

# Bocconi



## NATURA E GOVERNANCE DELLE AZIENDE SANITARIE



**Università Commerciale  
Luigi Bocconi**

CERGAS  
Centre for Research on Health  
and Social Care Management

**Francesco Longo**  
CERGAS-SDA Bocconi  
Roma, Anaa, 27 giugno 2017

**SDA Bocconi**  
School of Management

# Agenda

- La nuova natura istituzionale del SSN: da reti di aziende in competizioni a holding regionali
- One fits all: eterogeneità delle missioni aziendali e omogeneità della governance
- Aziende grandi: quale middle management con quale inquadramento contrattuale?
- Shortage dei medici: sistema pubblico CHIUSO vs. privato APERTO?

# Da reti di aziende in competizione a sistemi regionali unitari

- Il SSN era stato definito dal D.lgs. 502/92 come una **rete di aziende pubbliche e private accreditate in competizione amministrata dalle regioni**
- A partire dal 2008-2010, trasformazione verso un sistema di **holding regionali**: le reti di aziende in competizione sono progressivamente diventate sistemi di erogazione unitariamente coordinati dalla capogruppo regionale
- Cresce la rilevanza di **aziende sanitarie che si specializzano e servono l'intero territorio regionale** (es. IRCCS regionali oncologici)
- Crescono le **funzioni amministrative e di supporto che vengono centralizzate**

# Riforme istituzionali per il consolidamento dei gruppi sanitari regionali

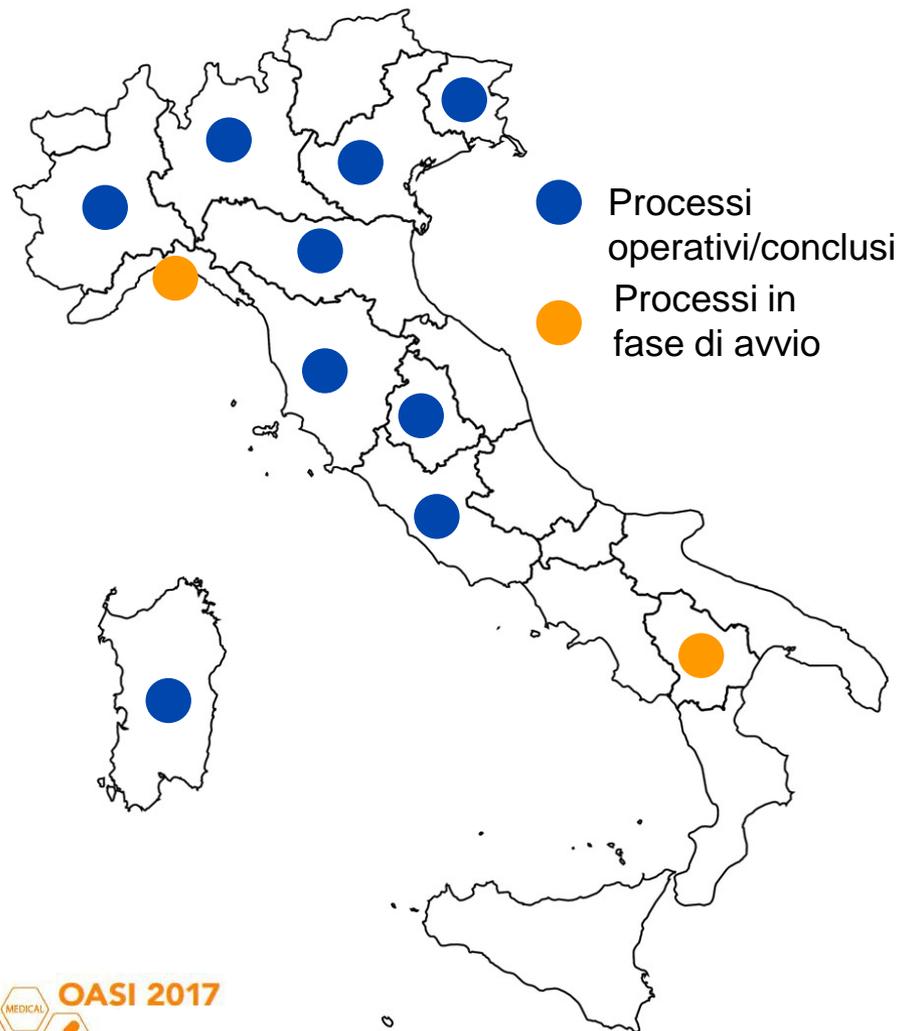
## 1. Riduzione del numero delle Aziende

- i. Semplificazione della «catena di comando»/avvicinamento a regione
- ii. Re-integrazione tra strutture ospedaliere e territoriali

## 2. Istituzione o rafforzamento di Agenzie/aziende regionali specializzate

## 3. Rafforzamento di livelli intermedi di cooperazione obbligatoria tra aziende

## 4. Specializzazione di aziende sanitarie per l'intero sistema regionale



# Da reti di aziende in competizione a sistemi regionali unitari

- La trasformazione è avvenuta senza una spinta normativa. Questo ha aumentato gli **spazi di autonomia regionale**, ma in assenza di strumenti di *governance* e contrattuali adeguati
- Un sistema collaborativo dovrebbe abbandonare metriche e incentivi alla competizione
- Un sistema collaborativo dovrebbe **allineare i modelli di finanziamento** a logiche di cooperazione

# Eterogeneità delle missioni aziendali

- Aziende locali (CN), di area vasta (ASUR Sardegna), di vocazione nazionale (San Orsola Malpighi)
- Aziende prevalentemente territoriali (ASL Torino), aziende prevalentemente ospedaliere (Città della Scienza e della Salute), aziende integrate ospedale-territorio (AUSL RE)
- Aziende di assistenza, di assistenza e ricerca, di assistenza e didattica, di assistenza-ricerca-didattica
- Aziende monospecialistiche (INT), aziende plurispecialistiche, aziende generaliste (Umberto I)

# Eterogeneità delle aziende/agenzie intermedie

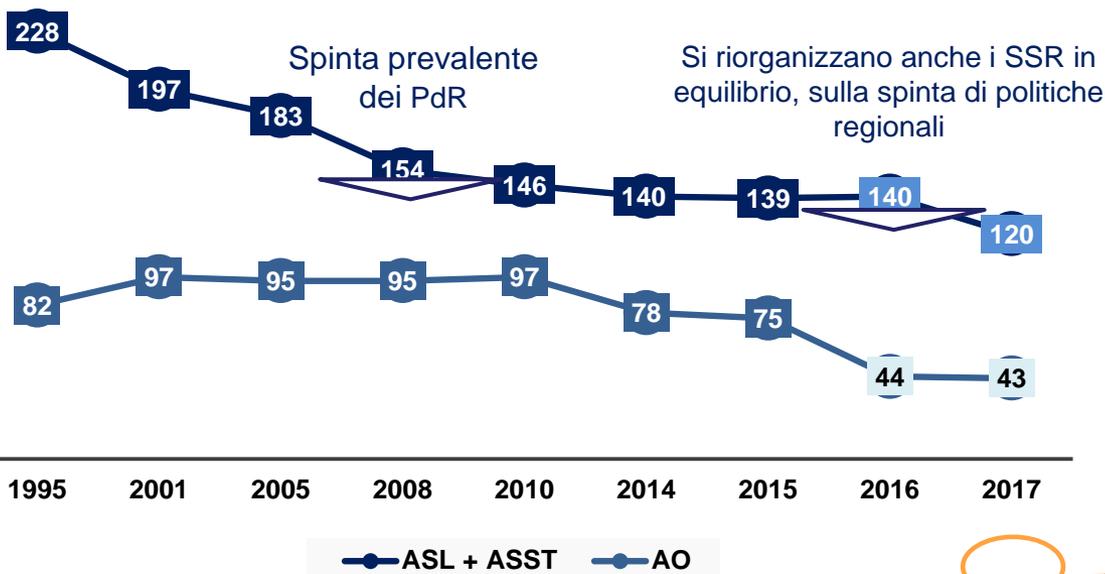
		Sì	Agenzia con funzioni di governo	No
Supporto amministrativo e/o operativo centralizzato	Sì	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A.Li.Sa. (Liguria)</li> <li>• Azienda Zero (Veneto)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EGAS (Friuli Venezia Giulia)</li> <li>• ESTAR (Toscana)</li> <li>• AREU (Lombardia)</li> <li>• Agenzia promozione SSL (Lombardia)</li> <li>• Agenzia dei Controlli (Lombardia)</li> <li>• AREUS (Sardegna)</li> <li>• CRAS (Umbria)</li> </ul>	
	No	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ATS (Lombardia)</li> </ul>		

Fonte: elaborazioni OASI da Del Vecchio e Romiti (2017)

# ASSETTO ISTITUZIONALE OMOGENEO

- Un abito istituzionale uguale per tutti:
  - I. DG monocratico
  - II. DS, DA, DSS, DIRSCIENT
- Il CdA esiste negli IRCCS
- Qualche organo pleonastico (collegio delle professioni, assemblea dei sindaci)
- One fits all?
- Dove si contempera politica/gestione/amministrazione?

**Evoluzione numero aziende sanitarie pubbliche (1995-2017)**



**Recenti riassetti istituzionali (15-17)**

- Piemonte: ASL unica città di Torino
- Lazio: 3 ASL del Comune di Roma, integrazione con AO
- Lombardia: ATS e ASST
- Toscana: 3 ASL
- FVG: ASUI
- Veneto: Azienda zero e 9 ULSS
- Sardegna: ATS Unica
- Emilia Romagna: integrazione ASL e AO (Reggio Emilia)

- 22 IRCCS pubblici
- 9 AO integrate con il SSN
- 17 Enti intermedi

	1995	2001	2005	2008	2010	2015	2016	2017	Var % 2001-2017
<b>Popolazione media per ASL</b>	292.450	294.129	317.734	383.969	413.290	437.379	433.325	504.912	+72%

# L'evoluzione delle aziende sanitarie

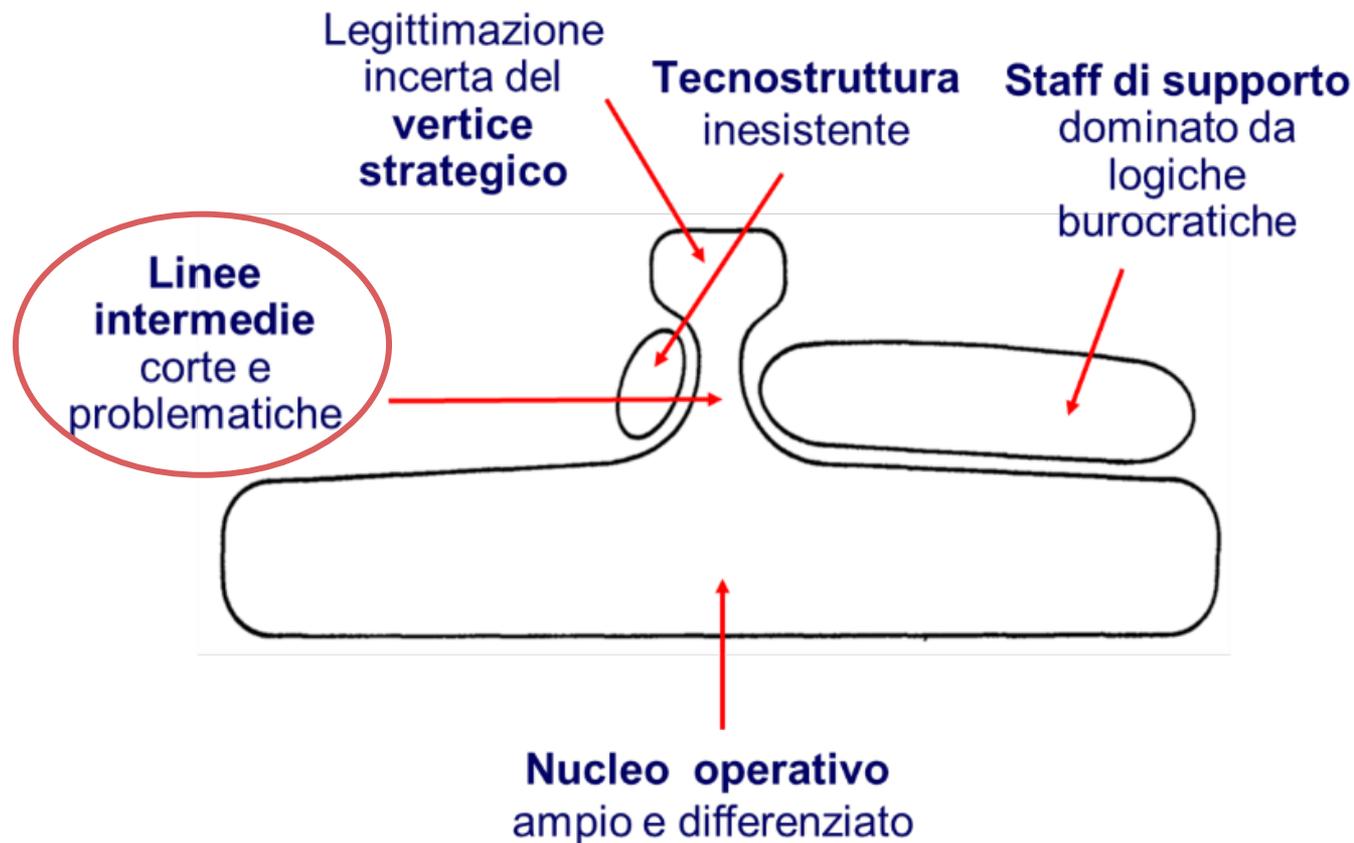
- Fusioni e accorpamenti aziendali
- Aziende di dimensioni maggiori



- **Aumento della complessità:**

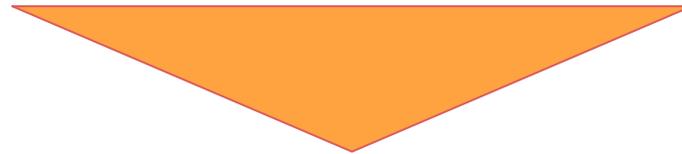
- Estensione elementi da governare (UO, prodotti, mercati, funzioni, tecnologie, professionalità)
- Crescita eterogeneità interna (numerosità, disomogeneità, interdipendenze, variabilità)
- Pressioni esterne su vincoli e risultati
- Pressioni interne su risultati attesi

# Le caratteristiche del modello organizzativo tradizionale delle Aziende Sanitarie



## —Il middle manager «tradizionale»:

- si percepisce come parte del nucleo operativo, piuttosto che cinghia di trasmissione e parte del gruppo dirigente;
- quando non rappresenta, isola (*custodial strategy*);
- considera la lealtà prima verso il paziente e gli *stakeholder* piuttosto che verso l'organizzazione;
- assume con riluttanza il ruolo di leader.



**Il tentativo di trasformare le culture professionali in “ibride manageriali” spesso genera spinte alla burocratizzazione formale e logiche di adempimento passivo**

# Quali risposte possibili?

—La risposta è il rafforzamento del middle management?

*“Manager che detengono l’autorità formale e che collegano il vertice strategico con il nucleo operativo”*

Chi sono i middle manager nelle aziende sanitarie?

Quali strumenti organizzativi per valorizzarli?

# Il middle management sanitario

## — Tradizionale

- Un repertorio chiuso di posizioni disponibili:
  - territoriali (distretto)
  - cliniche (dipartimento)
  - strutturali (presidio ospedaliero)

## — Nuovi ruoli

- Responsabilità trasversali:
  - processi/progetti
  - integrazione
  - coordinamento
  - piattaforme produttive

# La risposta alla complessità



## 4 HP DI SVILUPPO MIDDLE MANAGEMENT

- Sviluppo linea intermedia (veri direttori di dipartimento full time)
- Sviluppo staff integrati della direzione generale
- Sviluppo piattaforme produttive e funzioni di coordinamento (ospedale per intensità di cura)
- Divisionalizzazione del nucleo operativo (aziende nelle aziende)

## Stesso contratto e identici stimoli allo sviluppo professionale?

- Differenze tra middle management e clinici?
- Differenze tra modelli regionali?

# LO SHORTAGE GENERA COMPETIZIONE TRA AZIENDE PER ARRUOLARE MEDICI

- Competizione tra città e campagna
- Competizione teaching/research vs. strutture solo assistenziali
- Competizione tra nord e sud
- Competizione tra pubblico e privato
- Competizione tra ospedale e servizi territoriali

# SISTEMI DI IMPIEGO APERTI E SISTEMI CHIUSI

- Un sistema di impiego è chiuso se permette di fatto solo inserimenti da giovani nel basso della piramide e percorsi di carriera interni
- Un sistema è aperto se permette inserimenti a metà o in cima alla piramide anche a metà carriera
- Le aziende pubbliche del SSN hanno un sistema chiuso (5 anni di lavoro da dipendente prima di poter concorrere ai concorsi dopo lunghi anni di precariato)
- Le aziende private del SSN hanno un sistema aperto
- Le aziende pubbliche hanno contratti di lavoro difficilmente personalizzabili
- Competizione intelligente?