

7 I processi di fusione aziendale nel SSN: evidenze per il management e i policy maker

di Clara Carbone, Mario Del Vecchio, Federico Lega e Anna Prenestini¹

7.1 Introduzione

Il SSN del nostro Paese è stato caratterizzato, sin dalla sua costituzione, da rilevanti processi di aggregazione/fusione di aziende sanitarie. A partire dal 1993 rispetto alle USL, connotate come organizzazioni integrate e tendenzialmente ancorate al livello comunale, si è assistito a un duplice processo. Da una parte, un processo di de-integrazione ha portato alla creazione di aziende autonome e maggiormente specializzate nell'ambito dell'assistenza ospedaliera (le AO), dall'altra, un processo di concentrazione e allargamento delle dimensioni ha fatto sì che da più di 650 USL si passasse a circa 200 ASL (197 nel 2001). Fino ai primi anni duemila i due fenomeni si sono compensati, producendo una sostanziale stabilità nel numero complessivo delle aziende sanitarie pubbliche².

Nell'ultimo decennio, l'effetto di concentrazione e di aumento delle dimensioni medie ha iniziato a prendere il sopravvento, riducendo il numero delle

¹ Il capitolo è frutto di un lavoro di ricerca comune degli autori che ne condividono congiuntamente contenuti e risultati. A Clara Carbone è attribuito il § 7.1, a Mario Del Vecchio i §§ 7.2 e 7.5, a Federico Lega i §§ 7.3 e 7.6, ad Anna Prenestini il § 7.4. Gli autori ringraziano per le interviste e per il prezioso contributo nel reperimento delle informazioni necessarie alla strutturazione del caso dell'AUSL della Romagna: il dott. Andrea Des Dorides, già DG dell'AUSL della Romagna; il dott. Marcello Tonini e il dott. Franco Falcini, rispettivamente DG e DA dell'AUSL della Romagna; il sindaco di Cesena Paolo Lucchi, presidente della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) della Romagna; l'assessore Raoul Mosconi, presidente del comitato di distretto di Forlì presso la CTSS della Romagna; il dott. Tiziano Carradori, già direttore generale dell'assessorato alla sanità e alle politiche sociali della Regione Emilia Romagna e già direttore dell'AUSL di Ravenna. Inoltre, per i «casi controllo» e la proficua discussione si desidera ringraziare la dott.ssa Paola Bardasi e il dott. Stefano Carlini, rispettivamente DG e DA dell'AUSL di Ferrara, il dott. Angelo Tanese, DG dell'ASL Roma E, il dott. Gianni Genga, già DG dell'ASUR delle Marche, e tutti i membri delle direzioni strategiche che hanno partecipato al workshop sulle cooperazioni e fusioni aziendali del Network dei Direttori delle Aziende Sanitarie Pubbliche (Network DASP) presso la SDA Bocconi – School of Management.

² Per semplicità non vengono qui considerati altre tipologie di istituti pubblici in ambito sanitario quali gli IRCCS e i policlinici universitari a gestione diretta.

aziende di circa un quinto. In particolare, a partire dal 2001 il SSN è stato caratterizzato da una fase di ingegneria istituzionale che ha visto il moltiplicarsi di scelte di ridefinizione istituzionale delle aziende sanitarie pubbliche³ attraverso soprattutto processi di fusione (cfr. Tabella 7.1): si è passati da 330 aziende del 2001 a 245 nel 2015 registrando una variazione del -26%. In particolare, per le due tipologie di aziende numericamente più rilevanti (ASL e AO), si registrano i seguenti trend: si è passati da 197 ASL del 2001 a 139 ASL del 2015 (bacino di utenza medio per ASL pari a circa 437.000 abitanti nel 2015 che è aumentato di quasi il 50% rispetto a quello del 2001) e da 97 AO del 2001 a 75 AO del 2015. La riduzione del numero delle aziende è stata anche accompagnata da un decremento del numero dei posti letto (RO e DH) pari al 23% come è già stato ampiamente descritto nel cap. 3 del presente Rapporto.

Tale fenomeno ha caratterizzato maggiormente le regioni in Piano di Rientro – PdR – (Cfr. Tabella 7.2): nel corso degli ultimi 15 anni, nelle regioni in PdR si riscontra una riduzione del numero di aziende del 43% (-44% le ASL e -40% le AO), rispetto a riduzioni più contenute che si sono verificate nelle regioni non in PdR (-20%) frutto di una riduzione del numero delle ASL (-35%) e di un aumento del numero delle AO (+33%).

La dinamica delle fusioni – insieme alla spinta sottostante di come assicurare nei sistemi sanitari regionali una maggiore cooperazione tra le aziende – è destinata ad intensificarsi. Se i dati della tabella 7.1 incorporano già gli esiti del riassetto del Friuli Venezia Giulia – FVG – (cfr. Box 7.1), non è così per la Toscana, il cui riassetto, già definito, partirà dal 2016 (Box 7.2), né per la Lombardia, per la quale il nuovo disegno del sistema sembra ormai essere definitivamente tratteggiato (Box 7.3) e né per il Veneto, dove si prevede l'istituzione di un'azienda holding e la riduzione delle aziende ULSS da 21 a 7 (cfr. Box 7.4). Si tratta di tre esempi significativi dell'intensità e della profondità dei cambiamenti in atto. Nel caso del FVG la sua natura di regione a statuto speciale le ha consentito di prevedere l'incorporazione delle Aziende Ospedaliere Universitarie nelle nuove entità, rompendo un diaframma che ancora permane nelle regioni a statuto ordinario. Nel caso della Toscana colpisce la radicalità della trasformazione che in un progetto iniziale avrebbe dovuto includere anche le quattro aziende universitarie, ora superstiti. Per quanto concerne la Lombardia, l'inclusione della maggior parte degli ospedali nelle aziende integrate rappresenta un radicale cambiamento di prospettiva per una regione che nei decenni trascorsi aveva fatto della separazione degli ospedali dai servizi territoriali un proprio tratto distintivo.

Fusioni e «cooperazioni istituzionalmente rafforzate» non sono, tuttavia, rintracciabili solo in un quadro di riassetto regionale complessivo. In molti casi sono avvenuti, e stanno avvenendo, in scenari più locali, senza un coinvolgimento

³ In questo caso per aziende sanitarie pubbliche s'intende l'insieme di ASL, AO, IRCCS di diritto pubblico e AOU pubbliche integrate con il SSN (ex Policlinici pubblici a gestione diretta).

dell'intero sistema, a dimostrazione di un convincimento crescente che l'allargamento dei perimetri aziendali e la ricerca delle sinergie siano strade quasi obbligate. È il caso della incorporazione da parte della ASL Roma E dell'AO San Filippo Neri e della già decisa fusione della stessa Roma E con la Roma A. Ancora è quanto sta avvenendo in Emilia Romagna a Ferrara tra l'azienda territoriale e quella ospedaliera, attraverso una messa in comune di servizi e strutture tanto estesa e formalizzata da essere molto prossima a una vera e propria fusione.

Anche a una prima ricognizione sommaria, ciò che colpisce, insieme alla diffusione e intensità di tali dinamiche, è comunque una generalizzata mancanza di analisi preliminari adeguate alla portata dei processi che vengono avviati o solo previsti. Il dibattito che precede le decisioni è prevalentemente di natura istituzionale o politica, quando non si sposta direttamente sul piano dei valori o dell'ideologia. I documenti tecnici e le analisi aziendali a supporto delle decisioni sono difficili da rintracciare, segno di una focalizzazione sulle soluzioni, prima ancora che sui problemi cui le soluzioni dovrebbero dare risposta. Non si vuole qui produrre una critica sui livelli di razionalità tecnica che caratterizzano i processi decisionali nell'insieme della sanità del nostro Paese o sottovalutare il ruolo che il «ridisegno istituzionale» tradizionalmente assume come modalità di risposta del sistema politico alle emergenze o al semplice sorgere dei problemi, essendo le trasformazioni nelle modalità di funzionamento molto più lente e meno comunicabili (Del Vecchio, 2014). Si tratta di prendere atto che le fusioni sono una parte rilevante dello scenario della sanità italiana, ma che i quadri concettuali che li avrebbero dovute guidare, o almeno giustificare, non sono stati esplicitati, così come gli obiettivi e i risultati che si intendevano conseguire.

Tabella 7.1 **Numero di aziende sanitarie pubbliche periodo 1995, 2001, 2005, 2008, 2010, 2013 e 2015 e variazione percentuale (2001-2015)**

	1995	2001	2005	2008	2010	2013	2015	Var % 2001-2015
Totale Aziende pubbliche	347	330	311	285	278	248	245	-26%
ASL	228	197	183	154	146	140	139	-29%
AO	82	97	95	95	97	78	75	-23%
IRCCS di diritto pub	23	24	21	25	25	22	22	-8%
Policlinici a gestione diretta	14	12	12	11	10	8	9	-33%
Popolazione	292.450	294.129	317.734	383.969	413.290	411.622	437.000	49%
Totale Posti Letto (RO + DH)	287.631	287.631	265.355	263.908	263.908	223.274	220.455(*)	-23%

(*) Dato 2014

Fonte: elaborazioni da dati Oasi

Tabella 7.2 **Variatione percentuale (2001-2015) di ASL e AO per le regioni in PdR e regioni non in PdR**

	Var % '01-'15 Regioni in PdR	Var % '01-'15 Regioni non in PdR
ASL	- 44%	- 35%
AO	- 40%	33%
Totale	- 43%	- 20%

Fonte: Elaborazioni da dati Oasi

Box 7.1 **Progetto di riordino del SSR del Friuli Venezia Giulia**

La legge regionale di riordino del SSR della Regione FVG, approvato dal Consiglio regionale con LR 17 del 16 ottobre del 2014, ha previsto una suddivisione del territorio in 5 entità territoriali ciascuna comprensiva di una rete ospedaliera di riferimento con 3 ospedali ad elevata specializzazione (Pordenone, Trieste e Udine) che fungono da *hub* per l'area di riferimento territoriale ed extra-territoriale. Si tratta di 5 enti dotati di autonomia giuridica per l'erogazione di servizi socio sanitari, denominati ENTI per l'ASSISTENZA SANITARIA (EAS):

- EAS 1 Triestina, con popolazione di circa 240.000, che nasce dalla fusione di ASS1 e AOUTS;
- EAS 2 Isontina e Bassa Friulana, con popolazione di circa 255.000 abitanti, che nasce dalla fusione di ASS2 e ASS5;
- EAS 3 Friuli montano e collinare con popolazione di circa 175.000 abitanti che nasce dalla fusione dell'ASS3 con il territorio degli ambiti di San Daniele (quindi anche l'ospedale) e Tarcento;
- EAS 4 Medio Friuli con popolazione di circa 250.000 abitanti nasce dalla fusione dell'AOUUD con l'ASS4;
- EAS 5 Pordenonese con popolazione di circa 315.000 abitanti che nasce dalla fusione di ASS6 e AOPN.

I due IRCCS pubblici della regione (IRCCS Burlo Garofolo di Trieste e Centro di riferimento oncologico di Aviano) si integreranno con le cinque EAS.

Infine, è stata costituita un'agenzia per i servizi centralizzati, dotata di autonomia giuridica, per la gestione accentrata delle funzioni tecnico-amministrative per gli acquisti di beni e servizi sanitari e non, la logistica di magazzino, la gestione amministrativa del personale e lo svolgimento da stazione appaltante dei lavori pubblici per i 5 EAS, nonché di supporto alla programmazione regionale nei settori dell'assistenza ospedaliera, dell'assistenza primaria, della prevenzione, dell'epidemiologia, dei servizi informativi e del welfare.

Box 7.2 **Progetto di riordino del SSR Toscana**

Il riordino del SSR Toscana, approvato con la proposta di legge 396 del 5 marzo del 2014, prevede l'accorpamento delle attuali 12 aziende di tipo provinciale in 3 aziende USL, una per ciascuna delle attuali aree vaste:

- Azienda USL Toscana Centro (istituita mediante la fusione delle aziende USL 10 di Firenze, USL 4 di Prato, USL 3 Pistoia e USL 11 Empoli);

- Azienda USL Toscana Nord Ovest (istituita mediante la fusione delle aziende USL 2 di Lucca, USL 1 di Massa e Carrara, USL 12 Versilia, USL 5 di Pisa e USL 6 Livorno);
- Azienda USL Toscana Sud Est (istituita mediante la fusione delle aziende USL 7 di Siena, USL 8 di Arezzo e USL 9 di Grosseto).

Le attuali 4 Aziende Ospedaliero-Universitarie vengono mantenute invariate. Tuttavia, escludendo l'ospedale pediatrico Mayer, le altre tre (AOU Careggi, AOU Senese, AOU Pisana) sono poste in uno strettissimo regime di «coordinamento operativo» con le nuove 3 Aziende Usl. Questo obiettivo viene perseguito attraverso la creazione, per ciascuna area vasta, di un organismo tecnico che presiede alla direzione interaziendale della nuova Azienda Usl e della Azienda Ospedaliero-Universitaria di riferimento. Si formano così tre «coppie di aziende», una coppia per ciascuna area vasta, che trovano una direzione strategica comune nelle funzioni del Direttore di Area Vasta.

Una volta a regime, il nuovo assetto prevede: un direttore per area vasta, un comitato operativo (composto dai direttori generali delle aziende sanitarie e dal direttore generale dell'Estar – Ente di Supporto Tecnico-Amministrativo Regionale costituito con LR 26/2014) e la conferma del ruolo del dipartimento interaziendale, quale strumento organizzativo delle aziende di unità sanitarie locali, dotato di un'assemblea e di un coordinatore.

La zona-distretto delle Aziende USL viene confermata come ambito territoriale ottimale di valutazione dei bisogni sanitari e sociali delle comunità, nonché di organizzazione ed erogazione dei servizi inerenti le reti territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate.

Dal 1° gennaio 2016 nasceranno, quindi, 3 Aziende Usl dopo un periodo di commissariamento a partire dal 1° luglio 2015. La riforma fissa anche le norme transitorie necessarie a garantire il passaggio alle 3 Aziende Usl, concentrandosi in particolare sulle funzioni del commissario di area vasta (nominato con decreto del Presidente della Giunta regionale, sentita la conferenza dei sindaci di area vasta e sentito il Rettore dell'Università che insiste nella stessa area), del vicecommissario e sull'istituzione dei dipartimenti interaziendali con conseguente nomina dei coordinatori.

Box 7.3 Riordino del SSR Lombardo

La Regione Lombardia, con Legge 83 del 5 agosto 2015 “Evoluzione del Sistema Socio Sanitario Lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità), prevede la costituzione di 8 Agenzie territoriali sanitarie – ATS (ATS dell'Insubria, ATS della Brianza, ATS di Bergamo, ATS di Brescia, ATS di Pavia, ATS della Val Padana, ATS della Montagna e ATS della città Metropolitana) dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. Le ATS attuano la programmazione definita dalla Regione, relativamente al territorio di propria competenza e assicurano, con il concorso di tutti i soggetti erogatori, i LEA ed eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie.

Le ATS stipulano contratti con tutti i soggetti erogatori, pubblici e privati accreditati, insistenti sul relativo territorio di competenza e garantiscono il raggiungimento degli obiettivi previsti. Ogni ATS adotta l'organizzazione interna più idonea alla propria realtà territoriale, articolata nei seguenti dipartimenti: a) dipartimento di igiene e prevenzione medica; b) dipartimento delle cure primarie; c) dipartimento per la programmazione, accreditamento, acquisto delle prestazioni sanitarie; d) dipartimento veterinario e sicurezza alimentare; e) dipartimento amministrativo e degli affari generali e legali; f) dipartimento della programmazione, integrazione ed acquisto delle prestazioni sociosanitarie e sociali, con la possibilità di attivare una cabina di regia, anche a supporto delle situazioni di criticità delle unità d'offerta sociosanitarie insistenti sul territorio di propria competenza. Nei territori delle ATS insistono le Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), gli IRCCS di diritto pubblico ed eventuali nuove AO istituite dalla Regione secondo i requisiti previsti dalla normativa vigente (decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70).

Le ASST sono dotate di personalità giuridica di diritto pubblico o privato e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica e concorrono, con tutti gli altri soggetti erogatori del sistema, di diritto pubblico e di diritto privato, all'erogazione dei LEA e di eventuali livelli aggiuntivi, definiti dalla Regione con risorse proprie, nella logica della presa in carico della persona.

Le ASST si articolano in due settori aziendali: rete territoriale e polo ospedaliero, che afferiscono direttamente alla direzione generale. La responsabilità di garantire il coordinamento della gestione di ciascun settore aziendale spetta al direttore generale il quale, al fine di ottimizzare il funzionamento e la gestione dei settori aziendali, può attribuire esclusivamente al direttore sanitario la funzione di direzione del settore aziendale polo ospedaliero ed esclusivamente al direttore sociosanitario la funzione di direttore del settore aziendale rete territoriale. In particolare:

- (i) il polo ospedaliero si articola in presidi ospedalieri e/o in dipartimenti organizzati in diversi livelli di intensità di cura, in coerenza con il regolamento sugli standard ospedalieri. Questo settore è prevalentemente dedicato al trattamento del paziente in fase acuta ed è sede dell'offerta sanitaria specialistica.
- (ii) al settore rete territoriale è affidata, secondo l'articolazione distrettuale, l'erogazione delle prestazioni distrettuali attraverso:
 - a) i presidi ospedalieri territoriali (POT): strutture multi servizio deputate all'erogazione di prestazioni residenziali sanitarie e sociosanitarie a media e bassa intensità per acuti e cronici e, tenuto conto delle peculiarità territoriali, di prestazioni ambulatoriali e domiciliari;
 - b) i presidi socio sanitari territoriali (PreSST): modalità organizzativa di riferimento con lo scopo di integrare le attività e le prestazioni di carattere sanitario, sociosanitario e sociale per la presa in carico della persona e delle fragilità. I PreSST possono essere anche organizzati secondo le modalità previste per l'ospedale di comunità (allegato 1 del decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70)

Box 7.4 Progetto di Riordino del SSR Veneto

La Regione Veneto, con il progetto di legge regionale n.23 del 2015 "Istituzione dell'ente di *governance* della sanità regionale veneta denominata Azienda per il governo della sanità della regione del Veneto – Azienda zero. Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle aziende ULSS", prevede di unificare e centralizzare le funzioni di programmazione, attuazione sanitaria e socio-sanitaria, coordinamento, *governance* e gestione tecnico-amministrativa attraverso la costituzione dell'"Azienda Zero".

Quest'ultima ha, nello specifico, i seguenti compiti programmazione sanitaria ed economico-finanziaria, assegnazione obiettivi alle singole aziende Ulss, gestione degli acquisti, del personale e delle tecnologie, gestione dell'accreditamento delle strutture private, del monitoraggio dei costi standard e degli indirizzi di gestione contabile dei bilanci delle singole aziende Ulss, nonché la gestione accentrata di fondi sanitari (Gsa). Da un punto di vista istituzionale, l'Azienda Zero ha un suo direttore generale dotato di staff, un collegio sindacale e un "Comitato di indirizzo" che è nominato dalla Giunta regionale. Il personale della nuova azienda è «personale in mobilità della Regione, delle altre aziende Ulss e/o anche di altri enti».

Inoltre, l'Azienda Zero presiede sette Ulss (rispetto alle attuali ventuno), una per provincia, con denominazioni nuove (Dolomitica, Marca Trevigiana, Serenissima, Polesana, Euganea, Berica e Scaligera) e le due AO. Il nuovo assetto entrerà in vigore da gennaio 2016.

7.2 Scopi e metodi

La constatazione che fenomeni di così vasta portata come le cooperazioni e fusioni tra aziende non abbiano alla base, al di là di alcune motivazioni e prospettive di ordine generale, una riflessione adeguata sugli specifici obiettivi che possono essere raggiunti, spinge gli autori a proporre una sintesi della letteratura che possa aiutare aziende e *management* coinvolti a focalizzare meglio gli sforzi nei processi nei quali sono impegnati. Nel prossimo paragrafo si cercherà, quindi di ricostruire: a) le ragioni squisitamente aziendali e manageriali che possono effettivamente spiegare il perché abbia un senso procedere alla concentrazione interaziendale in sanità; b) i quadri teorici che spiegano le condizioni sotto cui tale concentrazione può avvenire spontaneamente per volontà dei soggetti coinvolti, piuttosto che essere guidata da mano esogena; c) il portafoglio di opzioni che la concentrazione offre e d) le evidenze disponibili sui risultati.

Lo stesso quadro teorico sarà poi di aiuto nel ricostruire e discutere un caso particolarmente complesso di cooperazione, prima, e fusione, poi, rappresentato dalla AUSL della Romagna, nata dalla fusione di quattro precedenti AUSL. Il caso mostra elementi di particolare interesse, non solo per le dimensioni geografiche, operative ed economiche, ma anche per la marcata identità territoriale delle quattro aziende coinvolte. Dalla sua nascita l'azienda ha avuto due differenti direttori generali e team di direzione. Il caso è stato ricostruito attraverso interviste a entrambi i DG, al secondo DA, al presidente della Conferenza Territoriale Socio-Sanitaria (CTSS) della Romagna e a un componente della stessa. Inoltre, sono stati analizzati una serie di documenti ufficiali: i) obiettivi di mandato di entrambi i DG dell'AUSL della Romagna, ii) proposta di atto aziendale della prima direzione strategica dell'AUSL della Romagna e atto aziendale approvato dalla seconda direzione strategica, iii) documenti forniti dalla ex-CTSS di Cesena e dall'attuale CTSS della Romagna, iv) delibera e allegati di istituzione dei coordinatori della prima Direzione strategica aziendale, v) ogni altro documento pubblico resosi necessario per la ricostruzione del caso.

Nella discussione, a complemento di quanto emerso dal caso, sono state utilizzate alcune evidenze relative ad altri tre casi. Il primo è quello della collaborazione in atto tra la AUSL di Ferrara e l'AOU della stessa provincia. Si tratta di una accelerazione impressa dalle nuove direzioni ai processi di messa in comune di attività, processi che hanno finora prodotto una serie di dipartimenti (unità organizzativa unica il cui responsabile risponde a entrambe le aziende) e programmi (forme intense di coordinamento in cui le UU.OO. rimangono, però, separate) interaziendali. Il secondo è relativo alle esperienze maturate in più di un decennio dalla ASUR delle Marche. L'azienda unica delle Marche ha rappresentato il primo caso di fusione su larga scala (13 aziende confluite). Fino a tempi recenti all'interno di un medesimo perimetro aziendale continuavano a esistere 13 zone dotate di autonomie non lontane da quelle che caratterizzavano le

ex aziende, dimostrando come la ripermimetrazione istituzionale non sia di per sé sufficiente a garantire funzionamenti integrati. L'ultimo è quello dei processi di collaborazione interaziendale e di fusione che stanno interessando la ASL Roma E, che ha recentemente incorporato l'azienda ospedaliera San Filippo Neri e si prepara a fondersi con la Roma A (in vista della fusione il DG della Roma E è stato nominato commissario della Roma A). Qui un ruolo centrale viene giocato dalla elaborazione condivisa di un piano strategico e dalla rapidità delle decisioni assunte, la quale lascia poco spazio alla costruzione di «trincee» a difesa di posizioni personali o di gruppo. I casi sono stati presentati dai rispettivi DG e ampiamente discussi nel corso di una giornata di lavoro del Network delle Direzioni strategiche delle Aziende Sanitarie Pubbliche (Network DASP) della SDA Bocconi. I casi non sono qui riportati perché utilizzati solo in funzione di controllo nella discussione.

La discussione intende, a partire dalla ricognizione della letteratura e da quanto effettivamente avvenuto, riflettere sulle dimensioni e variabili rilevanti che possono influenzare i processi di cooperazione e fusione. Le conclusioni individuano – in termini più prescrittivi e sempre muovendo dalla letteratura e dai casi – le aree di attenzione per il management e le aziende.

7.3 Le fusioni aziendali e le loro implicazioni nella letteratura

Occorre fin da subito precisare che nel prosieguo di questa discussione relativa ai quadri teorici di riferimento per i fenomeni di concentrazione interaziendale, terremo come riferimento l'intero spettro delle possibili forme che questa può prendere, e cioè dalla cooperazione spontanea tra aziende che volontariamente decidono di concentrare le loro attività mantenendo tuttavia una propria identità giuridica, fino alle fusioni che generano una singola entità giuridica da più soggetti, che possono essere determinate per mosse ostili da parte di un soggetto o per scelta esogena da parte di eventuali riferimenti istituzionali sovra-ordinati (come spesso avvenuto e tutt'ora in corso in molti SSR italiani). Scopo di questo contributo non è infatti determinare in modo puntuale quali forme amministrative e giuridiche possono assumere le cooperazioni e concentrazioni interaziendali, quando interrogarsi e discutere sul senso, sugli scopi e sui risultati che promettono e conseguono.

7.3.1 A quali condizioni e perché concentrare?

Le ragioni, e quindi i benefici – e, all'opposto, gli svantaggi – generalmente associati a fenomeni di concentrazione interaziendale, sia che si tratti di cooperazione spontanea o di fusione ostile o imposta, sono assai discussi in letteratura. In linea di massima, tra i benefici vengono quasi sempre rimarcati: il raggiungimento di economie di scala, l'acquisizione di vantaggi competitivi collegati alla spe-

cializzazione di ciascun membro coinvolto nella rete che si crea con la concentrazione, l'efficienza ed i risparmi associati alla centralizzazione delle funzioni di staff, l'incremento nelle quote di mercato, la ripartizione dei rischi negli investimenti rilevanti (Zuckerman *et al.* 1995). La tabella 7.3 riassume, dal punto di vista del singolo soggetto-azienda coinvolto nella concentrazione, alcuni tra i vantaggi e svantaggi più comuni citati in letteratura perché emersi nel corso delle indagini empiriche. Bisogna osservare da subito che ciascuno di essi si mostra con maggiore o minore intensità a seconda dell'assetto giuridico che prende la concentrazione, dalla cooperazione tramite alleanze puntuali fino alla fusione. Generalmente l'intensità cresce con il rafforzarsi del legame giuridico in direzione di forme di fusione virtuale (ad esempio quando permangono due o più soggetti giuridici, ma un solo soggetto di governo unitario, come nei gruppi a direzione unica) o completa (Lega 2005).

Tra tutti i possibili benefici, è opportuno soffermare subito l'attenzione su di uno in particolare, spesso trascurato dalla letteratura nonostante meriti particolare attenzione in virtù della sua rilevanza nel caso di concentrazioni che coinvolgono aziende di tipo professionale, come quelle sanitarie. Si tratta della capacità delle reti di accentuare la circolazione delle informazioni e delle conoscenze tra i diversi soggetti del sistema, favorendo la condivisione e la diffusione dell'innovazione, delle competenze e di un linguaggio comune. Con un linguaggio comune diventa, infatti, possibile codificare il sapere proprio di ciascun soggetto che viene poi diffuso attraverso le connessioni della rete generata dalla concentrazione (Dooley e Zimmerman, 2003). Proprio per questo motivo si sostiene, anche, che le concentrazioni hanno maggiori probabilità di successo quanto più simili sono i *background* culturali degli attori che vi partecipano: la comunanza di valori e di approccio ai problemi favorisce, infatti, la formazione del linguaggio comune e stimola la fiducia reciproca (Powell, 1990).

Tabella 7.3 **Vantaggi e svantaggi nella cooperazione interaziendale**

Vantaggi	Svantaggi
<ul style="list-style-type: none"> • economie di scala • maggiori risorse a disposizione • condivisione dei rischi • condivisione dei costi di ricerca e sviluppo • accesso a nuovi mercati • protezione e supporto reciproco • vantaggi competitivi da focalizzazione • sviluppo di opportunità di apprendimento organizzativo • accesso a nuove risorse manageriali • maggiore circolazione delle informazioni ed accelerazione nei processi di diffusione dell'innovazione 	<ul style="list-style-type: none"> • perdita di un'eventuale superiorità tecnologica • perdita di risorse a favore di un maggiore condivisione di gruppo • condivisione delle perdite • perdita di autonomia e controllo • possibilità di conflitti in merito al territorio di riferimento, agli obiettivi ed ai mezzi utilizzati • ritardi dovuti a problemi di coordinamento

Fonte: rielaborazione da Lega 2005

Due condizioni base devono sussistere affinché una cooperazione interaziendale su base endogena, cioè per volontà comune delle aziende coinvolte, prenda forma, si costituisca e perduri nel tempo. La prima è rappresentata dall'esistenza di una comunanza di intenti e obiettivi strategici perseguiti dalle aziende attraverso la concentrazione. (Thomas *et al.*, 1992; Zuckerman, Kaluzny, Ricketts, 1995; Jarrillo, 1988; Luke, Begun, Pointer, 1989; Powell, 1990). La seconda condizione è che la partecipazione delle aziende alla concentrazione non rappresenti un gioco a somma zero, vale a dire che tutte le aziende devono trarre beneficio dalla loro partecipazione e i meccanismi di redistribuzione dei benefici complessivamente accumulati devono essere corretti, equi e trasparenti (Jarrillo, 1988; Powell, 1990). A questa condizione si collegano il ruolo chiave della fiducia, quale motore delle relazioni interaziendali di natura cooperativa e l'utilizzo della norma di reciprocità quale mezzo di risoluzione dei conflitti (Powell, 1990).

Jarrillo (1988), utilizzando le dimensioni, da un lato, del tipo di gioco delle relazioni (somma zero vs non somma zero) e, dall'altro, dell'assetto di governo (unico soggetto giuridico vs. più soggetti giuridici separati) ha riclassificato le forme organizzative tradizionali. Combinando quest'analisi con quella di Luke, Begun e Pointer (1989), in funzione dell'intensità dell'intento strategico comune, si individuano le forme della quasi-impresa e del semplice network (Tabella 7.4) quali categorie organizzative di base della cooperazione.

Tabella 7.4 **Forme base di organizzazione dell'azione collettiva**

		Tipo di gioco	
		Gioco a somma zero	Gioco a somma positiva
Assetto legale	Più soggetti Giuridici	MERCATO	Assoluta comunanza di intenti strategici QUASI-IMPRESA
			Comunanza di alcuni obiettivi strategici NETWORK
	Unico soggetto giuridico	GERARCHIA	CLAN

Fonte: rielaborazione da Lega 2005

Il concetto di quasi-impresa vuole sottolineare l'assoluta prevalenza data agli obiettivi strategici comuni rispetto a quelli particolari, la strettissima connessione tra le aziende cooperanti e la caratteristica di permanenza nel tempo tipica di questa forma di concentrazione. Quasi impresa e network si possono quindi intendere come i due estremi del *continuum* lungo il quale si collocano le restanti possibili forme di cooperazione inter-aziendale.

Da sottolineare come il *network* sia riconducibile in questo quadro logico alla cooperazione fondata su forme di alleanza. Utile è il contributo di Zuckerman, Kaluzny e Ricketts (1995) che studiano il tema delle alleanze quale scelta organizzativa antecedente alla concentrazione stabile tra le aziende coinvolte. La costituzione di un'alleanza consente, infatti, di migliorare le conoscenze reciproca tra le organizzazioni e di instaurare quel clima partecipativo e di fiducia necessario per la sopravvivenza nel tempo di un eventuale concentrazione di livello superiore. Due tipi di alleanze vengono distinte:

- ▶ la *lateral o services alliance*, con la quale si attuano scelte di cooperazione finalizzate al raggiungimento di economie di scala, all'ottenimento di risorse scarse o all'incremento del proprio potere contrattuale; si tratta di scelte di cooperazione che coinvolgono, per lo più, parti specifiche delle organizzazioni, come i servizi di supporto, e che prendono la forma di contratti;
- ▶ la *integrative alliance*, cioè quella forma di alleanza in cui la cooperazione è motivata da intenti strategici comuni, da obiettivi di conseguimento di vantaggi competitivi non acquisibili singolarmente e in cui tutta l'organizzazione è coinvolta con un orizzonte temporale di lungo periodo.

Appare abbastanza chiaro come il primo tipo di alleanza coincida sostanzialmente con le forme di cooperazione debolmente o parzialmente connesse, mentre il secondo si approssimi, al concetto della quasi-impresa. Sono, quindi, le *lateral o services alliances* che possono servire alle organizzazioni per conoscersi, studiarsi e acquisire reciproca fiducia, prima di integrarsi stabilmente e integralmente.

7.3.2 Quali azioni strategiche nelle cooperazioni?

Quali sono gli spazi esplorabili in una cooperazione interaziendale, quali azioni strategiche possono conseguire allo sviluppo di una cooperazione, renderla operativa e rafforzarne le ragioni? Un modello per l'analisi delle soluzioni di integrazione e consolidamento delle aziende sanitarie può essere ricondotto ad una classificazione che distingue tra (Hudson 1998; Weil 2000; Fulop *et al.* 2002; Harrison 2011):

- ▶ azioni per favorire l'ingresso e penetrazione nel mercato della salute;
- ▶ azioni di *cost management*, collegate alla realizzazione di risparmi da consolidamenti nelle strutture amministrative e di *staff*;
- ▶ azioni di riconfigurazione dell'offerta, collegate a consolidamenti e riposizionamenti delle attività dell'area clinica.

Prima di proseguire con l'analisi descrizione puntuale delle diverse azioni, è opportuno precisare fin da subito come l'estensione e l'intensità con cui esse pos-

sono svilupparsi e le loro combinazioni non possano che dipendere da fattori contingenti. L'assetto di governo, oltre a essere una leva maggiormente controllabile, rimane, comunque, una variabile centrale nel determinare il successo di alcune delle strategie di cooperazione o, addirittura, rappresentare una quasi preconditione. Così vi possono essere azioni per le quali è sufficiente un assetto di governo condiviso della cooperazione interaziendale (alleanze generiche, contratti di cooperazione su specifici servizi, accordi informali, ecc.), oppure azioni per cui è spesso indispensabile un assetto di governo univoco (fusione completa o virtuale verso un unico soggetto economico).

Ingresso e penetrazione di mercato

Questo primo insieme di azioni si concentra sull'attuazione di politiche di *market-leverage*, cioè di sfruttamento dell'accresciuta dimensione di mercato (area geografica e bacino di utenti effettivi e potenziali) presidiata dalle aziende sanitarie cooperanti o concentrate. Temporalmente rappresentano di norma un insieme di azioni di immediata attuazione, i cui vantaggi si manifestano nel breve periodo, tra queste si possono ricordare:

- ▶ il *breaking-in*, ovvero la strategia di un'azienda che intenda entrare in un nuovo mercato, come ospedali che acquistano altri ospedali per allargare la propria quota di mercato e competere su nuove aree geografiche, ospedali che si alleano per condividere contratti stipulati con assicurazioni, mutue e altri terzi paganti, ospedali che collaborano per condividere i propri clienti potenziali. La capacità di *breaking-in* di un sistema multiospedaliero rispetto al singolo ospedale si manifesta anche nella possibilità di disporre di maggiori risorse finanziarie, con strutture di rischio inferiori, e in una maggiore facilità di accesso a forme innovative e alternative di finanziamento degli investimenti (*project-finance, leasing, ecc.*);
- ▶ il *branding*, cioè azioni di miglioramento della reputazione basate sullo sfruttamento da parte del singolo ospedale dell'effetto immagine collegato alla sua associazione con un'altra struttura ospedaliera di prestigio, oppure alla definizione di un'immagine di sistema più affidabile rispetto a quella del singolo;
- ▶ una maggiore attrattività nei confronti di potenziali terzi paganti, laddove la reputazione e l'accresciuta dimensione della quota di mercato presidiata aumentano l'attenzione di soggetti quali i fondi, le mutue, le assicurazioni, ecc..

Cost management

La messa in comune di alcune risorse e la focalizzazione sulla gestione delle restanti sono le azioni che dovrebbero garantire il recupero di crescenti livelli di efficienza. Usando la prospettiva di Williamson (1991), si può affermare che le azioni di cooperazione-concentrazione inter-aziendale costituiscono, in prima istanza, la risposta ai problemi di *first order economizing*, cioè di scelta della for-

ma organizzativa di governo delle attività produttive più razionale ed efficiente. I successivi interventi di progettazione e *re-engineering* dei meccanismi di funzionamento inter-e intraaziendali, cioè dei contenuti della rete e della singola struttura in essa inserita, affrontano, invece, i problemi di *second order economizing*, vale a dire i problemi relativi al miglior utilizzo della forma organizzativa adottata. Quindi le azioni di *first order* sono tese a sviluppare economie di scala, cioè economie di costo rese possibili dal crescere della struttura produttiva aziendale, mentre quelle *second order*, derivanti dalla creazione di un *intelligent network*, si concentrano sui vantaggi riconducibili alle economie di apprendimento o esperienza e all'ottimizzazione di processi e procedure attraverso lo studio e la diffusione delle *best practice*.

Nel primo insieme di azioni, lo sfruttamento delle economie di scala si concentra su due fronti: quello degli acquisti centralizzati di beni e servizi e quello della riduzione e condivisione di alcuni costi fissi connessi alla eliminazione di unità operative e di risorse umane, strutturali e tecnologiche duplicate o con funzioni sovrapposte. In questo insieme si possono quindi ricomprendere:

- ▶ la rinegoziazione dei contratti, che si applica a tutti gli acquisti di beni e servizi «comunizzabili» dalle strutture cooperanti-concentrate dall'esterno di prestazioni; in presenza di determinati volumi, una possibile alternativa è rappresentata dall'opportunità per le aziende cooperanti-concentrate di costituire proprie società di servizi autonome (per la lavanderia, ristorazione, pulizie, manutenzione, ecc.), posizionabili anche sul mercato aperto;
- ▶ il consolidamento delle funzioni di supporto, che riguarda le possibili sinergie che si verificano tra le unità amministrative, tra le unità di staff e tra le unità operative di supporto presenti nelle diverse aziende;
- ▶ il consolidamento delle posizioni direzionali, a cui dovrebbe corrispondere anche la capacità di selezionare internamente o di acquisire dal mercato migliori manager e dirigenti, in quanto attratti presumibilmente da posizioni più interessanti per la complessità delle responsabilità (e, ove possibile, per stipendi più alti).

Per quanto riguarda invece la creazione di una *intelligent network*, questa si basa sulla progettazione e attivazione di una o più *task force*, dedicate allo studio, *benchmarking* e diffusione nelle strutture delle aziende cooperanti-concentrate delle *best practice* (amministrative e cliniche) aziendali e del settore sanitario. Vengono, normalmente, identificati gli *standard di performance* e processo da trasferire come obiettivo a tutte le strutture, per conseguire ulteriori vantaggi di costo.

Riconfigurazione dell'offerta

L'ultimo gruppo di possibili azioni riguarda i cambiamenti che investono princi-

palmente l'area clinica. Il presupposto di fondo è nella opportunità di sfruttare i vantaggi derivanti dal consolidamento e concentrazione per aree specialistiche delle unità operative, operazione che dovrebbe determinare un miglioramento delle condizioni di offerta e lo sfruttamento di eventuali economie organizzative. Si tratta, quindi, di interventi di ristrutturazione dell'offerta complessiva quali:

- ▶ il consolidamento di unità operative cliniche;
- ▶ la creazione di un modello organizzativo reticolare del tipo poli/antenne, in cui vengono identificati rispetto a specifiche aree di intervento sanitario, da una parte, i centri o poli di riferimento e, dall'altra, le unità operative, dislocate in strutture differenti, che devono fungere da antenne o centri periferici;
- ▶ la chiusura o riconversione di intere strutture ospedaliere, scelta strategica molto delicata, ma resa spesso necessaria da crescenti esigenze di sicurezza, da standard di dotazione tecnologica minima, dalla necessaria coerenza della rete rispetto alla presenza di strutture riabilitative, residenziali e socio-sanitarie, di creazione di poli territoriali, ecc.

7.3.3 Le evidenze sui risultati

Big is better? La cooperazione interaziendale, e le concentrazioni interaziendali, producono i risultati attesi? E cosa le genera? La maggior parte delle evidenze di cui disponiamo provengono dal mondo anglosassone, in particolare dal contesto americano, in seconda istanza dal contesto UK e poi dalle esperienze di concentrazione dei gruppi ospedalieri in Francia, Germania, Spagna, Olanda e buona parte del Nord Europa.

Per quanto riguarda l'ingresso e la penetrazione di mercato, le evidenze disponibili dicono che il *breaking-in*, allo scopo di accedere ai terzi paganti già convenzionati i futuri *partner*, rappresenta il motivo principale per cui il singolo ospedale o struttura sanitaria decide di cooperare con altri; mentre il *branding*, i vantaggi di reputazione, rappresentano il secondo motivo. Lo stesso *branding* è spesso alla base delle reti a «natura debole», cioè alleanze e cooperazioni.

A livello di strategie di costo, tutte le azioni delineate nel precedente paragrafo sono quasi sempre effettivamente perseguite nella loro totalità. Sulla base dell'evidenza empirica, si osservano i seguenti risultati (HCAB 1995; Connor et al 1997; Clement et al 1997; Blecher 1998; Fulop et al 2002; Dranove e Lindrooth 2003; Spang et al. 2009; Harrison 2011):

- ▶ in media, cooperazioni-concentrazioni significative per dimensione sembrano garantire risparmi nell'ordine del 4-6% dei costi cumulati, arrivando nel lungo periodo fino al 8-10% grazie ai benefici portati da progetti del tipo rete intelligente. In ogni caso, si tratta di valori inferiori a quelli teorici spesso atte-

si (tra il 10 ed il 16%) e a quelli portati nel breve termine da processi di re-ingegnerizzazione del singolo ospedale, che arrivano fino al 20%. I risultati migliori nel lungo periodo associati alla rete intelligente si spiegano comunque anche con il fatto che con essa, indirettamente o volontariamente, si sviluppano processi di re-ingegnerizzazione lungo tutto il sistema grazie alla diffusione delle *best practices*;

- ▶ nel breve e medio periodo vi è comunque un'evidenza contraddittoria sul fatto che per un ospedale l'appartenere a un sistema garantisca maggiori risparmi rispetto al rimanere autonomi. Spesso a causa degli investimenti nelle tecnologie del sistema e dei costi di transazione associati al suo funzionamento, i costi complessivi e per paziente trattato aumentano tanto che risulta più efficiente il singolo ospedale autonomo. Solo le reti più integrate e sviluppate sembrano riuscire con il tempo e, grazie alla loro natura "intelligente", a risultare indiscutibilmente convenienti anche sotto il profilo economico dei costi;
- ▶ per quanto riguarda la composizione dei risparmi, si osserva che la maggior parte afferisce ai costi fissi, principalmente sotto forma di consolidamento delle posizioni direzionali, consolidamento delle unità operative di supporto e rinegoziazione contratti (in particolare con riferimento a quelli assicurativi e finanziari), mentre solo una minima parte afferisce a costi variabili, per lo più collegati alla separazione delle procedure complesse da quelle di routine e alla rinegoziazione di alcuni contratti acquistati a unità di prodotto per volumi minimi garantiti;
- ▶ per quanto riguarda la fonte dei risparmi, la grande parte è associabile a tagli nella forza lavoro, segue la razionalizzazione e condivisione di costi per tecnologie e strutture e, infine, le riduzioni nel prezzo degli acquisti.

Infine, a livello delle azioni che abbiamo definito di "riconfigurazione dell'offerta", emerge spesso una situazione di stallo, sia nei processi di razionalizzazione rispetto alle duplicazioni e sovrapposizioni di attività tra unità cliniche, sia a livello di chiusura o riconversione di ospedali sotto-utilizzati (HCAB 1995; Scott, 1996; Hudson 1998; Fulop et al. 2002; Weil 2010). Sempre limitate sono risultate essere le scelte di riconfigurazione dei punti di offerta tra quelli dedicati alle procedure ordinarie semplici e quelli focalizzati su case-mix a maggiore complessità, che hanno privilegiato in particolare le aree dell'oncologia e della cardio-chirurgia, ed eventuali altre specialità dove la tecnologia disponibile generava di per sé una differenziazione di complessità trattabile. Migliori risultati sono, invece, collegabili alle unità operative di supporto, con particolare riferimento ai laboratori, alla radiologia, che hanno visto consolidamenti di maggiore intensità. Sebbene siano in numero molto ridotto e spesso parziali, ci sono analisi che dimostrano come la cooperazione e la concentrazione interaziendale possa produrre degli effetti positivi sulla qualità clinica dei servizi erogati, in relazione all'aumento delle soglie di attività rispetto ai singoli professionisti e alla standardizzazione (attraverso i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali) e condivisione di *best practice*.

I ritardi nella definizione e attuazione delle scelte di consolidamento nell'area delle strutture cliniche sembrano collegarsi:

- ▶ alla resistenza prodotta dal personale clinico e al potere da esso esercitato;
- ▶ alla resistenza e alle pressioni esercitate dalla comunità locale rispetto a scelte collegate alla dismissione di strutture sanitarie, il cui superamento richiede processi di gestione del cambiamento lunghi e articolati;
- ▶ alla difficoltà a individuare una chiara linea di potere organizzativo all'interno delle aziende cooperanti-concentrate in grado di «forzare» decisioni complesse; situazione questa che si verifica spesso quando il sistema si costituisce in maniera paritetica tra aziende, ospedali e strutture sanitarie simili o complementari per dimensioni, fatturato e redditività, tra le quali non emerge la *leadership* necessaria a definire e promuovere il cambiamento desiderato.

In conclusione, vi sono evidenze ambigue rispetto all'idea del *big is better*. Se da un lato vi sono potenzialmente alcuni innegabili vantaggi, per altri versi la maggiore dimensione non è sempre un bene, sia per criticità gestionali che la crescita dimensionale – talvolta gigantismo aziendale – genera, sia per gli incentivi impliciti che pone sull'attuazione di strategie di consolidamento orientate al breve termine, a detrimento dello sviluppo di più lungo periodo.

Da osservare, infine, che le evidenze prodotte nel contesto USA e, almeno in parte, quelle dei contesti assicurativi olandese e tedesco, nonché dell'UK dove si è affermata la separazione acquirente-fornitore, si fondano su processi di cooperazione e concentrazione avvenuti in situazioni di mercato e/o in contesti regolamentativi che, almeno sulla carta, garantirebbero interventi sufficientemente rapidi e radicali di snellimento dei costi e di riconfigurazione dell'offerta. Ciò nonostante i risultati non sono stati spesso pari alle attese.

7.4 Il processo di fusione dell'AUSL della Romagna

L'AUSL della Romagna è stata istituita con Legge Regionale 22 del 21 novembre 2013 a decorrere dal 1 gennaio 2014, prevedendo la fusione delle preesistenti quattro AUSL di Cesena, Forlì, Ravenna e Rimini. Tali aziende sono cessate dalla data di costituzione dell'AUSL della Romagna che è subentrata a tutti gli effetti nei rapporti attivi e passivi, interni ed esterni delle quattro aziende. Allo stesso tempo, è istituita la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) della Romagna al posto delle quattro CTSS precedenti che esercita, in rappresentanza della pluralità dei territori coinvolti, funzioni di indirizzo, programmazione, valutazione e vigilanza nei confronti dell'AUSL della Romagna.

Il sito web dell'AUSL della Romagna riporta solo pochi dati e informazioni relativi alla nuova azienda e rimanda ai precedenti siti web delle AUSL cessate, indi-

cando tuttavia che «[...] è la quinta azienda sanitaria italiana per popolazione residente e tra le prime per superficie territoriale e numero di ospedali. Il territorio di riferimento, di 5.098 chilometri quadrati, ha infatti una popolazione di 1.124.896 persone residenti (1.106.375 gli assistiti). Con 3.355 posti letto nel sistema pubblico (che salgono a 4.895 con il privato accreditato), la nuova Azienda dispone di 15 ospedali pubblici, cui si aggiunge l'Istituto Scientifico Romagnolo per lo studio e la cura dei tumori di Meldola, e 14 case di cura private accreditate totali. I dipendenti sono 14.789 mentre i professionisti convenzionati con l'Azienda unica, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, sono rispettivamente 796 e 158. Il volume di attività specialistica prodotta nel 2012 dalle quattro aziende romagnole, tra visite ed esami, è stato di 14.662.290 prestazioni⁴». Il valore della produzione dell'AUSL della Romagna nel 2014 si è attestato intorno ai 2.220.000.000 euro.

Come emerso univocamente dalle interviste, l'idea della fusione dell'AUSL della Romagna è nata molto prima del 2013 e i prodromi sono rinvenibili nelle esperienze di unificazione di alcuni servizi a livello di Area Vasta Romagna, in particolare:

- ▶ la centralizzazione del laboratorio analisi, l'officina trasfusionale, il magazzino farmaceutico ed economale presso Pievesestina a partire dal 2009; in realtà, particolare successo ha avuto l'esperienza del laboratorio unico, mentre maggiori difficoltà si sono avute nell'unificazione dell'anatomia patologica e del magazzino;
- ▶ la gestione integrata delle attività del 118, che ha portato alla costituzione di una Centrale Unica con sede a Ravenna per l'organizzazione degli interventi di emergenza territoriale;
- ▶ la nascita e lo sviluppo operativo dell'Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la cura dei Tumori (IRST) a partire dal 2006, con sede a Meldola, nodo centrale delle attività oncologiche integrate delle quattro aziende e nel 2012 riconosciuto come IRCCS.

Tali prodromi facevano parte di un intenso «lavorio» esteso nell'arco di un decennio teso a garantire un funzionamento più coordinato delle quattro AUSL dell'area e lo sfruttamento di possibili sinergie. Tale lavoro, peraltro, si accompagnava e partecipava di uno sforzo regionale di irrobustimento delle forme di collaborazione tra aziende attraverso il progressivo rafforzamento delle logiche di Area Vasta. Evidentemente, l'intensità e i risultati degli sforzi di cooperazione – di cui l'aspetto più visibile era la costituzione gruppi di lavoro inter-AUSL per diversi progetti di unificazione di funzioni –, da un certo punto in poi, non vengono più considerati soddisfacenti o adeguati alle sfide che le dinamiche economiche, soprattutto, ma anche istituzionali ponevano. Così partire dal 2012 la prospet-

⁴ Ultimo accesso al sito web 23 luglio 2015.

tiva di una vera e propria fusione diviene progressivamente più concreta, anche se con tutti gli *stop and go* tipici dei processi di decisione politico-istituzionali, soprattutto quando coinvolgono diversi e strettamente connessi livelli di governo.

Il dibattito sulla fusione, a quel punto, si sposta sul piano istituzionale e politico locale, all'interno delle CTSS. In particolare, l'ordine del giorno sul percorso di costituzione dell'azienda unica, approvato dalla Conferenza di Cesena e inviato in Regione⁵ (e approvato successivamente anche dalle altre 3 CTSS di Forlì, Ravenna e Rimini), dichiara parere favorevole all'unificazione dell'AUSL della Romagna allo scopo de «[...] l'innalzamento del livello qualitativo dei servizi erogati», intravedendo delle opportunità per la Romagna nelle politiche pubbliche che vanno verso «[...] misure di razionalizzazione amministrativa e unificazione di enti e servizi pubblici, in particolare di enti di piccole dimensioni, con la finalità di garantire il contenimento della spesa pubblica, l'adeguatezza delle funzioni gestionali e la conseguente liberazione di risorse economiche». L'idea alla base di tale ordine del giorno è che, in periodo di crisi economica e di decremento delle risorse destinate a ciascuna delle AUSL facenti parte della Romagna, fosse necessario pervenire «alla fusione delle attuali strutture aziendali nell'ambito di un disegno di *governance* che consenta l'allineamento e l'integrazione delle responsabilità di programmazione e vigilanza, da un lato, e di gestione e di erogazione dei servizi, dall'altro» per avviare un percorso utile a evitare ridondanze sul piano istituzionale, economico e organizzativo.

Bisogna notare come il progresso del dibattito politico e l'incertezza crescente sui riflessi che l'esito del dibattito stesso avrebbe prodotto sugli assetti aziendali, pur rendendo sempre più concreta la prospettiva della fusione, non abbiano comportato una coerente – e per certi versi auspicabile – accelerazione dei progetti di cooperazione allora in atto, quanto un loro rallentamento. Non sembrerebbe che si sia trattato solo del ben noto fenomeno per cui all'aumentare dell'incertezza istituzionale, aumenta il rischio percepito delle attività innovative, non essendo chiaro il quadro rispetto al quale verranno successivamente valutati gli esiti. Nel caso in questione, proprio la prospettiva più definita di un'azienda unica avrebbe spinto a «posture» più difensive, tese a massimizzare le opportunità di ciascun partecipante nel quadro della futura azienda.

Nonostante l'ampio, lungo e convergente dibattito sull'unificazione, la decisione politica dell'autunno 2013 di procedere con l'unificazione attraverso la promulgazione della L.R. 22, viene vissuta come una accelerazione improvvisa per motivi legati allo scenario politico. È bene notare come il Presidente della Regione allora in carica e il direttore generale dell'Assessorato alla Sanità avessero robuste radici e profonda conoscenza della Romagna essendo il primo originario di Ravenna e avendo il secondo esercitato per molti anni e in aziende diverse della Romagna il ruolo di Direttore Generale. Da questo punto di vista,

⁵ OdG 20 febbraio 2013 della CTSS di Cesena, inviato all'Assessore Lusenti il 23 marzo 2013.

il progetto di fusione godeva ragionevolmente di saldi agganci e coperture nei livelli politici e tecnici regionali.

Il 1° gennaio 2014 entra in carica il nuovo DG (di seguito il “primo DG” dell’AUSL della Romagna), già direttore generale dell’AUSL di Ravenna dal 2012. Gli obiettivi di mandato che l’assessorato aveva formulato per il primo DG riguardavano:

- ▶ gli «Adempimenti amministrativi ed operativi per l’implementazione dell’azienda unica e strumenti di regolazione volti a definire la fase transitoria di costituzione dell’Azienda unica». Tra i primi, la richiesta di individuare la sede legale provvisoria, insediandovi le prime attività necessarie all’esercizio dell’operato. Seguivano poi una serie di indicazioni sugli adempimenti relativi a: i) area del personale, ii) area della contabilità e bilancio, iii) area del sistema informativo, iv) area della segreteria generale e protocollo; si trattava di disposizioni particolarmente dettagliate e cogenti, ad eccezione dell’area del sistema informativo, rispetto alla quale si chiedeva la garanzia della continuità dei flussi informativi sanitari verso la regione.
- ▶ Il «Nuovo assetto organizzativo dell’Azienda unica», con la richiesta di adozione – previa concertazione con gli *stakeholder* della Romagna – dell’atto aziendale e delle misure strategiche di riorganizzazione dell’azienda, tenendo conto di alcuni criteri, tra i quali:
 - per la parte sanitaria «valorizzare sempre più i percorsi d’integrazione fra le Aziende preesistenti e i servizi e le funzioni di eccellenza di portata romagnola e regionale già consolidate e confermare, compatibilmente con la programmazione regionale della rete ospedaliera e dei servizi, l’assetto distributivo esistente [...]»;
 - per la parte amministrativa, «ottimizzare prioritariamente l’impiego delle risorse e dei servizi non sanitari [...] provvedendo alla riorganizzazione ed unificazione delle funzioni amministrative e tecniche anche attraverso la concentrazione presso la sede dell’Azienda delle attività strategiche, di programmazione, coordinamento e controllo, e prevedendo un’articolazione territoriale per le attività amministrative di carattere operativo da svolgersi presso gli ambiti territoriali di riferimento. [...]»;
 - per quanto riguarda gli operatori delle ex-AUSL, veniva indicato di provvedere «[...] alla graduale omogeneizzazione del trattamento giuridico ed economico del personale [...] e sfruttando tutte le leve di gestione delle risorse umane in grado di sostenere i cambiamenti che interesseranno il personale intervenendo sul sistema della formazione, sul sistema incentivante e sugli ulteriori strumenti di gestione.»

I direttori sanitari e direttori amministrativi delle preesistenti quattro aziende rimangono in carica fino al 31 marzo 2014 per svolgere l’attività ordinaria e di

chiusura dell'esercizio 2013. La sede provvisoria dell'AUSL della Romagna è istituita, su decisione del primo DG, in Ravenna.

I primi tre mesi del 2014 trascorrono con attività indispensabili e operative: si chiudono le pendenze delle preesistenti aziende, si fa fronte alle richieste dei quattro collegi dei sindaci, si nomina il commissario di quattro gestioni liquidatorie, si procede con l'unificazione del bilancio e della cassa, si valutano gli aspetti patrimoniali, si risponde alle richieste informative della Regione. Inoltre, nei primi mesi del mandato, il primo DG unifica i fondi del personale, ma non procede alla ridefinizione delle politiche di utilizzo degli stessi fondi, storicamente differenziati tra le quattro aziende preesistenti, questione che dovrà essere oggetto di trattative sindacali.

Tra le routine organizzative instaurate dal primo DG in questi primi mesi sono stabilite le riunioni del venerdì con i quattro DS, i quattro DA delle preesistenti aziende e gli staff, per prendere le decisioni sull'attività della nuova azienda in modo collegiale.

Il 1° aprile 2014 entrano in carica i nuovi DS e DA dell'AUSL unica. La triade strategica, una volta operativa, inizia a lavorare: internamente, sul cambiamento organizzativo e con la definizione di gruppi di lavoro per predisporre il nuovo atto aziendale; esternamente, a programmare ed effettuare – presso le sedi degli 8 distretti aziendali – dei seminari riservati agli enti locali, in cui venivano spiegate le nuove linee strategiche e organizzative dell'azienda e l'attuazione legge.

A partire da aprile, tuttavia, la politica regionale subisce una forte crisi in relazione alle vicende giudiziarie in cui è coinvolto il presidente della Regione, che culminerà con le dimissioni del Presidente Vasco Errani ai primi di luglio del 2014.

Una volta insediata, il primo impegno che affronta la nuova direzione strategica aziendale è quello di definire la nuova organizzazione dell'AUSL della Romagna e, conseguentemente, l'atto aziendale. Nelle more dell'adozione del nuovo atto aziendale e per garantire una struttura organizzativa con capacità di operare e orientare il processo di unificazione, il primo DG decide di riorganizzare provvisoriamente le tecnostrutture e gli staff di direzione generale, sanitaria e amministrativa, mentre la restante parte dell'organizzazione continua a operare secondo i principi e le regole previsti dagli Atti Aziendali delle preesistenti AUSL di Forlì, Cesena, Ravenna e Rimini.

Attraverso una delibera, sono istituite 24 figure di coordinamento con lo scopo di assicurare, dal punto di vista programmatico e operativo, la gestione integrata e coerente di ampi segmenti dell'organizzazione (Staff, Dipartimenti territoriali, Dipartimenti ospedalieri, Direzioni mediche di Presidio ospedaliero, Direzione Infermieristica e tecnica), pur proponendosi la salvaguardia delle soluzioni locali. Ogni coordinatore aveva una specifica area di responsabilità e funzioni dettagliate nell'allegato alla delibera di costituzione; in particolare, ciascuno di essi aveva la responsabilità della gestione di gruppi di lavoro per condurre alla definizione dell'atto aziendale. Al lavoro e ai risultati dei coordinatori erano collegati premi incentivanti.

Box 7.5 I 24 coordinatori

Le figure di coordinamento trasversale nominate dal I DG sono:

- 1) coordinatore delle attività socio-sanitarie e sociali in delega;
- 2) coordinatore dello staff della direzione generale;
- 3) coordinatore area programmazione e sviluppo organizzativo;
- 4) coordinatore area formazione e ricerca;
- 5) coordinatore area comunicazione;
- 6) coordinatore area controllo di gestione;
- 7) coordinatore area committenza esterna e accesso alla specialistica;
- 8) coordinatore area medicina legale e risk management;
- 9) coordinatore area tecnologie dell'informazione e della comunicazione;
- 10) coordinatore dei servizi sanitari territoriali;
- 11) coordinatore delle direzioni mediche di presidio e delle funzioni igienico-sanitarie;
- 12) coordinatore rete dei dipartimenti ospedalieri e delle reti cliniche aziendali;
- 13) coordinatore direzione infermieristica e tecnica aziendale;
- 14) coordinatore direzione infermieristica e tecnica area territoriale;
- 15) coordinatore direzione infermieristica e tecnica area ospedaliera;
- 16) coordinatore area processi di acquisizione e di gestione beni e servizi;
- 17) coordinatore area bilancio e programmazione finanziaria;
- 18) coordinatore area risorse umane;
- 19) coordinatore area affari generali;
- 20) coordinatore area attività legali e del contenzioso;
- 21) coordinatore area gestione diretta dei sinistri;
- 22) coordinatore area risorse strutturali e servizi tecnici;
- 23) coordinatore area di fisica sanitaria e ingegneria clinica;
- 24) coordinatore per la politica del farmaco aziendale.

L'idea alla base della riorganizzazione – già al momento della nomina dei coordinatori – era di superare i preesistenti riferimenti territoriali eredità delle strutture organizzative delle ex-AUSL, in modo da: «assicurare la gestione unitaria dei servizi, la equa distribuzione delle risorse, la progressiva integrazione di processi e attività e la piena partecipazione dei professionisti alla costruzione del nuovo Atto aziendale che concretizzerà l'avvenuta unificazione in un nuovo sistema di regole, condiviso con gli organismi di *Governance*, dando forma definitiva all'assetto organizzativo».⁶

Successivamente, la triade – insieme ai coordinatori e agli oltre 35 gruppi di

⁶ Allegato delibera 140715 dell'AUSL della Romagna, anno 2014.

progetto – lavora sul nuovo atto aziendale, che mira a superare le precedenti quattro aziende sulla base di alcuni principi di fondo:

- ▶ la creazione di un'organizzazione trasversale e non su base territoriale/ex-AUSL per quanto riguarda i dipartimenti clinici e sanitari (ad es. delineando per l'intera azienda un unico dipartimento di salute mentale, di prevenzione, così come quelli ospedalieri ecc.), pur mantenendo un ruolo forte del direttore di distretto come funzione di garanzia e committenza;
- ▶ il dare fondamento al concetto di piattaforma (ospedale, casa della salute, ecc.), secondo il quale le risorse produttive sono coordinate dal responsabile di piattaforma e i professionisti, afferenti ai dipartimenti, producono servizi sanitari attraverso le risorse messe loro a disposizione;
- ▶ la centralizzazione, anche fisica, delle diverse funzioni amministrative;
- ▶ l'idea di transmuralità tra ospedale e territorio, con équipes mediche che si spostano nei diversi nodi territoriali e un'osmosi con i MMG.

Superata la prima concitata e pesante fase collegata agli adempimenti amministrativi relativi alla fusione, il top management si è chiaramente focalizzato sulla definizione dell'Atto Aziendale. Nella visione del DG la costruzione di un disegno per un'azienda che avrebbe dovuto essere «veramente nuova», la condivisione di tale disegno con tutti i portatori di interesse e, soprattutto, la sua formalizzazione – che ne avrebbe sancito la legittimazione – rappresentavano tutti presupposti indispensabili per il progetto di cambiamento. L'assunzione dell'Atto Aziendale, in questa prospettiva, era il necessario mandato formale che i portatori di interesse istituzionali conferivano al management. Ciò non significava, evidentemente, che il management non lavorasse alla costruzione dell'azienda, ma nella strategia di cambiamento le azioni poste in essere erano propedeutiche rispetto a un disegno che aspettava di essere sancito con l'atto aziendale. Da un altro punto di vista, la necessità di vedere realizzato un ultimo *step* che ancora non si era concretizzato, teneva inevitabilmente aperte delle opzioni che non aiutavano una accelerazione nei concreti processi di unificazione e accorpamento. Bisogna sottolineare come la necessità di un disegno istituzionalmente legittimato fosse direttamente proporzionale alla radicalità dei cambiamenti previsti dalla prima direzione generale e alla adozione di una strategia di cambiamento lontana dai percorsi incrementali che avevano fino ad allora contraddistinto i progressi verso un funzionamento coordinato prima e integrato poi dell'area della Romagna.

Alla fine dell'estate, a livello politico regionale si affronta la campagna per le primarie del Partito Democratico che culmina il 28 settembre 2014 con la vittoria di Stefano Bonaccini, colui il quale – solo due mesi dopo – diverrà il nuovo presidente della Regione Emilia Romagna. Il nuovo governo regionale, a partire dalla fine di dicembre 2014, segnerà un punto di chiara discontinuità rispetto a

quello che lo aveva preceduto, frutto di una stagione politica e sociale completamente diversa. Nel campo della sanità uno dei segni più evidenti è il profilo, lontano dal mondo della politica e del consenso in genere, che caratterizza la scelta del nuovo assessore che viene da un'esperienza ultra-decennale da Direttore Generale di ASL e AO.

Nello stesso periodo della campagna elettorale (ottobre-novembre 2014), in Romagna, la bozza di atto aziendale è presentata ufficialmente dalla triade strategica alla CTSS e ai sindacati. Con entrambi gli *stakeholders* il dibattito è acceso, in particolare con il comitato che rappresenta il territorio di Forlì, il cui ex sindaco (cessato nel maggio 2014), critico verso l'unificazione, era stato il secondo partecipante alle primarie del PD. Nonostante ciò il 18 novembre 2014 viene firmata un'intesa nella quale si sottoscrivono i principi alla base dell'atto aziendale e del regolamento di organizzazione e si conferma la volontà di discutere le bozze degli atti.

Da alcune interviste agli *stakeholder* (ad eccezione di quanto riscontrato nelle percezioni dall'attuale presidente della CTSS) emerge che alcuni enti locali non avessero avvertito un'adeguata attenzione e coinvolgimento da parte del primo DG nelle questioni riguardanti l'unificazione dell'AUSL della Romagna e la nuova organizzazione. Alcune ex-CTSS, infatti, avevano tradizionalmente modalità operative e di concertazione più ampie, mentre gli incontri del primo DG si svolgevano per distretto e a porte chiuse, con la partecipazione ristretta esclusivamente ai sindaci. Dal punto di vista delle OO.SS., invece, il rapporto con il primo DG sembra buono e improntato a una maggiore possibilità di condivisione dell'atto aziendale.

L'intesa si rivela una delle ultime azioni della prima direzione strategica dell'AUSL della Romagna. Infatti, prima l'attesa e poi il cambiamento di giunta regionale e dell'assessore crea uno stallo nella prosecuzione delle iniziative di unificazione. Il nuovo assessore si insedia alla fine di dicembre e il 15 gennaio chiede le dimissioni a tutti i DG delle aziende sanitarie della regione.

La situazione di incertezza, nella quale vi è stata fino a un certo punto la possibilità che il primo DG fosse riconfermato (la «partita» della Romagna sembra essere stata aperta fino all'ultimo e particolarmente sofferta), è superata con un ribaltamento e la nomina di un nuovo DG (il «secondo DG» dell'AUSL della Romagna) a fine febbraio 2015. A sua volta, dopo pochi giorni, il DG nomina i nuovi DA e DS.

Gli obiettivi di mandato del secondo DG – definiti dal nuovo assessorato – sembrano essere differenti da quelli del suo predecessore, non vi sono indicazioni relative ai processi di unificazione ma il mandato riguarda più generali obiettivi di salute e assistenziali, oltre che obiettivi di sostenibilità e governo dei servizi. In particolare, per ciò che concerne questi ultimi, all'obiettivo 2.2 si chiede di procedere verso lo «sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende», producendo – entro sei mesi

dall'insediamento – un piano delle unificazioni da cui si evinca, a regime, il risparmio in termini di unità di personale ed economico. Inoltre è richiesto il completamento della centralizzazione degli acquisti e della logistica dei beni farmaceutici e dei dispositivi medici, con un migliore stoccaggio e distribuzione attraverso le piattaforme logistiche del SSR. Rispetto, invece, all'obiettivo 2.3 sullo «sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità dei servizi», viene richiesto come progetto prioritario l'attuazione del piano aziendale di unificazione delle procedure informatiche. Dalla lettura dei documenti formali emerge che negli obiettivi di mandato del primo DG vi erano delle indicazioni piuttosto univoche sui passi da compiere per l'unificazione dell'AUSL della Romagna dal punto di vista organizzativo, mentre gli obiettivi di mandato del secondo DG non presentano indicazioni operative sulla definizione degli assetti organizzativi e sulle scelte di accorpamento dei servizi amministrativi.

La seconda triade dell'AUSL della Romagna si impegna immediatamente sulla nuova stesura dell'atto aziendale e, in particolare il DA, sull'unificazione dell'apparato amministrativo. Rimangono in carica – fino alle nuove nomine – circa il 70% dei coordinatori nominati dal primo DG dell'AUSL della Romagna, ma vengono revocati gli incentivi per il coordinamento.

Se il primo DG, almeno nel periodo iniziale del suo insediamento, era forte del mandato regionale e si confrontava soprattutto con le richieste del presidente della regione, dell'assessore e del direttore generale dell'assessorato, più che con gli *stakeholder* locali, il secondo DG, nella prima parte di mandato, inizia invece una campagna di sensibilizzazione sui temi dell'organizzazione dell'azienda unica e dell'atto aziendale attraverso una serie di incontri con tutti i sindaci e i rappresentanti della CTSS della Romagna, a latere delle sue visite alle strutture sanitarie territoriali dell'AUSL. Il secondo DG, quindi, riesce a ottenere la fiducia degli *stakeholder* locali, che porta all'approvazione dell'atto aziendale il 15 maggio 2015 con deliberazione n. 414 del Direttore Generale dell'AUSL della Romagna. L'atto aziendale, rimane un documento di principi istituzionali e organizzativi di riferimento mentre l'articolazione della struttura organizzativa è rimandata al documento che definisce l'assetto organizzativo aziendale.

I principi di riferimento della nuova organizzazione cambiano parzialmente: dall'idea di un'organizzazione improntata a un disegno completamente orizzontale che percorre e unifica tutta la nuova azienda, a una via di mezzo in cui la territorialità delle ex-AUSL rimane un nodo fondamentale su alcuni ambiti. Il secondo DG, infatti, prevede un maggiore ancoraggio alle strutture organizzative delle ex-AUSL e, invece, una trasversalità organizzativa sulle linee guida, sui percorsi e sulle alte specialità. In pratica, per quanto concerne le strutture sanitarie, le nuove proposte di atto aziendale definiscono programmi e dipartimenti sanitari orizzontali (che uniscono le strutture operative di tutta l'azienda,

in particolare i dipartimenti: emergenza; cardiovascolare; diagnostica per immagini; patologia clinica; osteoarticolare; testa-collo; malattie dell'apparato respiratorio e del torace; oncoematologico), mentre i dipartimenti ospedalieri più generalisti (ad es. internistico, chirurgico generale, ecc.), quelli territoriali o trasversali (ad es. dipartimento donna, infanzia e adolescenza; salute mentale; cure primarie e medicina di comunità, ecc.) e il dipartimento di sanità pubblica sono istituiti per ambito territoriale delle preesistenti AUSL oppure, in alcuni casi, trasversali per ambito Forlì-Cesena. La nuova Direzione ha, inoltre, previsto la semplificazione dell'area di supporto (amministrativa, tecnica e di staff) che condurrà alla riduzione di almeno 30 strutture complesse su le 60 attualmente esistenti. Nel mese di settembre saranno svolti i colloqui per individuare i dirigenti in modo da avere all'inizio della programmazione 2016, oltre ai nuovi incarichi di responsabilità clinica per i dipartimenti, i riferimenti per tutte le funzioni di supporto.

Nello stesso tempo, il secondo DA lavora sull'unificazione dei servizi amministrativi non solo dal punto di vista organizzativo, ma anche accelerando l'unificazione dal punto di vista operativo, dei processi e lo sviluppo dei sistemi informativi, ambiti solo marginalmente toccati dalla prima direzione (condizionata dalle indicazioni più precise degli obiettivi di mandato sulla centralizzazione delle funzioni amministrative). In particolare, al momento dell'intervista (giugno 2015), la situazione delle funzioni amministrative era la seguente:

- ▶ Amministrazione del personale: l'ufficio assunzioni è stato centralizzato, entro settembre si prevede di inserire su piattaforma unica anche le presenze del personale. Si prevede, nel mese di novembre e dicembre, la verifica "in doppio" del sistema unico delle paghe. Successivamente, si dovranno unificare gli accordi di contrattazione decentrata del personale, partendo dal personale PTA e dopo quello medico e del comparto. Con i sindacati è stata siglata un'intesa che prevede entro l'anno la formulazione di accordi ponte che abbiano l'obiettivo di raggiungere la unificazione del trattamento in un biennio.
- ▶ Gestione del personale: l'area di sviluppo organizzativo-professionale e valutazione del personale sarà unificata in staff alla Direzione Generale.
- ▶ Controllo di gestione: il percorso di budget 2015 è stato concluso a maggio, lo staff dedicato al controllo di gestione era già stato unificato nel 2014. Anche in questo caso si stanno ancora unificando i sistemi informativi per la funzione programmazione e controllo attraverso la costruzione di un *datawarehouse* aziendale.
- ▶ Sistemi informativi/CED: attualmente è ancora oggetto di unificazione e una criticità è il fabbisogno di server più potenti per l'intera azienda; la *vision* prevede che in ogni ambito ex-AUSL per gli ospedali rimanga un riferimento per manutenzioni primarie e di primo intervento, mentre la parte *hardware* viene concentrata in due centri (Forlì e Ravenna).

- ▶ **Bilancio:** i quattro sistemi di bilancio delle precedenti AUSL sono ancora separati; l'obiettivo dell'azienda è, in attesa della gara regionale sul sistema contabile Unico, di utilizzare le procedure di Forlì adattandole a un governo del controllo della spesa su tanti soggetti diversi entro la fine dell'anno. Si registra un ritardo di circa 2/3 mesi rispetto al cronoprogramma, perché il sistema informativo contabile scelto non risulta flessibile nella necessità di supportare un percorso di adeguamento delle procedure contabili, ancora da uniformare. In particolare, le difficoltà si sono riscontrate sulle procedure di controllo degli ordini e dei controlli dei ricevimenti dei servizi sanitari e socio-sanitari alla persona che hanno come riferimento autorizzativo gli otto distretti territoriali.
- ▶ **Approvvigionamenti:** continuerà lo sforzo di accorpamento presso la sede di Pievesestina che porterà a non avere né economati né funzioni economali di base all'interno delle diverse sedi. Gli ordini partiranno esclusivamente dal centro logistico di Pievesestina, sia sui beni farmaceutici (ormai operazione completata) sia sui dispositivi medici (in corso la meccanizzazione del sistema). Il magazzino sarà completamente centralizzato e si utilizzerà l'esperienza della dose unitaria di Forlì per spingere gli altri ospedali a percorsi di tracciatura dei beni fino al letto del paziente.
- ▶ **Uffici tecnici:** manutenzioni e primo intervento rimarranno presso le sedi decentrate, mentre saranno accentrati i punti di progettazione e di governo degli appalti.
- ▶ **Ingegneria clinica:** rimarranno presso gli ospedali le attività di controllo e di manutenzione e la fisica. Si svilupperà il loro lavoro di *technology assessment* anche per le tecnologie sanitarie a domicilio del paziente, con una specifica base logistica.

In sostanza, la nuova visione organizzativa della seconda triade strategica prevede che ogni sede delle ex-AUSL debba essere un centro amministrativo specializzato nel quale concentrare funzioni specialistiche. Inoltre, saranno create tre piattaforme per diversi ambiti territoriali per la gestione dei servizi di *front office* e operativi amministrativi. Per il personale amministrativo coinvolto nei trasferimenti, l'azienda ha intenzione di proporre l'assegnazione alle nuove sedi per un primo periodo, trovando coerenti forme di compensazione economica, in modo tale da poter garantire una buona qualità sui servizi amministrativi e il trasferimento delle conoscenze ai nuovi operatori. Dopo un certo periodo, il personale potrà decidere se mantenere la propria posizione nella nuova sede, se rimanere nella sede precedente specializzandosi nella nuova funzione centralizzata, oppure se essere trasferito a lavorare sulle piattaforme amministrative territoriali sempre nella sede precedente. Nella visione della seconda direzione strategica aziendale, questo modello di *governance* delle funzioni amministrative – che rimangono comunque all'interno dell'azienda e non vengono esterna-

lizzate come nelle esperienze Toscane e nell'idea della cosiddetta "Azienda Zero" del Veneto – garantisce una maggiore integrazione e vicinanza con i servizi sanitari che devono supportare, oltre a contribuire a migliorare il rapporto con i clinici e il territorio.

7.5 Discussione: cooperazioni e fusioni nel SSN

Alla luce di quanto esposto nel § 7.3, il SSN avrebbe dovuto sperimentare negli ultimi decenni spinte e fenomeni di cooperazione tra aziende di pari, se non maggiore, intensità rispetto a quanto sperimentato in altri contesti sanitari. Infatti, la comune appartenenza al «gruppo pubblico» avrebbe dovuto favorire lo sviluppo delle cooperazioni interaziendali, in ragione dell'assenza di una vera competizione di mercato, della comunanza valoriale nelle culture organizzative, della possibilità di sviluppare anche soluzioni di cooperazione a somma zero, guidate dalla ricerca della soddisfazione delle attese dei portatori di interessi, prima ancora che dai risultati economico-finanziari o di altra natura fisico-tecnica (Borgonovi 2000a, 2000b, Longo 2005). Tuttavia, per quanto si è osservato negli anni, nel SSN le cooperazioni spontanee, le concentrazioni per volontà endogene, sembrano essere fenomeni molto rari o limitati ad aspetti puntuali di piccola dimensione. Al contrario, le concentrazioni sono avvenute quasi esclusivamente per imposizione esogena, per scelta politico-tecnica dei SSR e sono state, nella maggior parte dei casi, più subite e accettate dalle aziende sanitarie che attivamente ricercate.

Cooperazioni e fusioni, le medesime difficoltà

Le ragioni che possono spiegare lo scarso protagonismo delle aziende nella costruzione di cooperazioni che avrebbero, almeno potenzialmente, contribuire a un proprio miglior funzionamento sono diverse e si collocano su piani di interpretazione molto differenti che vanno da questioni di natura prettamente politica e istituzionale a temi molto operativi.

Considerando, tuttavia, i processi di fusione istituzionalmente guidati, come quello della Romagna, non sembra che questi siano andati esenti da difficoltà, nonostante la presenza, anche nel caso delle fusioni come in quello delle cooperazioni spontanee, delle medesime condizioni facilitanti. L'impressione è che molti degli ostacoli che rendono complessa la realizzazione delle cooperazioni spontanee siano poi gli stessi che rendono difficile il processo di fusione e il conseguimento dei vantaggi (impliciti o espliciti) che ne erano a fondamento. In altri termini, una volta portato a compimento il percorso istituzionale e, quindi, «riperimetrati i confini», non sembra che ciò sciolga immediatamente e automaticamente le difficoltà di integrazione, rendendo agevoli le azioni strategiche che dovrebbero seguire.

Il caso della Romagna, insieme ad alcuni spunti forniti dai casi di cooperazione e fusione presentati e discussi nell'incontro del network delle Direzioni strategiche delle Aziende Sanitarie Pubbliche (DASP) della SDA Bocconi, può aiutare a mettere a fuoco alcune criticità e trarre alcune lezioni.

Il ruolo della politica e del consenso

Un utile punto di partenza è il ruolo svolto dalla politica e dal consenso, non solo nel disegno istituzionale, ma anche nei concreti circuiti decisionali che accompagnano i processi. La cooperazione interaziendale trova spesso nella politica, a livello regionale e locale, un riferimento ambivalente. Se la retorica prevalente può dichiararsi d'accordo, in nome di una razionalità tecnica ed economica talvolta superficialmente adottata, e promuovere la cooperazione, le azioni e i comportamenti possono minare e ostacolare lo sviluppo della stessa. Non bisogna, infatti, sottovalutare come la sanità sia spesso un volano economico e occupazionale, parte integrante dell'identità di un territorio, costituendo così un importante bacino elettorale. Interessi politici, anche legittimi, si possono saldare con interessi sindacali e professionali, convergendo per ridurre e azzerare le possibilità di cooperazione. Inoltre, in tempi di forte crisi economica e di razionalizzazione organizzativa, se da un lato, il trovare forme di cooperazione diventa necessità ancora più stringente, dall'altro i territori sono ancora più sensibili e protettivi rispetto alla loro sanità, così come i contesti aziendali che vedono le cooperazioni unicamente come azioni per ulteriori ridimensionamenti.

In questa prospettiva le dinamiche politiche sono una componente fondamentale della vicenda della Romagna e della sua evoluzione, sia in termini di stimolo quando la politica percepisce e recepisce la necessità dell'accelerazione, sia quando essa pone resistenze e condizioni. Lo stesso ruolo fondamentale la politica ha giocato nel caso dell'ASUR delle Marche, dapprima quando, nel 2003, per motivi legati alla rappresentanza politica di una certa area geografica, la soluzione «azienda unica», che avrebbe raggruppato le 13 ex aziende, fu preferita a soluzioni che prevedevano poche e significative aziende. Ed è la stessa politica che ha mantenuto, fino al 2011, 13 zone che per ruolo e poteri poco differivano dalle precedenti aziende. Se la rappresentanza di interessi locali, riferiti a gruppi di popolazione, pur nelle difficoltà che essa può porre al perseguimento di soluzioni razionali in termini aziendali, è comprensibile, meno giustificabile è lo schierarsi della politica su questioni dalle inequivocabili basi tecniche. Un esempio è dato dalla decisione di accorpate l'AO San Filippo Neri alla ASL Roma E, decisione contrastata fino all'ultimo da uno schieramento politico che caldeggiava l'unificazione con l'AO San Giovanni Addolorata, senza che al centro del dibattito vi fossero le prospettive strategiche che le diverse scelte avrebbero implicato.

Il management e la politica

Dal punto di vista delle aziende, e delle direzioni generali che le rappresentano, una questione delicata è fino a che punto intervenire nell'arena politica, per provare, se non a condizionare, almeno a influenzare gli esiti del dibattito. Che il *management* si trovi inevitabilmente a gestire, soprattutto in processi lunghi e complessi come quelli in questione, spazi di discrezionalità contigui e per certi versi sovrapponibili alla politica è un dato ormai acquisito. L'ambiguità degli obiettivi consegnati dalla politica alle direzioni aziendali (Calciolari et al. 2011), non solo apre spazi di discrezionalità, ma ne impone l'esercizio. Così come appartiene all'orizzonte del *management* valutare quanta e quale parte del cambiamento debba essere o è utile che sia sottoposta a un'approvazione esplicita e formalizzata (ad esempio atti aziendali puntuali o più generali, processi di cambiamento ancorati a un disegno esplicitato e autorizzato o di natura più incrementale). Fin qui si tratta di una postura più «tattica e difensiva», quella che porta molti direttori aziendali a pensare che cosa altrettanto importante dello sviluppare una strategia di azione è il «saper cosa non bisogna fare» (Porter 1996) per non compromettere le relazioni col mondo politico e istituzionale. Altra questione è un intervento attivo, che in taluni casi (non quelli qui analizzati) è stato possibile registrare e che ha visto, in presenza di sistemi politici deboli e frammentati e di *management* portatore di «visioni forti», una inversione di ruoli con esiti di non semplice decifrazione.

La sponda regionale

Le aziende sanitarie pubbliche operano in un complesso istituzionale, oltre che politico. L'appartenenza al «gruppo pubblico regionale» potrebbe di per sé scoraggiare la ricerca di cooperazioni interaziendali spontanee in quanto la ricerca e lo sfruttamento di sinergie di sistema (in questo caso soluzioni a somma maggiore di zero) sono tradizionalmente attribuite al (e considerate responsabilità del) livello istituzionale sovraordinato, il quale dovrebbe perseguirle attraverso il disegno della struttura di gruppo e i meccanismi di funzionamento, pianificazione e programmazione *in primis*. Sia che si tratti di cooperazioni spontanee o di processi di fusione, la qualità e la coerenza dell'interlocuzione con il livello istituzionale sovraordinato – l'assessorato nel suo ruolo tecnico e non di espressione del momento politico regionale – può risultare di primaria importanza. Le leve in possesso della regione, i gradi di autonomia concessi alle aziende, gli obiettivi ad esse posti, i criteri e le scelte sul finanziamento, il supporto tecnico in alcuni snodi critici, sono tutte variabili fondamentali per lo sviluppo dei processi di cooperazione e di fusione. Nel caso della Romagna tale interlocuzione non sembra essere mai mancata e, al di là di alcune fisiologiche tensioni tra esigenze generali dell'intera Regione e quelle specifiche dell'azienda, l'assessorato non solo non è stato mai un ostacolo, ma in taluni frangenti si è dimostrato una risor-

sa preziosa. In un contesto completamente diverso (regione in piano di rientro, con spazi di manovra quasi nulli), nell'affrontare la fusione la Roma E non sembra essersi potuta giovare del medesimo supporto.

Norme e relazioni sindacali

Sempre in relazione al quadro istituzionale, non bisogna sottovalutare il ruolo giocato dalla complessità del quadro normativo e procedurale (il *red tape*, la burocratizzazione). Qualsiasi intervento di cooperazione e di fusione diviene così particolarmente laborioso per i processi e le procedure richiesti, soggetto a molti controlli di legittimità e merito esterni e vincolato da impianti regolamentatori rigidi e non modificabili a livello aziendale (Boyne, 2002). La difficoltà diviene particolarmente intensa, quando i progetti toccano, come spesso inevitabilmente accade, l'organizzazione del lavoro, scontrandosi con interessi forti (pur legittimi) e robusti sistemi di tutela. L'importanza del tema di come assicurarsi una mobilità geografica del personale è di particolare evidenza nel caso della Romagna, dove i riassetto dell'area amministrativa hanno dovuto costantemente fare i conti con tale problema. Il caso della messa in comune di funzioni amministrative tra le due aziende di Ferrara – senza grandi necessità di spostamenti «fisici» del personale, ma solo organizzativi – mostra come il problema dei vincoli e degli strumenti a disposizione per rendere possibili cooperazioni e sinergie sia particolarmente acuto nel contesto pubblico. È questo il motivo per il quale a Ferrara, dopo una prima fase di cooperazione a «basso tasso di formalizzazione», di fronte alle difficoltà sperimentate nell'integrazione, è stata scelta la strada della delega di funzioni formalizzata all'una o all'altra azienda e la contemporanea attivazione di istituti contrattuali complessi quali il comando o l'assegnazione temporanea.

Stabilità delle direzioni

Avvicinandosi alle singole organizzazioni, un ruolo centrale nel rappresentare ed esprimere la volontà dell'azienda è assegnato al direttore generale. In questa prospettiva i mandati corti e incerti che caratterizzano le direzioni delle aziende sanitarie pubbliche (sul tema si rimanda al cap. 3 del presente Rapporto) non aiutano certamente a imbastire con la dovuta credibilità le operazioni di cooperazione inter-aziendale o rendere il direttore generale un interlocutore autorevole nelle relazioni sia con l'esterno che con l'interno. Se la fiducia è un componente fondamentale nella interlocuzione, questa si collega anche alla aspettativa di durabilità e stabilità di un soggetto chiave come il DG, il quale ha, peraltro, come unica forma di legittimazione proprio la permanenza nel ruolo. Inoltre, la durata relativa dei mandati, unita alla pressione da *spoils system*, inevitabilmente porta le direzioni aziendali a prestare maggiore attenzione agli obiettivi di breve termine e alla funzionalità immediata, piuttosto che a complicati disegni di coo-

perazione interaziendale i cui risultati si palesano spesso in tempi non brevi o a privilegiare le soluzioni di lungo respiro (quasi sempre più complesse). Da questo punto di vista, i contemporanei inizi di mandato delle direzioni coinvolte sono spesso l'unica opportunità perché un progetto di cooperazione sia concepito e abbia avvio, come è avvenuto nel caso di Ferrara dove i due nuovi direttori hanno subito presentato un programma congiunto centrato sulla cooperazione. Nel caso della Romagna l'importanza della stabilità del direttore generale è segnalata dal rallentamento che ha contraddistinto il periodo cominciato con la crisi del precedente governo fino alla nomina della nuova direzione⁷.

Tempi e velocità

Il tema della instabilità consente una notazione sulla questione dei tempi e della velocità da imprimere al cambiamento. Le aziende pubbliche, e quelle sanitarie in particolare, sono organizzazioni sulle quali, da una parte, convergono una pluralità di interessi e attori ampiamente differenziati, dall'altra, si caratterizzano per una debole legittimazione delle funzioni di governo (nell'impresa la proprietà legittima in maniera incomparabilmente più forte l'assunzione di decisioni). In tale contesto e nel quadro di forme di *governance* multilivello, la costruzione di un sufficiente consenso intorno alle decisioni è un processo laborioso, ma necessario. L'allungamento dei processi decisionali rischia però di rendere più complessa e difficile la costruzione del consenso stesso⁸ o di rendere possibile un radicale mutamento di scenario, come nel caso della Romagna. Tempi lunghi e percorsi di avvicinamento troppo gradualmente rischiano, inoltre, di erodere un capitale fondamentale di energie rappresentato dal senso di urgenza del cambiamento, in grado di sorreggere la necessaria tensione. È quindi importante valutare attentamente i *trade off* tra maturazione delle condizioni necessarie e produzione di eventi che testimoniano o istituzionalizzano l'avvenuto cambiamento. Probabilmente, anche in assenza di specifiche responsabilità, il cambiamento in Romagna sta prendendo troppo tempo.

7.6 Suggerimenti per il management e i policy maker

Le osservazioni conclusive rispetto a quanto fin qui esposto vogliono focalizzare l'attenzione sulla necessità di dare una sufficiente operatività a processi complessi come quelli oggetto del presente capitolo. In una prospettiva aziendale

⁷ Rimane così confermata una delle caratteristiche distintive delle aziende pubbliche: quella per cui i naturali e continui tempi e ritmi aziendali vengono scanditi da tempi e ritmi istituzionali che definiscono intervalli discreti, peraltro non sempre prevedibili (Borgonovi, 1996).

⁸ Sul ruolo dei ritardi e sui circoli viziosi che si generano nel caso dei progetti pubblici (ritardi, entrata di nuovi attori/interessi, necessità di nuovi accordi e autorizzazioni, nuovi ritardi) che spiegano molti fallimenti, rimane valida la classica analisi di Bardach (1977).

quadri concettuali e diagnosi hanno senso nella misura in cui possano poi anche sorreggere efficaci condotte aziendali. Anche a costo di alcune semplificazioni, sembra, quindi, importante chiudere il capitolo con l'evidenziazione di alcune aree di attenzione che, se opportunamente considerate, possano aiutare *management* e aziende ad affrontare i processi di fusione e i progetti di cooperazione interaziendale

Un investimento iniziale in capacità è indispensabile

Nel caso di cooperazioni o concentrazioni interaziendali di entità rilevante, diventa importante poter disporre in una prima fase di risorse per costruire la «capacità» di affrontare le nuove sfide. Come riportano le evidenze sui processi di cambiamento, vi è una correlazione positiva provata tra tempi ed efficacia del cambiamento e investimento sostenuto inizialmente. Tra le ragioni che rendono necessario un investimento è possibile menzionare:

- ▶ la necessità di avere a disposizione tecnostutture centrali in grado per capacità e competenze di gestire il cambiamento e i conseguenti processi di razionalizzazione ed ottimizzazione organizzativa;
- ▶ la possibilità di sostenere i costi emergenti connessi al consolidamento delle funzioni di supporto (che possono nel breve periodo spesso eccedere i risparmi ottenibili), costi che possono essere di varia natura:
 - legati al dover interfacciare unità centrali con strutture decentrate (tecnologie e posizioni dirigenziali di raccordo);
 - collegati alla predisposizione di spazi logistici appositi (i muri sono importanti) e di meccanismi e strumenti operativi *ad hoc*;
 - costi *una tantum*, collegati al superamento delle resistenze al cambiamento;
- ▶ i processi di formazione e sensibilizzazione necessari per allineare linguaggio, valori e culture organizzative;
- ▶ i processi di costruzione della “squadra” di governo del nuovo soggetto;
- ▶ la necessità di prevedere e sostenere gli innesti di competenze dall'esterno per contaminare l'organizzazione.

È necessario guardare ai processi e non solo alle strutture organizzative

Le evidenze disponibili ci rappresentano una situazione in cui sono i processi di re-ingegnerizzazione delle attività i maggiori impatti sulle dinamiche di costo, con punte di ottimizzazione che arrivano fino al 20% dei costi complessivi. In questo senso i risultati migliori sono conseguiti dalle concentrazioni interaziendali che attivano logiche di rete intelligente. Difficilmente ciò avviene per dinamiche spontanee e ridisegni operati «*in vitro* e sulla carta». È necessario dedicare una specifica attenzione, con apposite *task force* che si concentrino sulle attività di riconfigurazione, a forme di re-ingegnerizzazione e diffusione delle *best practice*. Si tratta di risorse umane e professionali che possono spesso essere rese

disponibili proprio grazie alla concentrazione delle loro precedenti attività, attivando, così, processi di cambiamento auto-sostenentesi.

Serve maggiore autonomia organizzativa

Le trasformazioni che si generano attraverso le fusioni non possono essere lette solo in senso meramente dimensionale. Spesso non si tratta di pensare solo a una «azienda più grande», ma anche a una «azienda diversa». Così come è difficile immaginare che la stessa unità di primo livello possa essere di nome e di fatto un «dipartimento» indifferentemente rispetto alla sua collocazione in una certa azienda o che sia collocata in una nuova azienda che riunisce quattro o cinque aziende pre-esistenti. Ciò implica liberare le aziende che si fondono dai vincoli normativi e dagli indirizzi regolamentatori in materia di organizzazione, spesso pensati per realtà diverse, di dimensione e complessità inferiore. Bisogna, da una parte, potenziare l'autonomia delle aziende e, dall'altra, sviluppare la loro capacità di «fare organizzazione» e non solo disegnare organigrammi.

Ha senso optare per assetti di governo forti e sufficientemente definiti

Le cooperazioni interaziendali e intra-organizzative (tra unità operative senza legami strutturali) sono esercizi complessi. Le evidenze ci dicono che se gli obiettivi della cooperazione sono molto ambiziosi in termini di consolidamento e riconfigurazione dei sistemi di offerta (concentrazione) gli ancoraggi strutturali sono fondamentali. Da questo punto di vista, una rapida e chiara definizione del punto di arrivo (nuovi assetti e responsabilità) può risultare più conflittuale nel brevissimo periodo, ma impedisce «guerre di posizione» e la costruzione di trincee difficili da rimuovere successivamente.

Serve un piano per il pieno sfruttamento di tutto il portafoglio di azioni

Le azioni che possono conseguire a una cooperazione-concentrazione tra aziende sono, come si è visto, potenzialmente molte e su diversi fronti: costi, servizi, accesso, ecc. Spesso gli obiettivi da perseguire non sono definiti. Per sfruttare appieno le potenzialità offerte dalla cooperazione e concentrazione, serve sviluppare fin dal principio un piano articolato con il portafoglio azioni da attuare, di modo da costruire il *master plan* e la *road map* del processo di cambiamento atteso.

Orizzonti temporali ben calibrati sono importanti

Le concentrazioni interaziendali, soprattutto quando promosse da spinte esogene e dense di retorica politica e istituzionale – quando non pressate da obiettivi stringenti di finanza pubblica – rischiano di porre attenzione esclusiva a risparmi economico-finanziari da conseguire nel brevissimo periodo. Il rischio è quello di minare la capacità del sistema di svilupparsi nel medio-lungo termine, sia perché il confine tra «debolezza» e «snellimento» non è facile da collocare, sia per-

ché obiettivi costantemente non raggiunti possono far venire meno le energie necessarie al cambiamento. Ovviamente sono anche da evitare il rischio della scelta opposta del rimandare nel tempo le decisioni critiche (consolidamenti clinici e di altra natura, riconversione di strutture, ecc.), che invece sono fondamentali spesso per dare pieno corpo ai vantaggi portati dalla cooperazione-concentrazione interaziendale, e soprattutto per legittimarne la scelta. Come una saggezza antica ci ricorda, *in medio stat virtus*.

Bibliografia

- Bardach E. (1977), *The Implementation Game: What Happens after a Bill Becomes a Law*, Cambridge MA, MIT Press
- Blecher M. B. (1998) «Size does matter», *Hospital & Health Networks*, 20, pp. 29-36.
- Borgonovi E. (1996), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Milano, EGEA.
- Borgonovi E., (2000a), «Governare l'amministrazione pubblica con il sistema a rete», *Azienda pubblica*, 13(5), pp. 485-487.
- Borgonovi E. (2000b), «L'organizzazione a rete nelle amministrazioni pubbliche», *Azienda pubblica*, 13(4), pp. 341-343.
- Boyne G (2002), «Public and private management: what's the difference?» *Journal of Management Studies* 39(1), January.
- Calciolari S., Cantù, E, Fattore, G. (2011), «Performance management and goal ambiguity: Managerial implications in a single payer system», *Health Care Management Review*, 36(2), pp. 164-174.
- Clement J.P., McCue M.J., Luke R.D. (1997), «Strategic Hospital alliances: impact on financial performances», *Health Affairs*, 16(6), pp. 193-203.
- Connor, R.A., Feldman R.D., Down B.E., Radcliff T.A. (1997), «Which type of hospital mergers save consumers money?», *Health Affairs*, 16(6), pp. 62-74.
- Del Vecchio, M. (2014), «Institutional frameworks, organizational boundaries and managerial problems in the Italian National Health Service», *Politiche Sociali/Social Policies* (3), pp. 437-452.
- Dooley KJ, Zimmerman BJ. (2003), «Merger as marriage: communication issues in postmerger integration» *Health Care Management Review* ; 28(1), pp. 55-67.
- Dranove D. e Lindrooth R. (2003), «Hospital Consolidation and Costs: Another Look at the Evidence», *Journal of health economics* 6, pp. 983-97.
- Fulop N., Protopsaltis G., Hutchings A., et al. (2002), «Process and impact of mergers of NHS trusts: multicentre case study and management cost analysis», *BMJ*, 325.
- Harrison TD. (2011), «Do mergers really reduce costs? Evidence from hospitals», *Econ Inq.* 49(4), pp.1054-69.

- HCAB (1995), *Network Advantage*, Washington D.C., Health Care Advisory Board.
- Hudson T. (1998), «The tactical made practical: when the merge hoopla ends, you have to make hard decision about which services to combine», *Hospital & Health Networks*, November 5.
- Jarrillo C.J. (1988), «On Strategic Networks», *Strategic Management Journal*, 9, pp. 31-41.
- Lega F. (2005), «Organizational and strategic choices for multi-hospital networks: a framework», *Health Service Management Research*, 18(2), May.
- Longo F., (2005), *Governance dei network di pubblico interesse: strumenti operativi economico aziendali*, Egea, Milano,
- Luke R., Begun J., Pointer D. (1989), «Quasi firm: strategic interorganizational forms in the health care industry», *Academy of Management Review*, 14(1), pp. 9-19.
- Porter M. (1996), «What Is Strategy?» *HBR*, November–December.
- Powell W. (1990), «Neither market nor hierarchy», *Research in Organizational Behaviour*, 12, pp. 295-333.
- Spang H.R., Amould R. J. e Bazzoli G. J. (2009), «The Effect of Non-Rural Hospital Mergers and Acquisitions: An Examination of Cost and Price Outcomes», *Quarterly review of economics and finance* 49(2), pp. 323-342.
- Thomas H., Ketchen D., Trevino L., McDaniel R. (1992), «Developing interorganizational relationships in the health sector: a multicase study», *Health Care Management Review*, 17(2), pp.7-19.
- Weil T.P. (2000) «Horizontal mergers in the United States health field: some practical realities», *Health Services Management Research*, 13, pp. 137-151.
- Weil T. (2010), «Hospital mergers: a panacea?» *J Health Serv Res Policy*, 15(4), pp. 251-253.
- WHO (1996), *European health care reforms: analysis of current strategies*, Copenhagen, World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Williamson O. (1991), «Strategizing, economizing and economic organization», *Strategic Management Journal*, 12, pp.75-94.
- Zuckerman H., Kaluzny A., Ricketts T. (1995), «Alliances in health care: what we know, what we think we know, and what we should know», *Health Care Management Review*, 20(1), pp. 54-64.