al fatto che nel contesto marchigiano i maggiori cambiamenti all'interno del sistema sanitario hanno interessato la configurazione e gli strumenti di governo del servizio sanitario pubblico regionale.

<sup>2</sup> Al fine di un confronto tra differenti definizioni e interpretazioni del concetto di sistema sanitario si veda per esempio, Anessi Pessina (1992), Roemer (1993), Londono e Frenk (1997), Mills e Ranson (2001).

Figura 9.1 Un paradigma di riferimento per l'analisi di un sistema sanitario



ponenti» e «obiettivi» di un sistema sanitario. Secondo tale paradigma, per raggiungere gli obiettivi di performance di un dato sistema sanitario è possibile intervenire su due differenti leve di intervento:

- l'assetto istituzionale; e
- gli strumenti di governo di sistema (Fig. 9.1).

L'assetto istituzionale definisce l'entità e le caratteristiche dei soggetti che rientrano nel sistema e le relazioni reciproche tra di essi. Si pensi a:

1. numero di aziende e rispettivi «confini»;
2. struttura proprietaria delle aziende componenti il sistema sanitario;
3. funzioni e *mission* delle aziende sanitarie;
4. organi costituenti le aziende.

Gli strumenti di governo del sistema rappresentano di fatto l'insieme di mecca-

nismi di regolazione e leve di intervento a disposizione del *policy-maker*<sup>3</sup> per orientare il sistema e i soggetti che lo compongono verso un determinato set di obiettivi di performance. Gli strumenti di governo sono molteplici:

1. sistema di finanziamento e pagamento degli erogatori;
2. programmazione e controllo;
3. regolamentazione (accreditamento);
4. informazione/formazione;
5. definizione modelli clinico assistenziali<sup>4</sup>;
6. strumenti di supporto al sistema<sup>5</sup>.

Gli obiettivi di performance di un sistema sanitario sono stati suddivisi in obiettivi «intermedi» e «finali»: la realizzazione dei primi (efficienza produttiva, appropriatezza dell'offerta clinico-assistenziale; interiorizzazione della missione istituzionale delle aziende sanitarie e degli obiettivi di sistema<sup>6</sup> da parte degli operatori; equilibrio economico-finanziario) costituisce premessa indispensabile per l'efficace perseguimento dei secondi.

Gli obiettivi finali di un sistema sanitario possono essere individuati nei seguenti:

- salute dei cittadini (sicurezza ed efficacia clinica);
- livello di equità (accesso e distribuzione dell'onere finanziario);
- soddisfazione del cittadino;
- accettabilità collettiva dell'onere finanziario<sup>7</sup>.

La Fig. 9.1 schematizza il modello descrittivo/interpretativo di sistema sanitario ora delineato.

<sup>3</sup> In questo passaggio si fa riferimento generico al concetto di *policy maker* intendendo il soggetto responsabile della definizione delle politiche sanitarie e responsabile ultimo delle performance di sistema. Nei SSR tali funzioni spettano all'ente Regione.

<sup>4</sup> Si fa riferimento a tutti quegli strumenti (si pensi per esempio, alle linee guida, ai percorsi di cura, ai profili di assistenza) finalizzati a garantire, all'interno di un dato sistema sanitario, livelli uniformi nella risposta clinico assistenziale offerta al cittadino.

<sup>5</sup> In questa ultima categoria di strumenti di governo del sistema si è inteso fare riferimento a tutti quei sistemi finalizzati ad agevolare il funzionamento delle diverse aziende componenti del sistema sanitario o del sistema stesso. Possono rientrare per esempio, in questa categoria gli strumenti di supporto tecnico e tecnologico alla gestione o gli strumenti di osservazione, studio e interpretazione dei fenomeni (osservatori ecc.).

<sup>6</sup> I sistemi sanitari sono intrinsecamente dinamici. L'interiorizzazione degli obiettivi istituzionali (o degli obiettivi di cambiamento, nel caso di sistemi evolutivi) da parte degli operatori è elemento indispensabile per il raggiungimento degli obiettivi di sistema.

<sup>7</sup> Con accettabilità collettiva dell'onere finanziario si intende una situazione in cui ogni cittadino è in grado di accedere alle cure sanitarie di cui ha bisogno senza che questo comporti un eccessivo e intollerabile onere finanziario.

### 9.3 L'evoluzione del SSR marchigiano: il contesto di riferimento

#### 9.3.1 Le fasi di sviluppo del SSR marchigiano

Il 2001 rappresenta un punto di riferimento fondamentale per l'analisi dell'evoluzione del Servizio Sanitario marchigiano. In particolare, la L.R. 20/2001 definisce la riconfigurazione dell'apparato amministrativo della Regione Marche nel settore sanità e dà vita al Dipartimento dei Servizi alla Persona e alla Comunità (DSPC) in sostituzione del precedente Servizio sanità. Tale riconfigurazione è finalizzata a rafforzare e rendere più organico l'intervento regionale nel settore sanitario e sociale.

Successivamente, dopo una fase di commissariamento delle aziende sanitarie locali, un altro importante momento di riforma del SSR marchigiano è rappresentato dall'approvazione della L.R. 13/2003 di riforma del Servizio Sanitario marchigiano, che ha comportato rilevanti mutamenti nell'assetto istituzionale di sistema, in particolare:

- le tredici aziende sanitarie esistenti sono state accorpate in un'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) con sede ad Ancona. L'ASUR è articolata al suo interno in tredici zone territoriali (le precedenti Aziende Sanitarie) comprendenti i tredici presidi ospedalieri a gestione diretta e i distretti territoriali;
- il numero dei distretti è stato allineato con quello degli ambiti territoriali del sociale (passando da 36 a 24), al fine di favorire l'integrazione socio-sanitaria;
- le quattro aziende ospedaliere preesistenti sono state ridotte a due, l'Azienda ospedaliera San Salvatore di Pesaro e l'Azienda «Ospedali riuniti» di Ancona, quest'ultima nata dalla fusione per incorporazione delle aziende G.M. Lancisi e G. Salesi nell'azienda Umberto I. A oggi, in virtù di un protocollo di intesa firmato tra quest'ultima e l'Università politecnica delle Marche si è realizzata un'integrazione istituzionale tra l'Azienda ospedaliera e l'Università, in attuazione del D.lgs. 517/1999 (la nuova denominazione dell'azienda è «Azienda ospedaliera Universitaria "Ospedali riuniti"»).

La Fig. 9.2 rappresenta graficamente il SSR marchigiano prima del 2001 (Fig. 9.2.a) e nella configurazione attuale (Fig. 9.2.b).

#### 9.3.2 La situazione al 2001: criticità e obiettivi di cambiamento

Il SSR marchigiano alla fine del 2001 presentava delle serie criticità e degli elementi che, se non controllati, avrebbero pregiudicato, nel futuro, la sostenibilità complessiva del sistema. Di seguito vengono riportate sinteticamente le principali criticità:

- eccessiva frammentazione territoriale; con 13 ASL la Regione si attestava a una popolazione media di 100.000 abitanti per azienda sanitaria, circa un terzo della media nazionale;

Figura 9.2.a Il cambiamento degli assetti istituzionali del Servizio Sanitario marchigiano tra il 2001 e il 2004

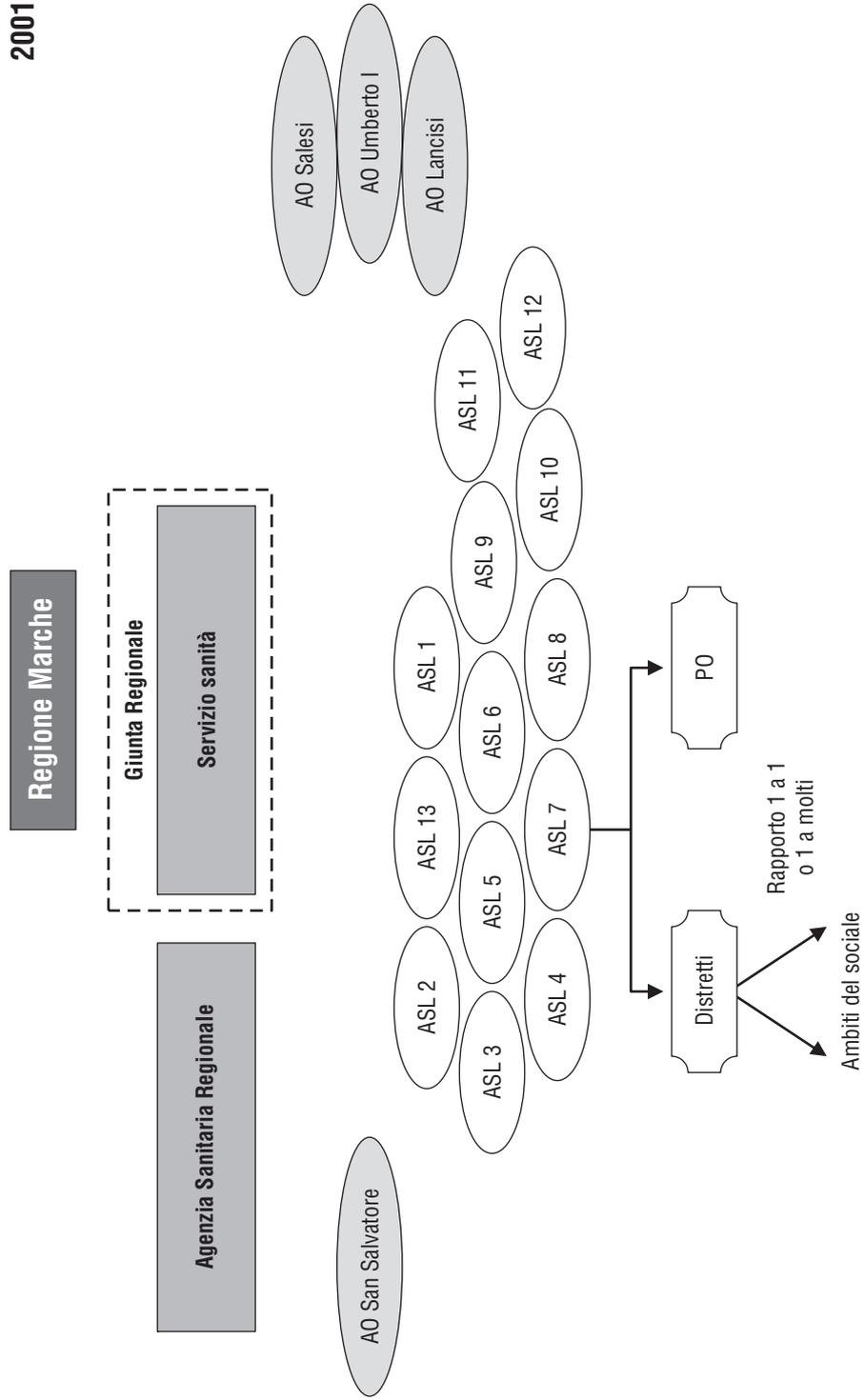
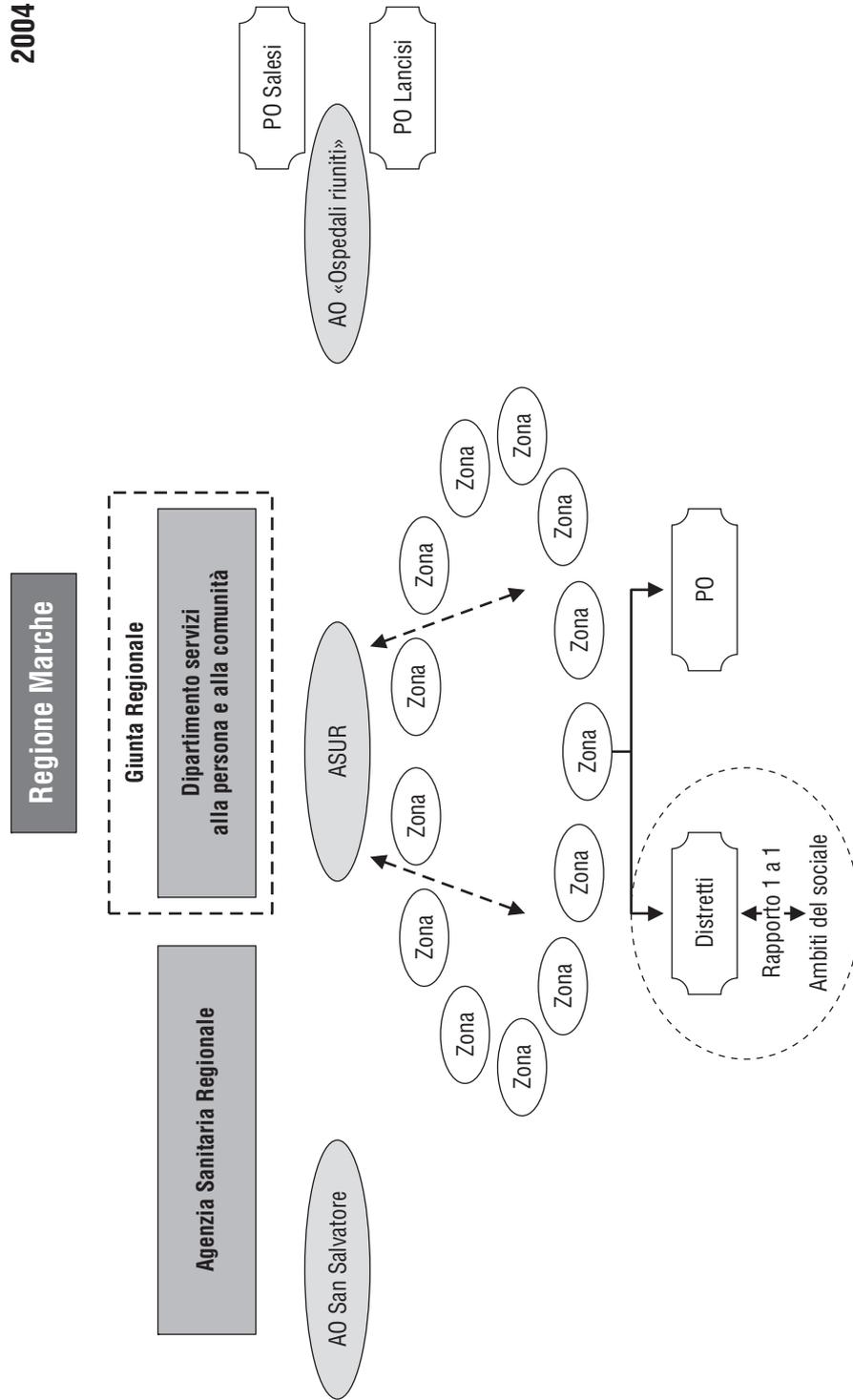


Figura 9.2.b Il cambiamento degli assetti istituzionali del Servizio Sanitario marchigiano tra il 2001 e il 2004

2004



- visione particolaristica; nel corso della fase di aziendalizzazione le singole ASL avevano investito fortemente sulle proprie strutture a scapito di un'impostazione sistemica e sinergica del sistema di offerta regionale, creando inevitabilmente ridondanze di servizi (6.908 posti letto effettivi per acuti contro i 5.876 programmati) e dimensione media ridotta delle strutture di assistenza (in particolare le strutture al di sotto dei 120 posti letto erano il 39 per cento del totale);
- variabilità *infra*-regionale; tra le tredici aziende sanitarie della Regione esisteva una forte variabilità nel tasso di ospedalizzazione e di appropriatezza assistenziale, nell'andamento della spesa e nella capacità di mantenere l'equilibrio economico-finanziario;
- eccessivo ricorso alle strutture ospedaliere; nel 2001 il tasso di ospedalizzazione era pari a 209 per 1000 abitanti, decisamente superiore all'obiettivo proposto dagli atti nazionali<sup>8</sup>;
- eccesso di mobilità negativa fuori Regione; tradizionalmente, la mobilità in uscita ha riguardato prevalentemente prestazioni erogate da strutture sanitarie ubicate in Regioni limitrofe (38 per cento verso l'Emilia Romagna, 13 per cento verso il Lazio e 12 per cento verso l'Abruzzo), in particolari aree terapeutiche: l'ortopedia protesica e la riabilitazione; la neurochirurgia e la cardiocirurgia;
- crescenti disavanzi economico-finanziari.

La consapevolezza degli ambiti di criticità che caratterizzavano il Servizio Sanitario delle Marche al 2001 rendeva necessario introdurre dei cambiamenti strutturali nel sistema.

Con riferimento ai documenti espressivi della politica sanitaria della Regione Marche<sup>9</sup>, i cambiamenti introdotti dovevano permettere la realizzazione dei seguenti obiettivi.

- riconvertire il trend negativo dei disavanzi economico finanziari;
- semplificare l'articolazione complessiva del SSR, eliminando la frammentazione dei punti decisionali rappresentati dalle tredici Aziende Sanitarie Locali<sup>10</sup>;
- sviluppare un sistema di offerta «a rete» capace di rispondere in modo esausti-

<sup>8</sup> Il tasso di ospedalizzazione di riferimento al 2001 era quantificabile nel 160 per mille; l'Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005 ha portato questo obiettivo al 180 per mille, di cui il venti per cento in regime di ricovero diurno.

<sup>9</sup> Con particolare riferimento alla L.R. 13/2003 e al PSR 03-05.

<sup>10</sup> Dalla delibera di commissariamento delle Aziende Sanitarie Locali del giugno 2002 si cita testualmente «Il riordino del Servizio Sanitario regionale è finalizzato a ridurre/superare la frammentazione dei centri decisionali che evidenziano notevoli difficoltà a coordinare, nel merito e nei tempi, gli interventi di razionalizzazione e di recupero di efficienza e che impedisce lo sfruttamento delle economie di scala».

vo e integrato ai bisogni di salute della popolazione e in particolare riconvertire la struttura dell'offerta ospedaliera<sup>11</sup>;

- migliorare l'appropriatezza dell'attività di ricovero incentivando, tra l'altro, l'utilizzo del regime di ricovero in *day surgery*;
- creare e rafforzare i percorsi di integrazione tra servizi sociali e sanitari migliorando la capacità di presa in carico del paziente, intervenendo fin dal livello istituzionale-programmatico;
- garantire il massimo coinvolgimento della comunità cercando di superare logiche particolaristiche e di frammentazione e di valorizzare, allo stesso tempo, il sistema municipalistico;
- ridurre la variabilità all'interno della Regione stessa esistente rispetto sia ai processi clinico-assistenziali che rispetto ai processi amministrativi.

#### 9.4 Il rinnovamento degli assetti istituzionali del Servizio Sanitario marchigiano

Facendo riferimento al paradigma interpretativo rappresentato in Fig. 9.1 si può quindi dire che il Servizio Sanitario Regionale marchigiano, pur essendo caratterizzato da soddisfacenti risultati in termini di outcome finali (si pensi al buono stato di salute dei cittadini marchigiani e al buon livello di equità complessiva del sistema, sia in termini di accesso che di distribuzione dell'onere finanziario; cfr. Cantù, 2004), aveva, in un'ottica di medio termine, seri problemi di sostenibilità a causa del mancato rispetto di alcuni imprescindibili obiettivi intermedi, si pensi per esempio, agli elevati livelli di inappropriatezza dell'offerta clinico-assistenziale (troppo sbilanciata nei confronti dell'ospedale), ai problemi di efficienza produttiva (legati in particolare all'eccessiva frammentazione della struttura di offerta) e infine al consistente squilibrio economico-finanziario (elemento ormai non più tollerabile in un scenario di crescente autonomia finanziaria in capo alle Regioni). Da ultimo la soddisfazione dei cittadini nei confronti del sistema sembrava ridursi. A dimostrazione, seppur indiretta, di questo trend si segnalano per esempio, gli alti tassi di fuga in specifiche aree terapeutiche. La risoluzione di tali problematiche richiedeva soluzioni tempestive e in qualche modo radicali. Proprio per questo, nel corso del periodo 2002-2004, il SSR marchigiano è stato investito da una serie di cambiamenti che hanno di fatto riguardato due diversi aspetti:

1. da una lato, si è assistito a un profondo cambiamento del complessivo assetto istituzionale del SSR;

<sup>11</sup> Le linee di riconversione indicate erano le seguenti:

1. potenziare gli ospedali di rete come strutture ad alta intensità assistenziale;
2. ridurre i posti letto per acuti; e
3. sviluppare le attività di postacuzie.

2. dall'altro sono stati introdotti una serie di nuovi strumenti di governo del SSR finalizzati a garantire maggiore unitarietà e ad assicurare un'efficace attività di programmazione e controllo a livello regionale.

Sicuramente i cambiamenti più rilevanti hanno riguardato l'assetto istituzionale. Tali interventi sono stati sinteticamente elencati nel par. 9.3.1 e vengono di seguito analizzati nel dettaglio.

#### 9.4.1 Il Dipartimento dei Servizi alla Persona e alla Comunità

Proprio per garantire maggiore unitarietà al SSR e per assicurare una più efficace attività di programmazione e controllo gestita a livello centrale la L.R. 20/2001 ha istituito il Dipartimento dei servizi alla persona e alla comunità (DSPC).

Il DSPC si articola al proprio interno in sette servizi principali:

- servizio risorse umane e finanziarie;
- servizio sanità pubblica;
- servizio veterinaria, igiene, sicurezza, qualità nutrizionale e alimenti;
- servizio assistenza ospedaliera;
- servizio assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria;
- servizio politiche sociali e integrazione socio-sanitaria.

Il DSPC ha notevolmente ampliato il raggio d'azione del precedente apparato tecnico-amministrativo assessorile; nei vari ambiti di intervento citati il suo ruolo si concretizza:

- nella traduzione delle politiche sanitarie regionali in strategie e linee di sviluppo nei vari ambiti di assistenza; si veda per esempio, l'impegno per il rinnovamento del modello di distretto, la riconfigurazione dell'offerta ospedaliera nell'ottica della rete;
- nel coordinamento/monitoraggio di sperimentazioni e progetti-obiettivo nelle macro-aree assistenziali;
- nella qualificazione dei compiti amministrativi finalizzati al funzionamento del Servizio Sanitario Regionale (gestione delle relazioni sindacali, monitoraggio degli accordi con il personale convenzionato ecc.).

La scelta di costituzione del DSPC risponde a tre obiettivi prioritari:

1. rendere più efficace e pervasiva la capacità di governo strategico del SSR, al fine di risolvere le criticità in termini di frammentazione e conseguenti inefficienze nella gestione delle aziende pubbliche, squilibrio economico di sistema, inappropriata e tassi di fuga;

2. preparare il riordino degli assetti istituzionali che si è concretizzato nella L.R. 13/2003;
3. realizzare un'integrazione di massimo livello tra le funzioni regionali nell'ambito della sanità e delle politiche sociali.

Per quanto riguarda il primo obiettivo, sfruttando in particolare una prima fase di commissariamento il DSPC ha implementato ed evoluto notevolmente in collaborazione con l'Agenzia Regionale Sanitaria (ARS) gli strumenti di programmazione e controllo «accentrati», quali:

- i *global budget* assegnati alle aziende/zone territoriali per la programmazione dei consumi di risorse finanziarie nei vari ambiti di assistenza e fattori produttivi;
- il sistema di controllo di gestione «regionale»;
- il sistema di programmazione e il monitoraggio delle attività ospedaliere;
- il sistema di reporting sui ricoveri e sulle liste di attesa.

Per quanto riguarda la preparazione al riordino del sistema, dalla seconda metà del 2003 il DSPC si è fatto promotore e coordinatore di una serie di progetti finalizzati all'analisi del funzionamento interno (in particolare dei processi amministrativi e di supporto) delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere regionali. Il lavoro dei gruppi di progetto ha portato all'identificazione delle criticità e delle disomogeneità esistenti offrendo anche chiare indicazioni per il superamento di queste problematiche alla luce dell'integrazione delle realtà aziendali preesistenti nell'ASUR e nell'AUO.

I risultati di tale lavoro sono stati in larga parte ripresi e contestualizzati nei processi di gestione del cambiamento delle costituende aziende (in particolare all'interno delle Aree Progetto attivate presso l'ASUR; *cfr. infra*). Inoltre, il DSPC ha guidato con propri atti di indirizzo strategico e linee-guida l'intera fase di identificazione degli assetti aziendali di AUO e ASUR: redazione degli atti aziendali, definizione dei rapporti ASUR-zone, definizione e organizzazione dei dipartimenti aziendali.

La terza strategia perseguita con la creazione del DSPC deve essere interpretata alla luce della legge 238/2000 che, chiarendo le funzioni rispettivamente in capo ai comuni e alle Regioni all'interno dell'assistenza sociale ha incentivato la costituzione presso le amministrazioni regionali di unità organizzative dedicate. In tale contesto, il DSPC rappresenta una soluzione organizzativa originale, in quanto struttura tecnico-amministrativa «condivisa» tra i due assessorati alla Sanità e alle Politiche Sociali; tale integrazione si è concretizzata nella promozione di strategie e progetti condivisi per lo sviluppo dei modelli assistenziali sul territorio e nel prossimo futuro dovrebbe sfociare nella produzione di un piano regionale socio-sanitario unico.

### 9.4.2 L'Azienda Sanitaria Unica Regionale

La L.R. 13/2003, il più recente atto di riordino del SSR marchigiano, ha, tra le altre cose, sancito la costituzione dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR). Di fatto, con tale normativa, le precedenti tredici ASL sono state integrate all'interno dell'ASUR e sono state sostituite da tredici corrispondenti zone.

La creazione dell'ASUR risponde all'esigenza di ricondurre la tradizionale frammentazione e la visione particolaristica tipica del SSR marchigiano all'unitarietà di un sistema a rete composto dalle zone territoriali e dalle loro macrostrutture (distretti e presidi ospedalieri). Tale sistema è finalizzato alla creazione di «economie di sistema» nel governo dell'offerta assistenziale e nella razionalizzazione del funzionamento amministrativo.

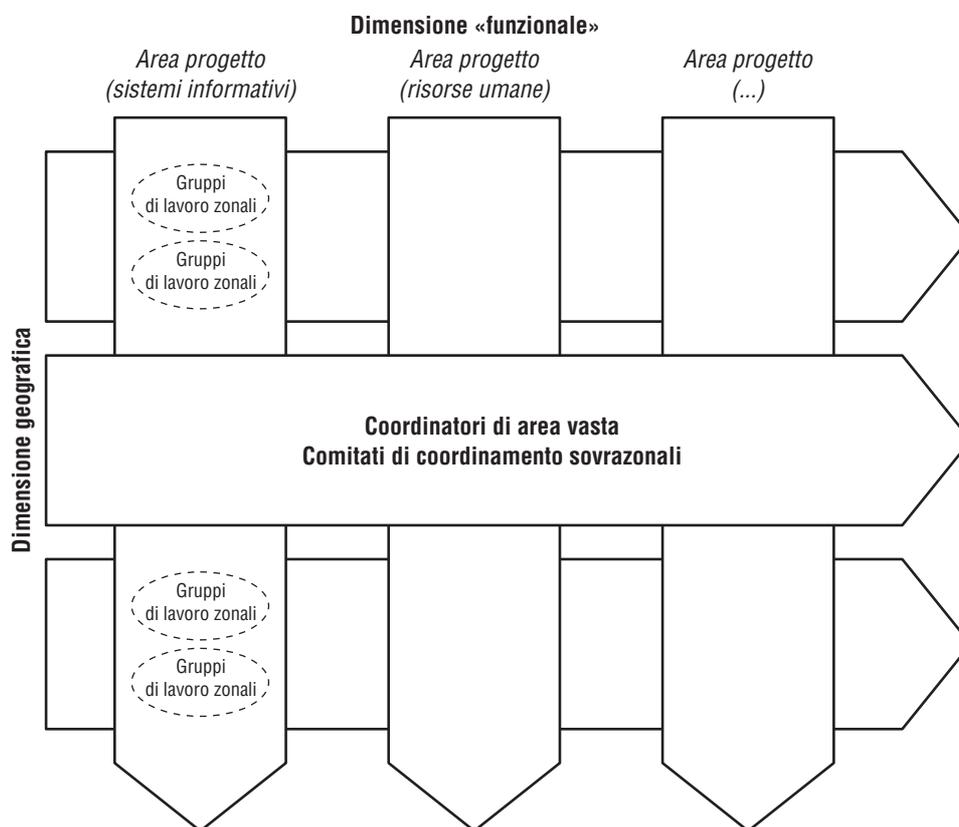
Dal punto di vista della Regione la costituzione di questo nuovo soggetto ha offerto la possibilità di ridurre drasticamente il numero di interlocutori sul versante gestionale, contando su un soggetto (l'ASUR) istituzionalmente preposto a garantire l'unitarietà della gestione su tutto il territorio regionale.

L'elemento caratterizzante l'assetto organizzativo dell'ASUR è rappresentato dall'articolazione in tredici zone territoriali. Le zone hanno principalmente il compito di programmazione, gestione e coordinamento dei servizi sanitari e socio-sanitari nel rispettivo ambito territoriale, sono dotate di autonomia gestionale e organizzativa, pur sempre entro determinati ambiti fissati dall'atto aziendale al fine di favorire l'omogeneizzazione e l'uniformazione interna all'ASUR. Il compito delle zone consiste nell'assicurare alla popolazione residente le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza (LEA) e l'equo accesso ai servizi e alle funzioni di tipo sanitario, sociale a elevata integrazione sanitaria organizzate nel territorio zonale o aziendale. L'attività di programmazione dei servizi e delle attività zonali si esplicita in un piano di attività zonale (PAZ), da definire e attuare in accordo con i soggetti erogatori dei servizi.

Il processo di evoluzione e assestamento dell'ASUR all'interno dell'attuale assetto del SSR marchigiano è un processo tuttora in itinere e in trasformazione. Nella fase iniziale, lo strumento principale utilizzato per veicolare e guidare il processo di cambiamento è stato il cosiddetto piano di gestione del cambiamento. Esso ha fornito lo stimolo metodologico e gli strumenti operativi per realizzare le azioni necessarie a far evolvere il funzionamento interno e il sistema di erogazione dei servizi delle precedenti ASL entro uno schema unitario e coordinato. In particolare, le grandi linee di azione del cambiamento individuate dal piano sono due:

- quella dei «grandi interventi», finalizzata alla realizzazione di un insieme di interventi strategici di grande rilevanza (la gestione del rapporto ASUR-zone, la ridefinizione del sistema informativo in senso unitario e integrato, il rinnovamento del modello di controllo di gestione, il riassetto della configurazione complessiva dei processi amministrativi ecc.);

Figura 9.3 I ruoli di facilitazione del cambiamento nella visione ASUR



- quella dell'intervento diffuso, che privilegia l'azione capillare di riordino e agisce a livello delle singole zone territoriali e delle loro articolazioni.

La direzione dell'ASUR ha inteso interpretare il proprio ruolo come regista del processo di cambiamento e come struttura «agile», con l'accentramento selettivo delle funzioni di governo aziendale (Fig. 9.3):

- è stato costituito un nucleo di responsabili di «aree progetto» in staff alla direzione generale, con il compito di coordinare a livello centrale il processo di cambiamento su base funzionale, sia nell'area amministrativa che nell'area sanitaria, assumendosi anche la responsabilità della formulazione degli indirizzi di rinnovamento tecnico-professionali per l'ambito di competenza. Allo stato attuale le aree progetto più attive dal punto di vista operativo e della sperimentazione sembrano essere quelle dell'area amministrativa, e in particolare l'area dei sistemi informativi, degli approvvigionamenti, delle risorse umane,

del patrimonio, del controllo di gestione. Anche nell'area sanitaria sono state costituite alcune aree progetto, prevalentemente con compiti di coordinamento dei professionisti delle zone:

- area sanitaria informativa;
- area programmazione dei livelli di assistenza;
- area innovazione istituzionale;
- area politiche del farmaco;
- sono state create le figure dei «coordinatori di area vasta», che operano a supporto del direttore amministrativo ASUR per l'impostazione e lo sviluppo di progetti e azioni di cambiamento organizzativo diffuse nelle varie zone. A livello operativo, l'attività dei coordinatori di area vasta è simile a quella dei *project manager*, essi non presidiano vere e proprie strutture organizzative bensì coordinano l'attività di due unità di progetto, il comitato di coordinamento sovrazonale (CO. CO. S), formato dai dirigenti zonali delle varie funzioni aziendali e i gruppi di lavoro zonali (GLZ), composti dai referenti delle singole aree funzionali. Questi ultimi rappresentano la dimensione organizzativa entro la quale dovrebbero prodursi i cambiamenti auspicati e progettati a livello centrale (aree progetto) e sperimentati o affinati a livello sovrazonale. Risultati concreti in termini di sperimentazioni e proposte operative di cambiamento sono venute in particolare dall'area sud, composta dalle zone territoriali di Ascoli Piceno, San Benedetto e Fermo.

#### 9.4.3 L'Azienda ospedaliera universitaria «Ospedali riuniti» e la creazione della rete ospedaliera regionale

La L.R. 13/2003 sancisce la costituzione dell'Azienda ospedaliera «Ospedali riuniti», che nasce dalla fusione per incorporazione nell'Azienda ospedaliera «Umberto I» delle Aziende ospedaliere «G.M. Lancisi» e «G. Salesi»<sup>12</sup>; queste ultime assumono la natura di presidi monospécialistici e corrispondono anche ad articolazioni organizzative dell'azienda. Gli organi di governo dell'azienda sono il direttore generale, la direzione aziendale (composta dai direttori generale, amministrativo e sanitario e dai direttori dei presidi di alta specializzazione Lancisi e Salesi), e l'organo di indirizzo<sup>13</sup>.

Sotto il profilo organizzativo, la più rilevante eccezione rispetto al disegno del D.lgs. 502/1992 deriva dal livello di autonomia e responsabilizzazione attribuiti ai presidi ospedalieri di alta specializzazione. Secondo la legge di riordino, questi

<sup>12</sup> L'ospedale Umberto I è un presidio plurispecialistico, struttura di riferimento per Ancona in tutte le specialità, con centri di eccellenza in molte aree tra le quali ortopedia, neurochirurgia, chirurgia interna, oculistica. L'ospedale Lancisi e l'Ospedale Salesi nascono come strutture di assistenza monospécialistiche, rispettivamente nell'ambito della cardiocirurgia e dell'ostetricia-ginecologia.

<sup>13</sup> Per quanto concerne la composizione dell'organo di indirizzo, il Presidente dell'organo è eletto di comune accordo tra l'Università Politecnica e la Regione Marche; i restanti componenti sono il Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia, il Direttore del DSPC, un funzionario della Regione Marche e uno dell'Università Politecnica.

ultimi sono dotati di autonomia gestionale e operativa nell'ambito degli obiettivi e dei budget assegnati loro dalla Giunta regionale. In particolare, i direttori di presidio di alta specializzazione sono nominati direttamente dalla Giunta regionale e hanno dunque nei confronti di essa un rapporto forte di *accountability* in relazione all'autonomia loro concessa nella gestione delle risorse finanziarie, umane e strumentali. Essi peraltro corrispondono all'organo di raccordo di massimo livello tra l'azienda e i presidi di alta specializzazione: partecipano alla programmazione aziendale complessiva e assicurano l'integrazione interna tra i dipartimenti e le unità organizzative dell'Azienda ospedaliera.

Al fine di migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria offerta ai cittadini, la Regione ha attribuito all'Azienda ospedaliera «Ospedali riuniti» specifiche indicazioni, in particolare:

- assunzione del ruolo di perno del rinnovamento della rete ospedaliera regionale;
- realizzazione di una realtà integrata dal punto di vista del funzionamento interno.

Rispetto al primo punto, la costituzione dell'Azienda ospedaliera «Ospedali riuniti» rientra in un disegno più complessivo di riorganizzazione dell'assetto ospedaliero regionale imperniata sulla costituzione di una rete ospedaliera regionale che si fonda sui seguenti tre capisaldi:

- ospedali a rilevanza regionale, perni della rete che corrispondono alle strutture di assistenza di alta specializzazione, deputate all'assistenza di «secondo livello» con vocazione plurispecialistica o monospecialistica. In tale categoria rientra l'A.O. «Ospedali riuniti», l'altra Azienda ospedaliera regionale il San Salvatore e l'INRCA, centro di riferimento per gli interventi di tutela della salute degli anziani con profili di diagnosi e di cura d'eccellenza;
- ospedali di rete, strutture plurispecialistiche che svolgono attività ambulatoriale, funzione chirurgica di media e di medio-bassa intensità, di *day hospital* e *day surgery*;
- ospedali di polo, strutture dedicate all'assistenza di primo livello e all'integrazione con l'assistenza sanitaria territoriale, con particolare attenzione per la lungodegenza, la riabilitazione e la copertura della rete di emergenza.

Gli «Ospedali riuniti» di fatto ricoprono tutte e tre le configurazioni<sup>14</sup>.

Rispetto alla riorganizzazione degli assetti organizzativi interni, la direzione ha

<sup>14</sup> L'Azienda ospedaliera universitaria (AOU) infatti è ospedale di riferimento per Ancona (ospedale di polo) coprendo un ampio spettro di complessità clinico-assistenziale: medicina, chirurgia, ostetricia, pediatria, ortopedia e cardiologia. Svolge inoltre funzioni di ospedale di rete per l'«area vasta» di Ancona per specialità come neurologia, oculistica, otorinolaringoiatria e dermatologia. Infine l'AOU costituisce ospedale regionale per le seguenti specialità: ematologia, trapianti, terapia intensiva neonatale, neurochirurgia e cardiocirurgia.

inteso promuovere l'evoluzione verso una configurazione flessibile dei processi produttivi, in funzione della specificità del bisogno assistenziale, finalizzata ad assicurare una risposta integrata e coordinata al paziente lungo tutto il percorso diagnostico-terapeutico e riabilitativo. In particolare si segnalano tre elementi distintivi sui quali si fonda il nuovo assetto organizzativo dell'AUO:

- dipartimenti ad attività integrata (DAI);
- strutture organizzative dipartimentali (SOD);
- gruppi funzionali di progetto (GFP).

Il dipartimento ad attività integrata è istituito per garantire, in via prioritaria, l'omogeneità e l'affinità dei percorsi assistenziali gestiti in coerenza con la programmazione della didattica e della ricerca<sup>15</sup>. In questo senso, il modello di gestione dei DAI è finalizzato all'integrazione delle risorse strumentali di dipartimento (superamento della tradizionale logica di appropriazione esclusiva delle risorse strumentali da parte dei «reparti») e alla riorganizzazione degli ambiti di attività sanitaria dei tre presidi sulla base del principio di eliminazione di duplicazioni e sovrapposizioni. Tale principio non implica necessariamente l'eliminazione di strutture organizzative preesistenti, quanto piuttosto la diversificazione degli ambiti di attività<sup>16</sup>. I DAI possono essere «interpresidio» o afferenti a un unico presidio.

La direzione aziendale ha voluto inoltre favorire l'introduzione di articolazioni organizzative di tipo «funzionale»<sup>17</sup>, i gruppi funzionali di progetto. Essi sono gruppi non permanenti che si riuniscono attorno a obiettivi condivisi. La costituzione di tali gruppi è finalizzata a rendere più agevole la gestione unitaria di problematiche complesse e percorsi assistenziali attualmente frammentati.

In questo caso, la presenza combinata di dimensioni organizzative strutturali e funzionali è ordinata alla soddisfazione della duplice esigenza:

1. di sviluppo professionale, scientifico e dell'organizzazione della didattica;
2. di configurazione dei processi in funzione della specificità del bisogno assistenziale.

Oltre all'obiettivo di carattere sanitario di migliorare la qualità dell'assistenza ospedaliera offerta, la costituzione, per incorporazione, di un'unica Azienda

<sup>15</sup> L'aggregazione delle strutture complesse nei DAI si può basare su criteri differenti: affinità di patologie, di casistiche o di attività; specificità dell'organo, apparato o distretto anatomico, criterio dell'intensità e rapidità della cura.

<sup>16</sup> Per esempio, è stato scelto di mantenere quattro strutture complesse di chirurgia generale, ma queste devono lavorare in modo tra loro complementare, per filoni di attività. A oggi una chirurgia generale è dedicata alle urgenze, mentre le altre tre gestiscono i posti letto in modo coordinato e unitario.

<sup>17</sup> Con il termine unità operative «funzionali» si indicano dei gruppi di lavoro (un insieme di professionisti e risorse a disposizione) non legati da rapporti organizzativi gerarchici con altri livelli di governo aziendale ma dalla comunanza di casi/problematiche trattate.

ospedaliera rispondeva anche alla necessità di realizzare economie di scala e di scopo al fine di evitare ridondanze, duplicazioni e migliorare in questo modo il livello di efficienza complessivo. Proprio a tal proposito l'azienda ha posto in essere un processo di riorganizzazione dell'area amministrativa. Tale processo ha richiesto (e sta richiedendo) uno sforzo progettuale e operativo notevole, in considerazione dell'entità delle differenze inizialmente riscontrabili nelle tre ex Aziende ospedaliere, dovute sia al consolidamento di prassi differenti, sia alla differente dimensione e complessità gestionale. Lo stato di avanzamento della fusione a poco più di due anni dall'entrata in vigore della L.R. 13/2003 può essere interpretato come il raggiungimento di un «primo livello di integrazione» che ha i propri elementi cardine nel formare il senso di identificazione rispetto alla nuova entità aziendale e garantire la continuità operativa procedendo a una progressiva omogeneizzazione delle procedure e degli strumenti di gestione. Il passo successivo consisterà nella realizzazione di un apparato amministrativo aziendale unitario, che lavora con logiche, linguaggi e strumenti condivisi.

#### 9.4.4 L'Agenzia Sanitaria Regionale

Anche se non è stata toccata dai recenti cambiamenti degli assetti istituzionali, nel sistema sanitario marchigiano ha svolto un ruolo fondamentale come tecnostuttura di supporto alla regolazione e al governo del sistema sanitario regionale l'Agenzia Sanitaria Regionale (ASR).

In particolare, l'Agenzia ha ricoperto nel tempo i seguenti ruoli:

- supporto strategico agli organi dell'assessorato (DSPC) nella funzione di programmazione sanitaria;
- supporto al potenziamento della qualità professionale, organizzativa e percepita;
- studio, osservazione e analisi di fenomeni sociali e di salute (gestione di osservatori su specifiche tematiche);
- supporto al miglioramento della qualità dei processi assistenziali e del funzionamento delle «reti cliniche»;
- gestione di tutte le fasi tecniche del processo di autorizzazione e di accreditamento;
- governo del processo di aggiornamento e qualificazione professionale continua;
- supporto per la definizione dei flussi informativi di tipo sanitario e non sanitario di interesse regionale.

Pur considerando l'ampia varietà di attività svolte dall'agenzia, di carattere applicativo o scientifico, la funzione svolta dall'Agenzia all'interno del processo di cambiamento è quella di *knowledge management* del SSR a supporto dei tre principali attori: DSPC, ASUR e Ospedali Riuniti. In questo senso, l'ARS è l'organo deputato all'introduzione, alla diffusione e al rinnovamento continuo delle cono-

scenze e delle competenze (tecniche, gestionali, scientifiche) critiche per il funzionamento del sistema.

#### 9.4.5 Il rafforzamento dell'integrazione socio sanitaria

L'integrazione tra l'assistenza sociale e socio-sanitaria nella Regione Marche è una problematica cruciale. Tradizionalmente i comuni marchigiani avevano sviluppato un sistema di deleghe nei confronti delle aziende sanitarie locali per la gestione operativa dei servizi sociali. A seguito della chiarificazione apportata dalla legge 328/2000 sulle competenze riconosciute ai Comuni, questi ultimi hanno iniziato a sviluppare con decisione i propri servizi ritirando progressivamente le deleghe alle aziende sanitarie. L'attuale articolazione delle competenze in termini di committenza e di gestione sui servizi sociali e socio-sanitari genera rilevanti bisogni di integrazione tra le strutture operative degli enti locali e delle aziende sanitarie.

Nell'ambito dei più recenti cambiamenti del SSR marchigiano, oltre alla già citata costituzione del DSPC, l'integrazione nell'area socio-sanitaria si è concretizzata, mediante le seguenti azioni:

- l'allineamento del numero e delle aree geografiche di afferenza dei distretti rispetto agli ambiti territoriali del sociale;
- l'evoluzione degli strumenti gestionali finalizzati ad assicurare l'accesso ai servizi e l'integrazione tra gli stessi.

La prima azione è finalizzata a stimolare:

- l'integrazione delle sedi di programmazione dei servizi sul territorio (integrazione tra piani di attività distrettuali e piani di zona e redazione dei piani comunitari della salute<sup>18</sup>);
- l'integrazione operativa, mediante protocolli in cui vengono definite le modalità tecnico-organizzative con le quali i servizi sanitari e socio-assistenziali si rapportano<sup>19</sup>.

<sup>18</sup> Il piano comunitario della salute è centrato su uno specifico tema di elevata rilevanza socio-sanitaria. La sua redazione coinvolge tutti gli attori interessati sul territorio (imprese, organizzazioni non profit, enti locali, aziende sanitarie ecc.) e cerca di recepire le esigenze della comunità attraverso la concertazione di azioni, interventi preventivi e propositivi per la promozione di determinati elementi di salute o sicurezza pubblica. Il primo piano comunitario della salute sarà incentrato sulla prevenzione degli incidenti stradali.

<sup>19</sup> Particolare enfasi in questo senso è data alle aree della prevenzione primaria e secondaria, materno-infantile, età evolutiva, anziani, disabilità, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

Sotto la prospettiva dell'evoluzione degli strumenti gestionali, il PSR 2003-05 ha previsto la costituzione degli sportelli della salute (SpS) a livello distrettuale, organo speculare ai preesistenti uffici di promozione sociale (UPS) nell'area delle politiche sociali<sup>20</sup>. Gli sportelli per la salute sono definiti dal PSR come «funzioni»: essi corrispondono a un sistema di relazioni che coinvolgono l'insieme di professionisti e strutture assistenziali di base che rappresentano punti di accesso al sistema dei servizi (MMG e PLS, ma anche consultori familiari e altre strutture erogative distrettuali). Il funzionamento a regime degli SpS prevede una stretta integrazione con gli UPS, a formare una rete unica di punti di accesso ai servizi sociali e socio-assistenziali sul territorio.

### 9.5 L'evoluzione degli strumenti di governo del SSR marchigiano

L'evoluzione dell'assetto istituzionale del SSR marchigiano è stata accompagnata da un adattamento dinamico degli strumenti di governo, segnato da un progressivo rafforzamento del governo diretto da parte del soggetto *policy maker* finalizzato a migliorare la capacità di presidio unitario e organico delle performance intermedie e finali del SSR (con particolare riferimento ai fattori maggiormente critici: gli equilibri economico-finanziari e l'appropriatezza del sistema di offerta).

Di seguito vengono presentati brevemente gli strumenti giudicati più rilevanti e che hanno rappresentato elementi di discontinuità rispetto al passato.

La Regione Marche ha potenziato l'attività di programmazione e controllo introducendo o potenziando strumenti finalizzati a orientare direttamente le scelte delle aziende pubbliche e a monitorare in modo continuativo il livello di coerenza della gestione rispetto agli obiettivi assegnati. In particolare, la Regione ha progressivamente introdotto sistemi di programmazione e controllo sulla spesa, sulla struttura di offerta e sul livello quali-quantitativo dei servizi e delle prestazioni offerte.

Tra gli strumenti di *programmazione e controllo* si segnalano i seguenti.

*Il global budget e il sistema di reporting regionale* – A preventivo la Regione assegna alle zone (ex ASL) e alle aziende ospedaliere un *global budget*, inizialmente basato su un volume di costi complessivo e progressivamente affinato negli ultimi anni in termini metodologici e contenutistici (volume di costi per singoli fattori produttivi omogenei). A partire dal budget 2005 anche l'ASUR ha preso parte al processo di negoziazione e assegnazione del *global budget*.

*In itinere*, sulla base delle risultanze dei report trimestrali di controllo di gestione, il DSPC verifica la coerenza dei valori generati dalla gestione rispetto alle

<sup>20</sup> Gli uffici di promozione sociale sono «sportelli informativi e di orientamento» su base intercomunale finalizzati all'accoglimento delle domande, all'interpretazione del bisogno, all'orientamento/accompagnamento ai servizi.

assegnazioni a preventivo e attraverso incontri periodici con le direzioni aziendali stimola l'orientamento dei comportamenti verso la realizzazione degli obiettivi regionali di spesa e di sviluppo dei servizi.

*Il piano delle prestazioni* – Il piano delle prestazioni rappresenta lo strumento per la quantificazione del numero e della tipologia di prestazioni ospedaliere e specialistiche che si prevede saranno erogate in un anno nell'ambito territoriale coincidente con le singole zone, da tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate. Il piano delle prestazioni si presenta come una matrice in cui si individua per ciascuna ASL di provenienza dei pazienti il numero dei ricoveri/prestazioni ambulatoriali atteso<sup>21</sup> per ciascuna struttura di offerta (ASL o AO).

*Il sistema di programmazione e monitoraggio dell'attività ospedaliera* – Sul versante della programmazione, con deliberazione 19 gennaio 2005, n. 163 è stata formulata una proposta di riordino dell'assetto ospedaliero relativamente all'attività per acuti e alla lungodegenza post-acuzie. La proposta indica per le 13 zone, le aziende ospedaliere e gli INRCA il numero massimo di posti letto per singola disciplina con dettaglio per le singole specialità. Sul versante del controllo, il DSPC ha messo a regime un sistema di reporting, con l'intento di fornire alle direzioni sanitarie e ai singoli dirigenti e operatori interessati dati utili a verificare il livello di coerenza rispetto agli indirizzi programmatici regionali (in particolare sull'entità, complessità, qualità e appropriatezza delle prestazioni effettuate). Per favorire attività di *benchmarking* e miglioramento continuo, il DSPC organizza seminari di presentazione alle direzioni delle migliori esperienze regionali.

*Il programma regionale per le liste di attesa* – È stato attivato un sistema di reporting regionale sulle liste di attesa e sono state individuate alcune aree prioritarie di intervento per il riorientamento dei modelli organizzativi e i progetti di razionalizzazione delle agende.

*Il sistema RUG* – È stato implementato uno strumento di classificazione del carico assistenziale dei pazienti non autosufficienti assistiti presso le strutture residenziali e socio-residenziali del territorio regionale (RSA e case di riposo). Il sistema è stato utilizzato per la valutazione *ex post* del livello di appropriatezza dei ricoveri.

Oltre i sistemi di programmazione e controllo, rispetto al tema della definizione

<sup>21</sup> Il piano delle prestazioni è articolato in 5 prospetti, che individuano:

1. numero complessivo delle prestazioni di ricovero ospedaliero ordinario attese;
2. numero complessivo delle prestazioni di ricovero diurno (DH) attese;
3. numero complessivo delle prestazioni di ricovero ospedaliero attese (sommatoria dei primi due);
4. valutazione economica della mobilità ospedaliera (valorizzazione del terzo);
5. valutazione economica della mobilità sanitaria per le prestazioni specialistiche ambulatoriali.

dei modelli clinico-assistenziali, va sicuramente segnalato il progetto *Profili di assistenza*, attivato all'interno dell'Agenzia regionale sanitaria. Al fine di garantire livelli uniformi nella risposta clinico assistenziale ed eliminare l'elevata variabilità *infra*-Regione, per una serie di patologie (uremia cronica infarto, miocardio acuto, ictus, frattura del femore), la Regione ha sviluppato una serie di raccomandazioni, standard e indicatori. Ogni zona e azienda ospedaliera, attraverso la costituzione di gruppi di lavoro multi-disciplinari, è poi chiamata a implementare, nella propria realtà locale, le raccomandazioni sviluppate a livello regionale e a rispettare gli standard.

Dal punto di vista degli strumenti di supporto va segnalato il progetto di dotare tutti i soggetti che compongono il SSR di un sistema informativo integrato e complessivo sia per quanto riguarda i dati amministrativi che per quanto riguarda i dati sanitari. Il piano regionale per l'e-health prevede infatti la realizzazione di un sistema informativo integrato unitario che accomunerà tutte le aziende sanitarie, le loro articolazioni e la Regione capogruppo. Infine si segnala la costituzione della rete epidemiologica delle Marche, fondamentale strumento di conoscenza e prevenzione di primo livello per assicurare la salute pubblica.

La Rete epidemiologica della Regione Marche si articola nei seguenti nodi organizzativi e operativi:

1. osservatorio epidemiologico regionale (OER);
2. centri epidemiologici dell'ASUR – zone territoriali;
3. centri epidemiologici regionali specialistici.

## 9.6 Il rinnovamento del SSR marchigiano: verso un «sistema a rete»

Come accennato nel precedente paragrafo, una serie di nuove leve di governo sono state attivate e sono state integrate e contestualizzate nel nuovo assetto istituzionale. Si può quindi affermare che, da un lato, le riforme dell'assetto istituzionale hanno cercato di riconfigurare il numero e i confini delle aziende al fine di garantire la massima integrazione e, dall'altro, il sistema delle aziende pubbliche si è dotato di strumenti di governo (come per esempio, il global budget o il progetto profili di assistenza) capaci di migliorare l'efficacia del coordinamento tra i vari attori regionali.

In questo senso, i cambiamenti intervenuti sia a livello di modifiche dell'assetto istituzionale sia di introduzione di nuovi strumenti di governo sono riconducibili nella prospettiva della creazione di un'infrastruttura a rete<sup>22</sup>.

Il concetto di «sistema a rete» in riferimento agli attuali assetti del Servizio

<sup>22</sup> Sul concetto di «rete» in sanità si veda in particolare Boari, Grandi, Lorenzoni (1989), Gugiatti (1996), Meneguzzo (1996), Lega (2002).

Sanitario Regionale marchigiano può essere operazionalizzato rispetto a tre dimensioni fondamentali:

- il SSR nel suo complesso, con la Regione come capogruppo, l'ASUR e le aziende ospedaliere pubbliche come elementi/componenti dello stesso;
- la rete ospedaliera regionale, composta da presidi con differente «ruolo» (polo, rete, comunità);
- l'ASUR, come sistema a rete composto dalle zone territoriali e dalle loro macrostrutture (distretti e presidi ospedalieri).

Le tre dimensioni di «rete» sono tra loro strettamente collegate: la configurazione del SSR in termini di assetti istituzionali e strumenti di governo definisce le relazioni di sistema pubblico tra le aziende e con il soggetto capogruppo entro il quale si collocano il cosiddetto «sistema ASUR» e la «rete ospedaliera regionale».

La Fig. 9.4 fornisce una rappresentazione grafica delle tre dimensioni di rete richiamate.

La Regione soggetto capogruppo, attraverso il proprio organo tecnico-amministrativo (Dipartimento servizi alla persona e alla comunità), attua il proprio ruolo di governo strategico attraverso una serie di strumenti di regolazione (leggi, piano sanitario regionale, linee guida) e di programmazione e controllo (volumi di prestazione e dei consumi di risorse).

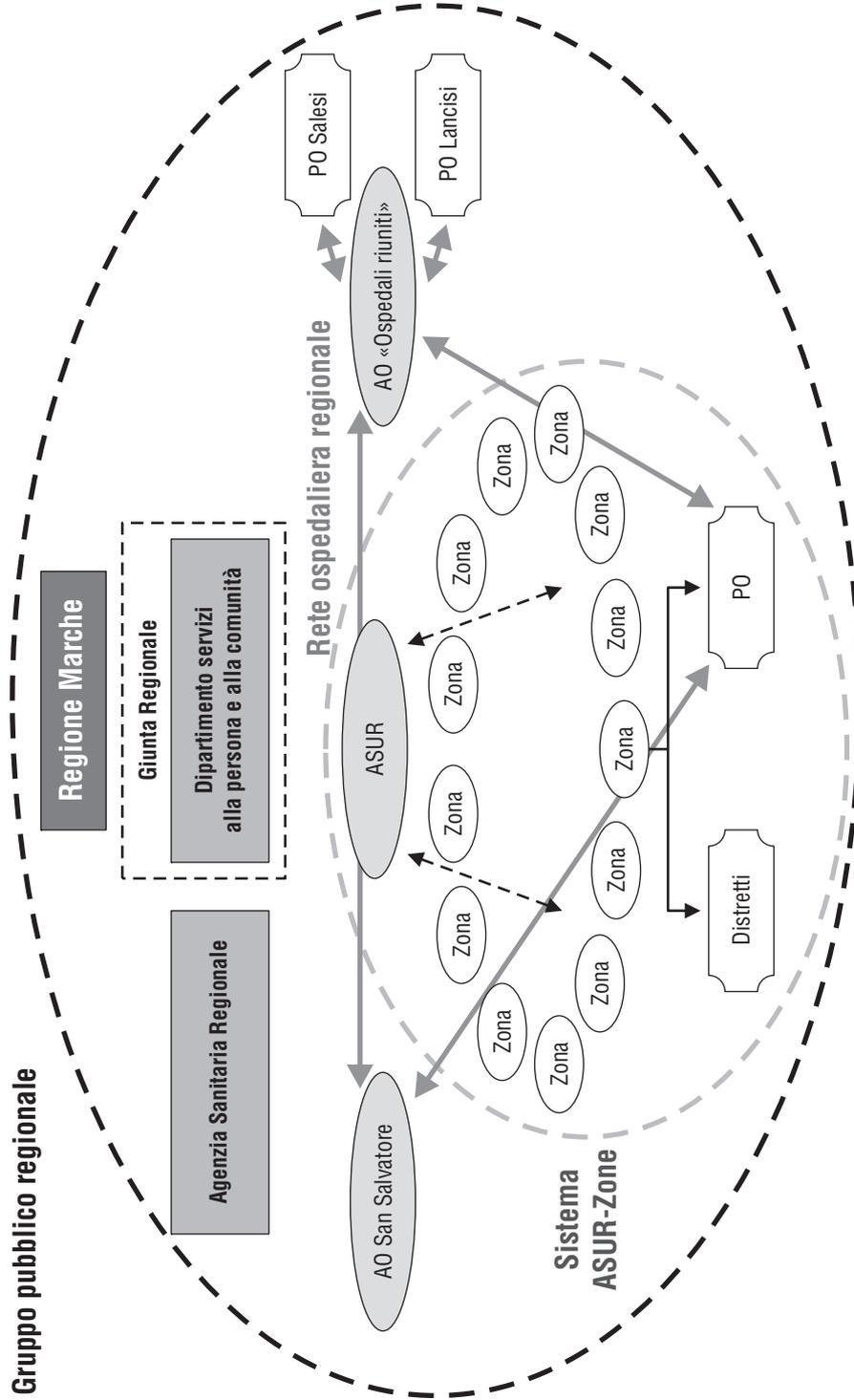
Il sistema «ASUR-zone» si configura al tempo stesso come una delle relazioni qualificanti del funzionamento del SSR nel suo complesso e come rete di tipo intra-aziendale, nella quale un nucleo direzionale centrale in posizione sovraordinata è responsabile del governo unitario dell'azienda e le zone (i nodi della rete) rappresentano le articolazioni responsabili dell'erogazione del servizio finale e della soddisfazione dei bisogni di salute di un determinato territorio.

La rete ospedaliera regionale marchigiana è una rete interaziendale, fondata su relazioni collaborative di tipo paritario finalizzate a massimizzare l'unitarietà della struttura di offerta ospedaliera pubblica regionale ricercando l'integrazione orizzontale attraverso la differenziazione e la complementarietà sulla base delle diverse vocazioni specialistiche e dei diversi livelli di intensità assistenziale.

In base a quanto messo in evidenza in questo e nei precedenti paragrafi, si può sostenere che la riorganizzazione del SSR marchigiano, nell'ottica dell'infrastruttura a rete, è stata compiuta secondo una triplice prospettiva:

- «strategica»: riduzione della frammentazione, rafforzamento dell'identità di SSR e creazione di «network intelligenti»;
- «economica»: economie di scala, snellimento del funzionamento interno;
- «sanitaria»: unitarietà e organicità dell'offerta assistenziale.

Figura 9.4 Le «reti» caratterizzanti del SSR marchigiano



### 9.7 Il processo di rinnovamento istituzionale: un'analisi «interna»

Nei precedenti paragrafi si è cercato di ricostruire il cambiamento intervenuto all'interno del SSR marchigiano adottando una prospettiva oggettiva e facendo riferimento alla documentazione ufficiale prodotta. Di seguito si presenta invece una prospettiva di indagine complementare e «interna», cioè basata sulla percezione del cambiamento da parte degli operatori del sistema.

Lo strumento metodologico di ricerca utilizzato è quello dell'intervista semi-strutturata. In tale metodologia, l'intervistatore dispone di una traccia che riporta gli argomenti che deve toccare nel corso dell'intervista. L'ordine con il quale i vari temi sono affrontati e il modo di formulare le domande sono lasciate alla decisione dell'intervistatore.

Il campione di intervistati è stato identificato sulla base della rilevanza rispetto alla conoscenza del processo di cambiamento. Sono stati intervistati circa 40 soggetti appartenenti al *top management* del DSPC, dell'ARS, dell'ASUR e dell'Azienda ospedaliera «Ospedali riuniti».

Il metodo prescelto è stato preferito a una somministrazione di questionari strutturati a un campione statisticamente significativo di operatori del SSR marchigiano. Esso ha permesso infatti di poter arricchire il processo di conoscenza del cambiamento utilizzando un approccio differenziato al singolo attore, in considerazione del ruolo e del tipo di coinvolgimento avuti.

Si sintetizzano in seguito alcune evidenze emerse in termini di:

- esigenze e aspettative di cambiamento;
- stato dell'arte del cambiamento;
- problematiche e prospettive.

*Esigenze e aspettative di cambiamento* – Esisteva un consenso unanime nell'individuare l'eccessiva frammentarietà e disomogeneità del SSR come le principali problematiche che urgevano una rapida ed efficace risposta. Vi era conseguentemente un'aspettativa diffusa di «semplificazione» del sistema, sia in termini istituzionali (l'elevato numero di aziende sanitarie con forti relazioni politico-istituzionali sul territorio rendeva molto difficile il governo unitario del sistema) che di omogeneità nelle prassi gestionali e operative aziendali.

Vi era poi consapevolezza diffusa dell'insostenibilità economica del sistema, sorta di pari passo con la maturazione della regionalizzazione della sanità e la responsabilizzazione diretta delle Regioni stabilita in particolare dall'accordo 8 agosto 2001. Era infine forte l'aspettativa di un governo unitario e diretto delle variabili critiche del SSR e percezione diffusa che l'apparato assessorile regionale svolgesse un ruolo puramente «amministrativo».

*Lo stato dell'arte del cambiamento* – Se l'esigenza e necessità di cambiare era avvertita in modo forte e indistinto da praticamente tutti gli interlocutori, la perce-

zione sullo stato attuale del cambiamento e sulle modalità di implementazione dello stesso risultano più disomogenee.

Le percezioni sul ruolo svolto dal DSPC quale organo di governo strategico del SSR sono in parte divergenti: la generalità degli interlocutori riconosce che l'opera di accentramento delle leve di comando strategiche realizzata dall'organo assessorile abbia generato un cambiamento pervasivo nelle logiche gestionali introducendo una maggiore attenzione agli aspetti economici.

Con particolare riferimento alla programmazione, la percezione è quella di un passaggio da una logica di ratifica dell'esistente e finanziamento a piè di lista a una logica di programmazione *ex ante* e verifica in itinere effettiva e stringente.

Per contro, secondo alcuni l'introduzione di strumenti (quali il budget e il reporting «regionale» di contabilità analitica) avrebbero introdotto una cultura economista imposta dall'alto che non ha favorito la crescita di una cultura di gestione.

Le percezioni relative al livello di implementazione del riordino del SSR previsto dalla L.R. 13/2003 sono anch'esse articolate. Per quanto riguarda in particolare l'Azienda sanitaria unica, gli interlocutori concordano sul fatto che sia attualmente in atto un rafforzamento delle relazioni sovrazonali finalizzata alla riconfigurazione dei processi aziendali in ottica unitaria (in particolare per i processi amministrativi e di supporto). Vengono inoltre messe in evidenza e apprezzate alcune progettualità innovative/di eccellenza e sperimentazioni condotte in particolare a livello sovrazonale (area vasta o ASUR).

Peraltro, se la percezione del cambiamento sembra essere diffusa in particolare ai livelli apicali delle organizzazioni, essa deve ancora diffondersi e radicarsi alla base delle organizzazioni, per una questione di tempistica del cambiamento tanto quanto di atteggiamento adattivo/di attesa diffuso sul territorio. In questo senso, secondo alcuni le zone sono ora in una fase di cauto adattamento ai cambiamenti imposti dal livello centrale di governo, considerando quella presente una fase ancora transitoria e il cambiamento in atto non ancora del tutto definitivo. Secondo questa visione gli orientamenti della nuova giunta regionale e la fine del periodo transitorio saranno il punto di svolta per comprendere se si assisterà alternativamente a un'accelerazione decisa del cambiamento fino a un suo consolidamento o a un'inversione di direzione.

In relazione al governo del processo di rinnovamento istituzionale, da parte di alcuni interlocutori sono state segnalate alcune criticità relative alla dinamica di implementazione, vissuta come imposta dall'alto, implementata troppo velocemente e comportante un eccessivo carico di innovazioni contestuali. Diffusa è la consapevolezza che risulti nel prossimo futuro necessario fermarsi e far interiorizzare i cambiamenti intervenuti in modo diffuso a tutti gli attori del sistema, affinché questi possano effettivamente produrre gli effetti auspicati.

*L'evoluzione a tendere: problematiche e prospettive* – Per quanto riguarda la configurazione sostanziale del SSR, è fortemente sentita l'esigenza di una chiarificazione sul ruolo dei diversi attori, con particolare riferimento ai rapporti tra

DSPC, ASUR, Agenzia Sanitaria Regionale e zone territoriali. La questione sembra particolarmente rilevante in relazione ai processi di programmazione e controllo (e in particolare di assegnazione delle risorse finanziarie da parte della Regione) e agli assetti di governo gestionale interni alle aziende, con specifico riferimento all'area sanitaria.

In molti degli interlocutori intervistati è diffusa la necessità, al fine di garantire il successo del cambiamento, di puntare nel prossimo futuro sulla comunicazione dei contenuti del cambiamento agli operatori del sistema e ai cittadini, al fine di diffondere la consapevolezza e sostenere il consenso in relazione alla concreta sostenibilità delle scelte stesse.

In termini più complessivi, dalla consultazione degli interlocutori si evince una progressiva evoluzione delle percezioni e delle attese nei confronti dei nuovi assetti istituzionali di sistema. A una prima fase di sconcerto, perplessità e qualche opposizione aperta si sta sostituendo un atteggiamento positivo e in alcuni casi propositivo. Tale dinamica sembra poter essere associabile alla capacità, da parte degli attori del cambiamento, di passare dagli atti di riforma e indirizzo generali a proposte concrete, con un programma di sperimentazione preciso e tempi stretti, dotando il cambiamento di una propria fisionomia e specificità e chiarendo pertanto le condizioni di attuazione. Tutti i soggetti intervistati hanno però mostrato una significativa identificazione con il sistema: anche se non tutte le scelte di cambiamento sono state capite appieno si è infatti riscontrata un'elevata disponibilità di adattamento.

### 9.8 Quali i risultati del cambiamento?

Una volta descritti i cambiamenti intervenuti all'interno del SSR marchigiano a partire dal 2001, sembrerebbe logico esaminare e valutare i risultati di questi cambiamenti. Rispetto a tale punto, va però tenuto presente che l'analisi degli effetti dei processi di cambiamento all'interno di sistemi sociali organizzati presenta significative difficoltà sia da un punto di vista metodologico che operativo<sup>23</sup>. In particolare, nel caso oggetto di analisi, le difficoltà sono legate a diversi aspetti:

- molteplicità dei cambiamenti introdotti;
- multi-dimensionalità dell'oggetto di valutazione;
- difficoltà di misurazione dei risultati<sup>24</sup>;
- impossibilità di stabilire una vera e propria relazione di causa/effetto tra cambiamenti introdotti e risultati ottenuti.

Rispetto all'ultimo punto sopra evidenziato, un errore diffuso nell'interpretazione

<sup>23</sup> Per un approfondimento si veda in particolare Mussari (1999), Hatry e Winnie (1984).

<sup>24</sup> Non tutti gli effetti dei cambiamenti introdotti possono essere quantificati e misurati: alcune conseguenze possono essere quantificate, altre possono essere solo desunte e ipotizzate.

degli indicatori di risultato è quello di attribuire allo specifico intervento oggetto di analisi tutto il cambiamento osservato nell'indicatore, o di interpretare l'eventuale mancanza di cambiamento come prova del fallimento dell'intervento. La ragione di tale errore è che si ignora la presenza di altri possibili fattori e processi che determinano l'evoluzione del fenomeno nel tempo. Ridurre la valutazione di efficacia a un semplice confronto prima/dopo significa presumere che il fenomeno in questione sia privo di una dinamica propria che esiste a prescindere dall'intervento.

Inoltre va tenuto in considerazione che l'andamento dell'indicatore preso in considerazione, si pensi per esempio, a un indicatore di appropriatezza, può essere influenzato da altri fattori, chiamati in letteratura *confounding variables*, che nulla hanno a che fare con i cambiamenti oggetto di analisi.

Infine, l'identificazione degli effetti di un dato cambiamento necessiterebbe, per maggiore rigore teorico, di un confronto tra lo scenario «reale» e uno scenario «di controllo». Se si vuole, per esempio, andare a valutare gli effetti conseguenti la costituzione dell'ASUR bisognerebbe, a livello teorico, prevedere un'ipotetica situazione di mancata costituzione dell'ASL unica.

Tenuto conto di questi problemi di carattere metodologico, si cercherà però di spiegare le possibili ragioni dell'andamento di alcuni trend nell'ottica dei fattori di cambiamento introdotti. In particolare, nel presente paragrafo, è stata analizzata la performance del SSR marchigiano rispetto a due dimensioni rilevanti:

- appropriatezza dell'offerta clinico assistenziale;
- equilibrio economico-finanziario.

Altri importanti aspetti, legati alle performance di sistema, sono stati trascurati, si pensi per esempio, al livello di soddisfazione dei cittadini oppure ai recuperi di efficienza legati ai processi di unificazione delle funzioni amministrative. Nel presente contributo si è deciso di porre attenzione su questi due aspetti innanzitutto perché sicuramente rilevanti e critici per il SSR marchigiano e in secondo luogo perché si tratta di variabili di più facile e oggettiva misurazione.

*Il livello di appropriatezza dell'offerta clinico assistenziale* – Nel periodo oggetto di analisi, la Regione Marche ha investito in modo significativo sul miglioramento dell'appropriatezza dell'offerta clinico assistenziale attraverso un'attenta attività di programmazione, monitoraggio e riordino complessivo delle strutture ospedaliere regionali.

Alcuni indicatori hanno mostrato significativi trend positivi:

- il tasso di ospedalizzazione per acuti ha mostrato negli ultimi anni un marcato trend decrescente: era pari a 209 ricoveri per 1.000 abitanti nel 2001, è sceso a 200 nel 2002, a 187 nel 2003 e a circa 178 ricoveri per 1.000 abitanti nei primi nove mesi del 2004. La Regione Marche si sta così progressivamente avvicinando allo standard recentemente ridefinito a livello nazionale (cfr. nota 8). Paralle-

lamente risulta potenziata l'assistenza per non acuti, con particolare riferimento alla lungodegenza e riabilitazione (ricoveri in lungodegenza aumentati da 1.976 nei primi nove mesi del 2001 a 2.666 nei primi nove mesi del 2004);

- contestualmente a una riduzione dell'attività di ricovero ordinario con degenza superiore alla giornata, la Regione Marche ha cercato di potenziare nuovi e diversi modelli organizzativi quali la *day surgery/one day surgery*. Negli ultimi quattro anni il numero di ricoveri, avvenuti secondo queste modalità organizzative, ha mostrato infatti un trend crescente;
- il tasso di ospedalizzazione per pazienti in età pediatrica (< 15 anni) ha mostrato negli ultimi anni un trend declinante passando da 103 a 64 ricoveri per 1.000 abitanti per i DRG medici e da 27 a 21 per i DRG chirurgici;
- i DRG medici ad alto rischio di inappropriata individuati dal D.P.C.M. 22 novembre 2001 (i c.d. DRG «sentinella») hanno fatto registrare un significativo andamento decrescente sia in termini in numero di dimissioni (passando da 29.100 a 19.651) che in termini di numero di giornate complessive di ricovero (che sono passate da 190.000 a circa 158.000).

Permane però ancora un'elevata variabilità intraregionale nel ricorso all'ospedalizzazione in termini sia di tasso di ospedalizzazione che di giornate di degenza media.

*I risultati economico finanziari* – L'andamento dei dati economici degli anni presi in riferimento possono essere sintetizzati nel modo seguente:

- diminuzione delle perdite economiche (Fig. 9.5); il SSR marchigiano negli anni Novanta ha accumulato una perdita strutturale molto pesante, che nel 2001 si poteva quantificare in 156 milioni di euro su base annua. Negli anni dal 2002 al 2004 il risultato economico ha avuto un andamento migliorativo significativo, registrando una diminuzione della perdita annua del 24 per cento nel 2002 (–109 milioni di euro) e nel 2003 (–90 milioni di euro), e del 20 per cento nel 2004, attestandosi su una perdita annuale di 72 milioni di euro<sup>25</sup>;
- significativo attenuamento della dinamica di aumento dei costi (Fig. 9.6). In

<sup>25</sup> I valori economici del SSR relativi agli anni 1999-2003 sono stati estratti dal bilancio consolidato del SSR. Per quanto riguarda i valori del 2004, non essendo disponibili i dati di bilancio consolidato sono stati presi in riferimento i dati della contabilità analitica delle aziende sanitarie raccolti nel IV report trimestrale e raccordati con il bilancio. Il dato relativo al «risultato economico» di SSR è ottenuto a partire dal «risultato di esercizio» del SSR, includendo i costi sostenuti per l'ammortamento della quota capitaria dei mutui finalizzati contratti dalla Regione ed escludendo invece dal calcolo dei valori economici elementi quantitativamente rilevanti che gravano formalmente sul bilancio consolidato del SSR ma che effettivamente non sono di sua competenza (si ricorda in particolare il ripiano dei deficit annuali dell'INRCA e il sostenimento degli oneri aggiuntivi per il rinnovo dei contratti). Il risultato economico identificato per gli anni 2003 e 2004 considera come voce straordinaria di ricavo il contenzioso con lo Stato per la ripartizione delle quote integrative del fondo sanitario nazionale.

Figura 9.5 **Il risultato economico del SSR marchigiano negli anni 2002-2004 (dati in milioni di euro)**

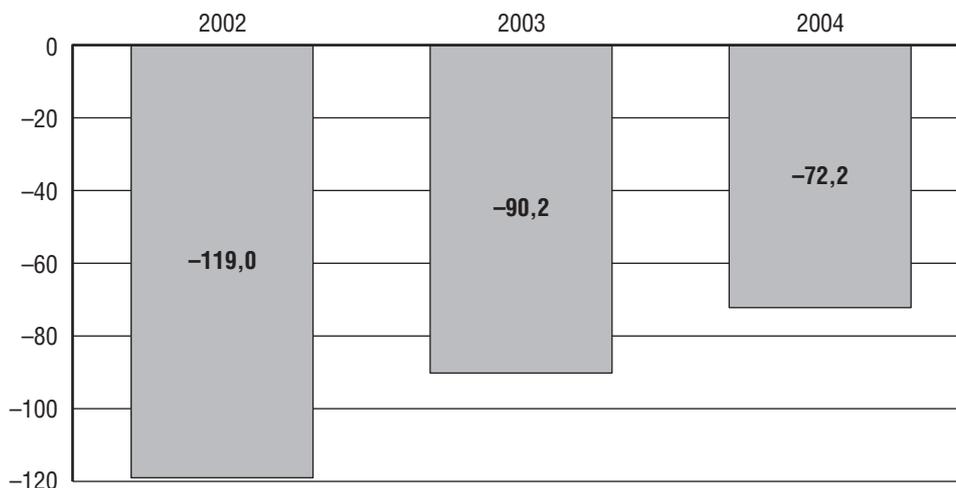
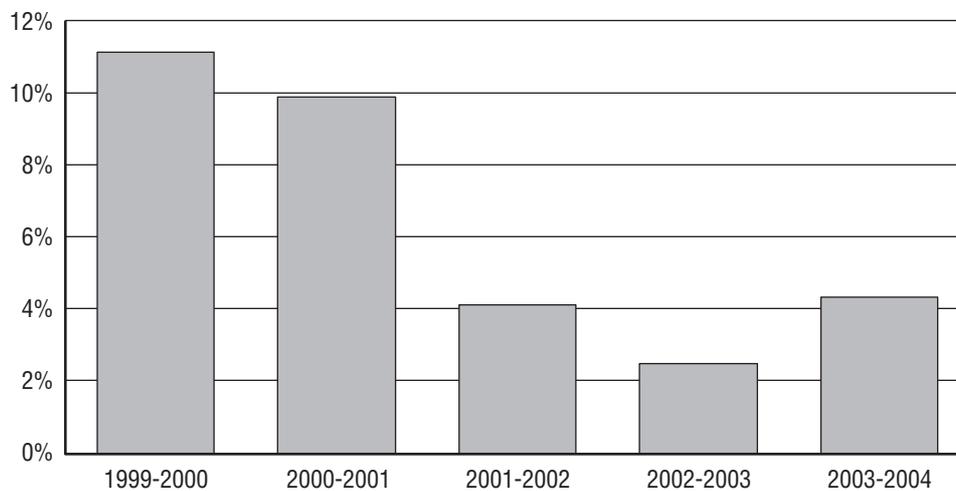


Figura 9.6 **L'andamento dei costi del SSR marchigiano: variazioni annue nel periodo 1999-2004 (incrementi percentuali)**



particolare, se negli anni 1999-2001 si assisteva a un incremento medio superiore al 10 per cento, nel triennio successivo la variazione media annuale si attesta sul 3,7 per cento. Gli aggregati economici che mostrano i *trend* di aumento più bassi sono relativi alla spesa farmaceutica convenzionata, le spese per il personale e per «altre prestazioni» (che, tra le voci più significative, comprendono l'acquisto di prestazioni sanitarie residenziali e semiresidenziali).

## 9.9 Conclusioni

Nei precedenti paragrafi sono stati analizzati i cambiamenti intervenuti all'interno del SSR marchigiano sotto la duplice prospettiva degli assetti istituzionali (struttura del sistema, entità e configurazione dei soggetti che lo compongono) e degli strumenti di governo del sistema.

Come messo in evidenza nel corso del presente contributo, diverse sono le possibili prospettive di indagine dei cambiamenti introdotti. Dall'analisi empirica e documentale sembra di poter affermare che il significato principale del più recente cambiamento del SSR marchigiano sia inquadrabile come processo di rafforzamento del SSR nell'ottica della rete. Come spiegato nel par. 9.5 sono evidenziabili nel contesto marchigiano tre diversi tipi di rete:

1. il SSR nel suo complesso;
2. la rete ospedaliera regionale;
3. il «sistema ASUR».

La scelta di rinnovamento degli assetti istituzionali attuata con la legge di riordino 13/2003 rappresenta certamente una visione «innovativa» nel panorama della sanità regionale, che sta suscitando interesse e curiosità da parte di altre realtà regionali (come, per esempio, il Molise). A oggi la fase di progettazione e prima sperimentazione può considerarsi esaurita. Le sfide che si prospettano alla Regione Marche per il prossimo futuro non sono meno significative e più semplici da affrontare di quelle affrontate nella fase progettuale, istitutiva e di primo avvio. Si segnalano in particolare tre fronti sui quali sarà necessario imporre la massima attenzione, dedicare impegno e creatività, impiegare risorse:

- diffondere in modo capillare la consapevolezza del nuovo modello e far accettare i cambiamenti di professionalità, atteggiamenti e comportamenti che esso comporta: le valutazioni e le attese degli attori del sistema captate all'inizio 2005 sembrano essere positive, ma occorre che esse siano adeguatamente comunicate e «profondamente interiorizzate» dalla maggior parte dei cittadini;
- chiarire in modo sempre più preciso le competenze del DSPC, dell'Assessorato alla Sanità, dell'Agenzia Sanitaria Regionale (ASR), dell'ASUR. È necessario evitare sovrapposizioni di competenze, affrontare congiuntamente le «aree di indeterminatezza» che comunque esistono poiché in una realtà complessa è impossibile e improbabile tracciare confini netti, ma occorre altresì sviluppare competenze nuove e, soprattutto, rafforzare il modello del lavoro di squadra a livello regionale;
- potenziare le soluzioni funzionali per rendere sempre più sinergici i rapporti ASUR-zone e ASUR-dipartimenti per far emergere concretamente che l'autonomia professionale e di gestione sugli ambiti territoriali può coesistere con lo

svolgimento di funzioni di indirizzo e di governo a livello centrale, finalizzate a creare «sinergie» ed evitare (o prevenire) possibili conflitti e disfunzioni.

Per queste sfide occorrono metodi e strumenti di gestione sofisticati ma soprattutto occorrono persone che nelle diverse posizioni di responsabilità credano nei principi della collaborazione e dell'autonomia che non possono essere disgiunti dalla responsabilità, dal rispetto delle competenze e delle funzioni di ogni organo e posizione e nel rispetto personale nei confronti degli altri.

### Bibliografia

- Anessi Pessina E. (1992), «Il governo della sanità nei paesi industrializzati: modelli a confronto», *Mecosan*, n. 3, pp. 19-41.
- Boari C., Grandi A., Lorenzoni G. (1989), «Le organizzazioni a rete: tre concetti di base», *Economia e politica industriale*, n. 64, pp. 283-310.
- Buccoliero L., Caccia C., Nasi G. (2005), *Ed-health*, Milano, McGraw Hill.
- Cantù E. (2004), «Il finanziamento delle aziende sanitarie in Regione Marche», in C. Jommi (a cura di), *Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche*, Milano, Egea.
- Gugiatti A. (1996), «Sistemi a rete e organizzazione dei servizi sanitari», in Meneguzzo M. (a cura di), *Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie*, Milano, Egea.
- Hatry R.E., Winnie D.M. (1984), *Practical Program Evaluation for State and Local Government*, Washington D.C., Urban Institute Press.
- Lega F. (2002), *Gruppi e reti in sanità. Strategie di gestione*, Milano, Egea.
- Londono J.L., Frenk J. (1997), «Structured Pluralism: Towards an Innovative Model For Health Systems Reform In Latin America», *Health Policy*, n. 41.
- Longo F. (2002), «Lombardia, Marche Toscana, tre soluzioni per un problema», *AboutPharma*, n. 3.
- Longo F. (2003), «Strumenti di governo dei gruppi di aziende sanitarie pubbliche: quale mix scegliere dal tool box», *Mecosan*, n. 45, pp. 9-23.
- Meneguzzo M. (1996), «Dall'azienda sanitaria alle reti di aziende sanitarie: una prima valutazione dell'efficacia dei network sanitari», *Mecosan*, n. 19.
- Mills A.J., Ranson M.K. (2001), «The Design of Health Systems», in M.H. Merson, R.E. Black, A.J. Milla (a cura di) *International Public Health: Diseases, Programs, Systems, and Policies*, Gaithersburg, Aspen Publishers.
- Mussari R. (1999), *La valutazione dei programmi nelle aziende pubbliche*, Torino, Giappichelli.
- Roemer M. (1993), *National Health Systems of the World*, Oxford, Oxford University Press.