

2 Le esperienze di integrazione nel servizio sanitario regionale

1 Introduzione

2 La Regione Emilia-Romagna, uno sguardo d'insieme

3 Le integrazioni a valenza aziendale: una tassonomia basata sulle scelte strutturali

4 Le integrazioni nei servizi amministrativi, tecnici e professionali

5 Le esperienze di integrazione nell'area metropolitana di Bologna

6 Le integrazioni a valenza sub-aziendale: una tassonomia basata sugli strumenti organizzativi

7 Conclusioni

1 Introduzione

Anche se non è possibile definire in linea generale la dimensione ottimale delle aziende sanitarie (Geddes, 2014) che richiederebbe valutazioni del tutto specifiche e correlate, tra l'altro, alle caratteristiche dei fabbisogni assistenziali delle popolazioni di riferimento e delle dotazioni strutturali a disposizione, durante gli ultimi 15 anni nel Servizio sanitario nazionale italiano i processi di aggregazione sono diventati sempre più frequenti. A seguito di tali processi, si è registrata una riduzione nel numero di aziende pubbliche di oltre il 25%, con una diminuzione più pronunciata - fino al 43% - nelle regioni sottoposte a Piani di rientro (Carbone et al., 2015). In particolare, le Aziende territoriali (AUSL) che erano 180 nel 2005 si sono ridotte a 104 nel 2017, con una variazione nella popolazione media per AUSL dai 290 mila residenti nel 1995 agli oltre 500 mila del 2016 (Ministero della salute, OpenData). Soltanto per le Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU), il loro status garantito per legge ha limitato la contrazione a sole due unità, passando da 82 a 80 (Agid, 2017; Mariani et al., 2017), mentre nel periodo 2001-2017 il numero di IRCCS è passato da 82 a 49 (di cui 21 pubblici).

Il primo caso di fusione su larga scala è quello realizzato dalla regione Marche con 13 aziende confluite in un'unica ASUR con legge regionale 13 del 20 giugno 2003. Molto più recentemente, importanti riorganizzazioni hanno interessato Friuli-Venezia Giulia, Toscana, Lombardia e Veneto. In Friuli Venezia Giulia lo status di Regione a statuto speciale ha permesso di sopprimere le Aziende ospedaliero-universitarie (con Legge regionale 17 del 16 ottobre 2014) incorporandole dentro 5 nuovi enti territoriali chiamati EAS (Enti per l'assistenza sanitaria) dotati ciascuno di una rete ospedaliera costituita da 3 ospedali ad elevata specializzazione a cui si aggiungono 2 IRCCS pubblici; è stata inoltre realizzata un'Agenzia per i servizi centralizzati che si occupa di acquisti di beni e servizi sanitari e non, gestione del magazzino e del personale, agisce da stazione appaltante per i lavori pubblici e offre supporto alla programmazione regionale in vari ambiti (Carbone et al., 2015). Nel caso della Toscana, la Legge 396 del 5 marzo 2014 ha previsto a partire dal 1 gennaio 2016 l'accorpamento delle 12 AUSL in 3 nuove aziende coincidenti con le attuali Aree Vaste, mantenendo le 4 AOU in stretto coordinamento ciascuna con la propria azienda territoriale di riferimento attraverso la creazione di un comitato operativo di direzione interaziendale a cui partecipano i Direttori delle due aziende, il Direttore generale dell'Ente di supporto tecnico amministrativo regionale (Estar) costituito con LR 26/2014 e il Direttore di Area Vasta posto a guida della direzione

complessiva del territorio (Maciocco, 2014). Per la Lombardia, con legge 83 del 5 agosto 2015 sono state costituite 8 Agenzie Territoriali Sanitarie (ATS), organizzate in 6 Dipartimenti che attuano la programmazione regionale nel proprio territorio e assicurano i Livelli essenziali di assistenza mediante la definizione di accordi con erogatori - pubblici e privati - accreditati che insistono sul proprio territorio di competenza. Tra gli erogatori pubblici operano nei territori delle ATS gli IRCSS, eventuali Aziende ospedaliere (AOSP) di nuova istituzione e le Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST) organizzate in un polo ospedaliero articolato in presidi (POT) e nella rete dei servizi territoriali dove operano i presidi sociosanitari territoriali (PreSST). Nel caso del Veneto la legge 19 del 25 ottobre 2016 ha istituito l'Azienda Zero con il compito di assegnare gli obiettivi e gli indirizzi di gestione contabile alle aziende territoriali, gestire le procedure di accreditamento, centralizzare gli acquisti, le procedure di selezione del personale, la gestione delle assicurazioni, gli uffici relazioni con il pubblico, la razionalizzazione del sistema logistico e la gestione del contenzioso del lavoro e di quello sanitario. Sono state inoltre ridotte da 21 a 9 il numero delle ULSS mentre le ex ULLS sono diventate aree distrettuali.

La storia di questi anni non comprende solo grandi operazioni che ridisegnano il quadro regionale complessivo ma anche numerosissime operazioni condotte a livello aziendale, spesso senza la presenza di documenti tecnici o di analisi aziendali a supporto dei processi di cambiamento (Maciocco, 2014; Carbone et al., 2015). Il Servizio sanitario nazionale è stato infatti interessato da numerosi processi di trasformazione che hanno riguardato sia specifiche Aziende nel loro insieme o loro componenti di particolare dimensione e rilievo, quali interi stabilimenti ospedalieri, sia singoli moduli organizzativi di diverse Aziende quali Dipartimenti o Unità operative. Per quel che riguarda la logica organizzativa, vi sono state integrazioni orizzontali complete tra Aziende sanitarie territoriali ovvero Aziende sanitarie territoriali che si sono integrate verticalmente con Aziende ospedaliere attive nello stesso ambito provinciale e soprattutto vi sono stati molteplici esempi di integrazione derivanti dalla condivisione di attività e servizi unificati all'interno di ambiti organizzativi comuni privi di soggettività giuridica quali le Aree Vaste o di strutture a gestione condivisa (Unità operative interaziendali) o ancora coordinati mediante accordi di *partnership* produttiva di lungo termine quali la costituzione di reti interaziendali.

Questa accelerazione nella ricerca di una ridefinizione dei ambiti aziendali o di modifiche negli assetti è stata determinata da una molteplicità di fattori, quali i cambiamenti demografici e sociali - che hanno influenzato i fabbisogni assistenziali, richiamando il sistema ad un maggiore orientamento verso l'assistenza a un numero crescente di pazienti cronici pluripatologici e fragili che necessitano di continuità di cura e di assistenza anche socio-sanitaria -, e la crescente pressione a contenere i costi a fronte di perduranti difficoltà nelle condizioni della finanza pubblica. In modo più specifico, le motivazioni esplicitamente addotte nell'avviare molti processi di integrazione fanno riferimento alla necessità di concentrare la casistica al fine di garantire la qualità e sicurezza delle cure, alla volontà di garantire omogeneità di accesso alle prestazioni per un determinato bacino di popolazione, al conseguimento di economie di scala e di scopo ottenibili unificando le funzioni di staff, le centrali di acquisto e la gestione della logistica.

Processi analoghi di innovazione nelle relazioni tra committenti e produttori, nei sistemi di finanziamento e nei modelli gestionali di erogazione dei servizi si osservano in quasi tutti gli altri paesi, ancorché caratterizzati da impianti normativi e assetti di sistema diversi tra loro, segnalando da un lato la natura strutturale dei processi in corso e dall'altro l'assenza di un modello evolutivamente dominante sia a livello macro sia a livello micro. Nel complesso, dunque, dai primi

anni Duemila, a livello internazionale e nazionale, i sistemi sanitari reagiscono ai fattori di cambiamento esterno tentando di adattare i propri modelli organizzativi alle specifiche circostanze istituzionali, finanziarie, sociali ed epidemiologiche che caratterizzano i diversi contesti territoriali.

2 La Regione Emilia-Romagna, uno sguardo d'insieme

Alcuni di questi importanti cambiamenti hanno interessato anche la Regione Emilia-Romagna con processi di riorganizzazione avvenuti a livello locale in tempi diversi e anche con modelli piuttosto differenti tra loro. A differenza degli esempi regionali sopra citati, l'Emilia-Romagna non ha adottato un atto legislativo "di sistema", privilegiando provvedimenti specifici che di volta in volta hanno riguardato singoli ambiti provinciali o interprovinciali secondo una logica di sussidiarietà e contribuendo a definire un sistema regionale con elementi di eterogeneità tra le aree. Il fatto che si sia proceduto con approcci diversi - non solo per Bologna e Romagna nel passato, ma anche più recentemente per Reggio Emilia, Modena o Ferrara -, indica quindi una tendenza a privilegiare modelli che, pur mantenendo alcuni elementi strutturali di fondo in comune, incorporano varianti significative e soluzioni flessibili per adattarsi alle circostanze locali.

Seguendo rapporti internazionali quali il rapporto Carter (2006, 2008, 2016) e il rapporto Dalton (Dalton, 2014; King's Fund, 2014), si è consolidata l'idea secondo cui almeno nei servizi ancillari e intermedi una maggiore centralizzazione consenta di realizzare economie. Per i servizi assistenziali prevale invece la priorità di garantire servizi di prossimità sul territorio, al netto di ambiti che richiedono ingenti investimenti e/o ad alta specializzazione che devono invece portare a concentrazioni. Sotto questo profilo, la Regione Emilia-Romagna ha anticipato una scelta - ora assurta al rango di strategia programmatica dell'innovazione organizzativa ad esempio nel NHS inglese (NHS England, 2014, 2017; Naylor et al, 2015) -, che consiste nel lasciare ai diversi ambiti territoriali la possibilità di sperimentare in relativa autonomia modelli che si discostano significativamente da quelli precedenti per meglio adattarsi ai fabbisogni locali e alle caratteristiche degli erogatori.

2.1 Servizi clinico assistenziali: integrazioni orizzontali complete ed esempi di integrazioni parziali

In linea generale, per le integrazioni di attività o servizi assistenziali diretti alla persona o comunque connessi direttamente alla funzione di tutela della salute della popolazione residente, la Regione Emilia-Romagna, fin dal Piano Sanitario Regionale 1999-2001 ha individuato per l'alta complessità il modello *hub-and-spoke* che prevede la costituzione di reti ospedaliere di interesse regionale, mentre per la media-bassa complessità ospedaliera alle Aziende sono state date indicazioni volte al raggiungimento dell'autosufficienza provinciale. In aggiunta a questo, con Delibera di Giunta Regionale n. 86/2006 relativa all'adozione degli Atti Aziendali, la Regione ha introdotto il programma interaziendale come modello ordinario di coordinamento per realizzare processi di integrazione organizzativa fra Dipartimenti di Aziende diverse allo scopo di garantire continuità assistenziale e economie di gestione nonché il Dipartimento interaziendale come ulteriore soluzione organizzata avente all'epoca carattere più sperimentale.¹ Al di là di queste indicazioni generali, come ricordato,

¹ Punto 4.2 della Delibera di Giunta Regionale n. 86/2006: *"Al fine di garantire la continuità assistenziale e/o di realizzare economie di gestione possono essere previste forme di integrazione funzionale fra dipartimenti di aziende sanitarie diverse, denominate programmi interaziendali. Il responsabile del programma interaziendale è nominato dal direttore generale dell'azienda che maggiormente contribuisce in termini di attività svolte e di risorse assistenziali impegnate, di concerto con il direttore generale della seconda azienda. I programmi interaziendali costituiscono la forma*

la Regione Emilia-Romagna ha garantito ampio spazio alle funzioni di indirizzo e di programmazione delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie (CTSS) nonché alle forme di autonomia delle Aziende per quel che riguarda la propria organizzazione interna. All'interno di questo quadro, i processi di integrazione più rilevanti per dimensione hanno interessato in primo luogo l'integrazione orizzontale tra Aziende USL realizzatasi attraverso una fusione con soppressione delle precedenti Aziende. La prima che esamineremo, avviata con legge regionale 21 del 20 ottobre 2003, riguarda le tre Aziende USL che facevano riferimento alla CTSS di Bologna (Bologna Nord, Bologna Sud e Bologna Città) che vengono accorpate per dare vita all'Azienda USL di Bologna, una delle maggiori Aziende sanitarie in Italia per dimensioni e complessità assistenziale, con popolazione di oltre 870 mila abitanti, distribuiti su 46 comuni. In questo caso, prima della redazione del nuovo Atto Aziendale è stato adottato un approccio graduale, senza apportare modifiche strutturali immediate o senza applicare il modello di una delle Aziende alle altre, che ha seguito un percorso di riorganizzazione progressiva tale da conservare inizialmente la struttura organizzativa nella quale si articolavano le tre Aziende. Nel corso del 2004 il Direttore generale ha istituito un gruppo di lavoro ristretto costituito dalle sole direzioni sanitarie e amministrative delle ex Aziende USL, allargandolo in seguito ai Direttori di dipartimento, ai responsabili di unità operativa e alla componente clinica fino a coinvolgere organizzazioni sindacali, organismi di rappresentanza dei cittadini, nucleo di valutazione, collegio sindacale e istituzioni locali. Questo processo di consultazione ha portato poi a un nuovo Atto aziendale assunto dal Direttore Generale all'inizio del 2005. Sul piano organizzativo, la nuova Azienda USL è stata strutturata su tre livelli: a) la Direzione strategica e lo staff di supporto; b) il Governo clinico e coordinamento gestionale, con 21 Macrostrutture che rispondono alla Direzione Generale tra cui i 6 Distretti e i 15 Dipartimenti; c) la Gestione operativa dei servizi con 256 tra Unità operative complesse e semplici (Lodi, 2009). L'atto aziendale enuncia (art. 31) la possibilità di *"articolare la produzione dei servizi a livello sovradistrettuale qualora esista un migliore rapporto costi/benefici in funzione della tutela della salute dei cittadini"* e (art.32) che *"l'organizzazione dipartimentale"* possa *"essere anche interaziendale, in ordine ad accordi tra Aziende Sanitarie della Provincia o della Regione, funzionali a sinergie ed economie di scala"*.

Più recentemente nel gennaio 2014 in Romagna si è proceduto alla fusione delle precedenti 4 Aziende USL di Forlì, Cesena, Rimini e Ravenna nella nuova Azienda USL della Romagna (legge regionale n. 22/2013). In questo caso, è stata istituita un'azienda di dimensioni ancora maggiori con oltre 1,1 milioni di assistiti e una superficie territoriale 5.098 chilometri quadrati.² Nel 2014 il primo Direttore generale dell'Azienda USL Romagna (già Direttore generale dell'Azienda USL di Ravenna) ha avviato la definizione della nuova organizzazione in vista dell'approvazione del nuovo Atto aziendale, riorganizzando gli staff di direzione generale, sanitaria e amministrativa e istituendo 24 figure di coordinamento responsabili per la loro area di organizzare e gestire gruppi di lavoro per la formulazione di proposte organizzative specifiche necessarie per superare i preesistenti riferimenti territoriali delle ex AUSL. Obiettivo di questa prima fase è definire un'organizzazione trasversale per i dipartimenti sanitari, non basata sui territori delle aziende precedenti (ad esempio creando un unico dipartimento aziendale per ciascuna area assistenziale). A fine febbraio 2015 si insedia il nuovo

ordinaria di coordinamento e di integrazione fra attività di dipartimenti di Aziende sanitarie diverse. I dipartimenti interaziendali possono essere organizzati in via sperimentale, sulla base di programmi espressamente motivati e valutati al termine del periodo di sperimentazione relativamente ai loro risultati clinico-assistenziali, di gradimento per i destinatari dei servizi e per gli operatori e per le loro ricadute economiche e gestionali sulle aziende interessate."

² In Romagna va sottolineata l'esperienza - precedente alla fusione - di creazione di un polo unico per i servizi intermedi (patologia clinica, trasfusionale, anatomia patologica, ecc.), nato dal confronto tra professionisti e poi assunto come atto autonomo tra le quattro aziende.

Direttore generale a cui sono attribuiti obiettivi di mandato in termini di salute e di sostenibilità economica nonché di integrazione dei servizi amministrativi, di supporto e logistici, ma lasciano ampia autonomia su come procedere nel processo di riorganizzazione. Nel maggio 2015 il Direttore generale assume il nuovo Atto aziendale dell'Azienda USL della Romagna³ che abbandona l'idea precedente di un'organizzazione completamente orizzontale: i dipartimenti sono distinti in Dipartimenti orizzontali che esercitano le proprie attività su tutto il territorio della Azienda⁴ e in Dipartimenti verticali che svolgono le loro funzioni all'interno di uno specifico ambito territoriale (Ravenna, Rimini, Forlì-Cesena)⁵.

Altre importanti operazioni di riorganizzazione e integrazione si sono realizzate di recente a Ferrara, Modena e Reggio Emilia andando in diversi casi a modificare sensibilmente gli ambiti e le funzioni attribuite alle singole Aziende in quei territori provinciali. A Ferrara nel periodo 2006-2009 erano stati istituiti 5 Dipartimenti interaziendali - soprattutto in area amministrativa e tecnica - e diverse Unità operative interaziendali sempre in ambito amministrativo, una soluzione che nel piano generale del 2015 viene valutata come non del tutto soddisfacente. A partire dal 2015 viene definita una visione strategica dell'integrazione che include anche i servizi assistenziali, prevedendo di unificare le funzioni di governo, programmazione, gestione dell'assistenza ospedaliera, attraverso un'integrazione a livello dipartimentale fondata su un Accordo generale e diverse convenzioni specifiche. In particolare, non potendo fondere l'AUSL con l'AOU per i vincoli normativi nazionali già citati, si è optato per una integrazione funzionale che non ha portato alla cessione formale di funzioni e attività e quindi allo spostamento dei confini aziendali. Le Direzioni hanno prima affrontato il tema del disegno generale della programmazione provinciale e dello strumento di governo (istituendo un Collegio dei Direttori generali come organismo di coordinamento strategico provinciale) e quindi il tema dell'assetto organizzativo, sottoscrivendo un accordo che prevede: a livello di attività ospedaliera, Dipartimenti Interaziendali ad Attività Integrata con Unità operative tendenzialmente uniche ma con diverse sedi, identificando come capofila per i dipartimenti ospedalieri l'Azienda ospedaliero-universitaria; a livello di attività amministrativa e tecnica di optare per la creazione di Servizi unici amministrativi, tecnici e professionali di cui è capofila l'Azienda USL, che rimane anche Azienda di riferimento per i Dipartimenti del livello territoriale (cure primarie, sanità pubblica, salute mentale e dipendenze) e alla quale afferirà il *team di riferimento distrettuale* che vorrebbe rappresentare il presidio locale all'integrazione tra dipartimenti ospedalieri e distretti.⁶ L'azienda capofila incorpora nel proprio assetto i Dipartimenti o i Servizi comuni e agisce come strumento operativo del Collegio strategico provinciale, ma ciascuna Azienda conserva il personale all'interno delle proprie Unità operative nel caso dei servizi assistenziali oppure lo conferisce temporaneamente all'altra ex 22 *ter* della l.r. 43/2001 per i Servizi comuni. Le Unità operative rimangono quindi o dell'Azienda ospedaliero-universitaria o dell'Azienda USL anche se si prevede che, in linea di massima, i dirigenti medici possano muoversi anche su presidi diversi dalla propria sede e non afferenti alla propria Azienda.

³ Per un'ampia e dettagliata discussione del processo politico che ha portato alla creazione dell'AUSL della Romagna si rimanda a Carbone et al. (2015).

⁴ Sono i Dipartimenti di emergenza, cardiovascolare, diagnostica per immagini, patologia clinica, osteoarticolare, testa-collo, malattie dell'apparato respiratorio e del torace, onco-ematologico.

⁵ Si tratta dei Dipartimenti più generalisti come il Dipartimento chirurgico e quello Internistico più i Dipartimenti territoriali o transmurati (Donna infanzia e adolescenza, cure primarie e medicina di comunità) a cui si aggiungono i Dipartimenti di sanità pubblica e di salute mentale.

⁶ La composizione prevista per il *team di riferimento territoriale* è: "Direttore di Distretto, Referente locale di Direzione medica di Presidio, Referente locale di Direzione delle Professioni sanitarie; professionisti individuati in base alla vocazione e caratterizzazione territoriale della struttura".

A Modena, con Delibera di Giunta Regionale n. 1104/2016 è stata avviato un percorso di integrazione orizzontale tra le strutture di produzione ospedaliera del distretto di Modena Città con il passaggio del presidio ospedaliero di Baggiovara (Nuovo Ospedale Civile Sant'Agostino–Estense) dall'Azienda USL all'Azienda Ospedaliera-Universitaria. Restano invece all'interno dell'Azienda USL gli altri stabilimenti ospedalieri con il mandato regionale di arrivare a una loro riorganizzazione che soddisfi i fabbisogni dei Distretti esterni a Modena Città e favorisca la massima complementarità tra le diverse strutture di offerta nell'interesse del sistema sanitario provinciale nel suo complesso. Poiché la cessione di una componente molto rilevante dell'attività ospedaliera della provincia da parte dell'Azienda territoriale comporta la necessità di rivedere le relazioni tra il livello di assistenza distrettuale - in particolare per Modena Città - e quello ospedaliero, che prima erano in buona misura integrati all'interno dell'Azienda USL e ora invece si riferiscono a due Aziende diverse, la Regione ha autorizzato l'operazione sotto forma di sperimentazione gestionale di durata triennale ex art. 7, l.r. n. 29/2004 con Delibera di giunta regionale n. 1004/2016. A testimonianza della complessità dell'integrazione in corso e dei possibili rischi di perdita di continuità tra livelli assistenziali e di squilibrio tra ambiti territoriali, la Regione ha istituito un Organismo di indirizzo e verifica con il compito di assicurare un equilibrato perseguimento degli obiettivi del sistema sanitario provinciale e la corretta applicazione delle indicazioni Regionali.⁷ Nel complesso, quindi, la sperimentazione gestionale di Modena riguarda da un lato una integrazione produttiva dei servizi ospedalieri con particolare riferimento al distretto di Modena Città per cui sono definiti obiettivi di miglioramenti di efficienza anche mediante la riduzione di possibili duplicazioni e la valorizzazione delle vocazioni dei due presidi e dall'altro la ricerca di diverse e più sofisticate forme di integrazione tra le strategie delle due Aziende, da realizzarsi, almeno nella fase iniziale, anche mediante l'azione di un Organismo che ha il compito di facilitare l'allineamento nelle scelte di programmazione e alta gestione. A differenza di altri ambiti provinciali della Regione, la cessione diretta di un intero ambito di attività coincidente con quelle realizzate in un importante presidio ospedaliero quale Baggiovara si differenzia nettamente rispetto a quella adottata a Ferrara, che invece impiega i nuovi Dipartimenti interaziendali quale perno centrale di processi di integrazione che riguardano tutti i Distretti della Provincia pur non modificando formalmente i confini delle Aziende. Questa diversa scelta può essere motivata dalle differenze nelle caratteristiche strutturali delle reti ospedaliere delle due province con Ferrara che vede una maggiore concentrazione della capacità produttiva nell'Azienda ospedaliero-universitaria che può operare come capofila di Dipartimenti onnicomprensivi anche mediante singole Unità operative multi-sede e con Modena che si caratterizza invece per una dotazione di stabilimenti ospedalieri con notevole e differenziata capacità produttiva anche nei Distretti esterni a Modena Città. Nel processo di sperimentazione, infatti, a fianco dei processi di razionalizzazione interni alla nuova Azienda ospedaliero-universitaria che deve integrare i due stabilimenti ospedalieri del Distretto di Modena, l'Azienda USL ha avuto il

⁷ All'avvio della sperimentazione, la rete ospedaliera provinciale include le quattro strutture che continuano a far capo all'unico presidio ospedaliero dell'AUSL e l'Ospedale di Sassuolo, società a gestione mista pubblico-privata con maggioranza azionaria a capo di tale aziende, e le due strutture ospedaliere dell'AOU (Policlinico e Nuovo Ospedale Civile di Baggiovara) coinvolte nella sperimentazione per la gestione unica avviata nel 2016). Per quanto concerne i dipartimenti ospedalieri, l'AUSL ha 3 dipartimenti aziendali (medicina interna e riabilitazione, attività chirurgiche, materno-infantile) e contribuisce a 5 dipartimenti interaziendali (emergenza-urgenza; diagnostica per immagini; medicina di laboratorio e anatomia patologica; malattie nefrologiche, cardiache e vascolari e farmaceutico) e a 2 dipartimenti interaziendali ad attività integrata per le neuroscienze e per la medicina interna endocrinologia metabolismo e geriatria. L'attività dell'AOU è organizzata inoltre attorno a 5 Dipartimenti ad attività integrata: Medicine, Medicine d'urgenza e specialità mediche; chirurgia generale specialità chirurgiche; materno infantile; oncologia ed ematologia; chirurgie specialistiche.

mandato dalla CTSS di definire un nuovo modello di programmazione delle attività ospedaliere negli stabilimenti dell'Azienda USL con l'individuazione di Carpi e Sassuolo quali *hub* di area sub-provinciale con la definizione di reti con gli altri stabilimenti ospedalieri di riferimento distrettuale e di operare per un deciso rafforzamento dei collegamenti tra queste reti e il livello dell'assistenza territoriale.

Nel caso di Reggio Emilia, con l.r. n. 9/2017 l'Azienda USL di Reggio Emilia ha incorporato la corrispondente Azienda ospedaliera a partire dall'1 luglio 2017, ricostituendo la situazione preesistente alla Delibera di Giunta Regionale n. 6117/1994 che aveva previsto appunto lo scorporo del presidio di Santa Maria Nuova dall'Azienda territoriale.⁸ Ciò è stato possibile perché l'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia non era sede universitaria e quindi non si applicava il divieto poi reiterato dall'art. 1, c. 546-547 della l. 208/2015.⁹ Si è quindi trattato di un processo di integrazione verticale che ha trasferito tutto il patrimonio dell'Azienda ospedaliera all'AUSL di Reggio Emilia nonché del passaggio del personale in servizio in base a quanto previsto dal Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.¹⁰

2.2 Irccs e altre strutture a vocazione specialistica

Per alcune strutture ospedaliere caratterizzate da un orientamento specialistico - tale da far ritenere opportuno di dotare le stesse di una maggiore autonomia organizzativa e/o giuridica - la Regione Emilia-Romagna, anche qui privilegiando la promozione o la omologazione di una gamma diversificata di soluzioni, ha approvato le seguenti innovazioni spesso sotto forma di sperimentazione gestionale:

- L'Azienda USL di Forlì nel 2007 ha trasferito l'Unità operativa di oncologia medica, il laboratorio di bioscienze e il laboratorio di farmacia oncologica alla Società a responsabilità limitata "Istituto di ricerca e studio sui tumori" (IRST), dal 2012 Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS). Dal gennaio 2011 l'IRST ha assunto la gestione del Servizio di oncoematologia dell'Ospedale "Bufalini" di Cesena e dal 2014 della radioterapia dell'Ospedale "Santa Maria delle Croci" di Ravenna;
- L'Azienda USL di Bologna nel 2008 ha costituito l'Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna (ISNB), anch'esso divenuto IRCCS, quale propria articolazione organizzativa dotata di limitata autonomia, trasferendo ad esso le attività assistenziali aventi ad oggetto gli ambiti delle neuroscienze presso dell'ospedale Bellaria;

⁸ Prima dell'unificazione in un'unica azienda era comunque presente in ogni distretto un comitato ospedale-territorio (il cui coordinamento era affidato al Direttore di distretto) che rappresentava un luogo di condivisione e di integrazione della parte ospedaliera con quella territoriale.

⁹ Abbiamo già citato che solo il Friuli-Venezia Giulia, in quanto regione a statuto speciale, abbia proceduto ad accorpate Aziende ospedaliero-universitarie e Aziende USL. In realtà anche il progetto originario di riforma del servizio sanitario toscano prevedeva che le Aziende Ospedaliero-Universitarie venissero accorpate nelle nuove Aziende USL, ma è poi intervenuto l'art. 1, c. 546-547 della l. 208/2015 che ha riservato il processo di fusione tra questi due tipi di Aziende alle sole regioni a statuto speciale.

¹⁰ L'assistenza ospedaliera è organizzata mediante un presidio unico con più stabilimenti: Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia, Ospedale S. Anna di Castelnovo ne' Monti, Ospedale S. Sebastiano di Correggio, Ospedale Civile di Guastalla, Ospedale E. Franchini di Montecchio, Ospedale C. Magati di Scandiano. A livello di organizzazione dipartimentale, da anni erano attivi 2 dipartimenti interaziendali (emergenza urgenza e diagnostica per immagini e laboratorio); a questi, dal 1 gennaio 2017, si sono aggiunti 6 nuovi dipartimenti sanitari, per un totale di 8 dipartimenti: Dipartimento di emergenza urgenza, Dipartimento immagini e medicina di laboratorio, Oncologico (dipartimento IRCCS), Riabilitazione e neuromotorio, Medicine specialistiche, Medicine interne Chirurgico, Materno Infantile.

- L'Azienda USL di Imola, a seguito di un periodo di sperimentazione caratterizzato anche dal coinvolgimento di soci privati, nel 2010 ha ceduto le attività dell'ospedale di Montecatone alla Società per azioni "*Montecatone Rehabilitation Institute*".¹¹
- L'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia nel 2011 ha costituito l'IRCCS in "Tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia" anch'esso quale propria articolazione organizzativa dotata di una autonomia limitata, trasferendo ad esso le attività assistenziali aventi ad oggetto gli ambiti oncologici presso l'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia; a partire dal 1 luglio 2017, la titolarità dell'IRCCS "Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia", costituito all'interno dell'Azienda ospedaliera "Arcispedale Santa Maria Nuova", è stata trasferita all'AUSL di Reggio Emilia, "*restando invariata l'organizzazione e il funzionamento dell'IRCCS che continua ad essere disciplinato dalla normativa nazionale e regionale*".

3 Le integrazioni a valenza aziendale: una tassonomia basata sulle scelte strutturali

Le principali iniziative di integrazione che hanno interessato i servizi assistenziali negli ultimi 15 anni nel Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna e che abbiamo appena esaminato seguendo un ordine prevalentemente cronologico possono essere raggruppate anche secondo alcune categorie logico-organizzative basate sulle scelte strutturali:

a) Fusioni tra Aziende USL o integrazioni orizzontali complete

Si tratta di forme di integrazione orizzontale tra tutti i livelli assistenziali delle Aziende originarie con il mantenimento dei canali di integrazione verticale che caratterizzano le Aziende Usl dotate di propri presidi ospedalieri. In questo gruppo abbiamo esaminato l'Azienda USL di Bologna, istituita nel 2004 mediante fusione delle tre Aziende USL Bologna Nord, Bologna Sud e Bologna Città e l'Azienda USL della Romagna, istituita nel 2014 mediante fusione delle quattro Aziende USL di Forlì, Cesena, Rimini e Ravenna.

b) Fusioni per incorporazione di Azienda ospedaliera da parte dell'Azienda USL di riferimento o integrazioni verticali

E' questo il recente caso dell'Azienda USL di Reggio Emilia che nel 2017 ha incorporato l'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia.

c) Cessioni di un presidio ospedaliero dall'Azienda USL all'Azienda ospedaliero-universitaria di riferimento o cessioni di settori di attività tra Aziende per integrazioni orizzontali parziali

In questo gruppo si colloca l'esperienza dell'Azienda USL di Modena che nel 2016 ha ceduto le attività assistenziali svolte presso l'Ospedale Civile Sant'Agostino-Estense di Modena all'Azienda ospedaliero-universitaria di Modena all'interno di una sperimentazione gestionale in corso. In questo caso da un lato vi è una disintegrazione verticale tra le attività di livello distrettuale e di livello ospedaliero che prima si svolgevano all'interno dei confini organizzativi dell'Azienda USL e dall'altro vi è una integrazione orizzontale di tutte le attività ospedaliere del distretto di Modena all'interno dei confini dell'Azienda ospedaliero-universitaria. Seppur in dimensioni più contenute va ricordato anche il trasferimento da parte dell'Azienda USL di Imola nel 2010 delle attività dell'ospedale di Montecatone alla Società per azioni MRI. Sempre su una scala dimensionale

¹¹ La società *Montecatone Rehabilitation Institute SpA* è stata costituita nel 1997 come società a capitale misto pubblico/privato che alla fine della sperimentazione, nel 2010, diventa una società a capitale interamente pubblico (AUSL e Comune di Imola).

minore, che non riguarda la cessione di un intero presidio ospedaliero ma di un settore di attività, rientrano in questa categoria anche i casi dell'Azienda USL di Forlì che ha trasferito nel 2007 all'IRST l'Unità operativa di oncologia medica e delle Aziende USL di Bologna e di Reggio Emilia che rispettivamente nel 2008 e nel 2011 hanno costituito due IRCSS trasferendo ad essi le attività assistenziali nell'ambito delle neuroscienze (Bologna) e dell'oncologia (Reggio Emilia).

d) Integrazioni funzionali tra Azienda USL e Azienda ospedaliero-universitaria

L'Azienda USL e l'Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara hanno sottoscritto un Accordo di programma in cui, pur senza modificare i propri assetti istituzionali esterni, adottano congiuntamente un insieme di soluzioni organizzative intra e interaziendali volte a garantire una maggiore integrazione a valenza aziendale. Nell'ambito di tale Accordo - che ha poi portato alla modifica degli Atti aziendali - le due Aziende costituiscono un organismo di coordinamento provinciale per condividere le funzioni di programmazione e di alta gestione. Come si è visto l'elemento caratterizzante l'Accordo sul piano organizzativo è dato dall'istituzione di Dipartimenti interaziendali, le cui responsabilità gestionali sono affidate all'Azienda ospedaliero-universitaria (capofila per i Dipartimenti ospedalieri) e la creazione Servizi unici amministrativi, tecnici e professionali di cui è capofila l'Azienda USL che rimane l'Azienda di riferimento per i Dipartimenti del livello territoriale. Nel complesso, dunque, vi è una integrazione orizzontale tra le attività riferibili agli stessi livelli assistenziali che continuano a svolgersi in Unità operative afferenti alle Aziende originarie, ma che vengono integrate appunto per prevalenti linee orizzontali in un insieme strutturato di Dipartimenti interaziendali con forti prerogative gestionali rispetto alle Unità operative in modo da spostare in modo univoco il governo complessivo dei singoli livelli sull'una o sull'altra Azienda (distrettuali in Azienda USL e ospedalieri nell'Azienda ospedaliero-universitaria) nell'ambito del coordinamento garantito dall'organismo provinciale di raccordo tra le due Aziende.

e) Integrazioni a livello regionale

Come è noto la Regione ha da tempo adottato un modello governato a livello regionale - seppure con articolazioni che giuridicamente continuano a far parte delle Aziende USL o delle Aziende ospedaliere - per ridurre i costi di coordinamento e/o per consentire la realizzazione di economie di scala a beneficio del Servizio sanitario regionale nel suo insieme. Si tratta dei servizi di alta specialità per i quali viene adottato in forma strutturata il citato modello *hub-and-spoke* (cfr. più di recente, Demaerschalk et al., 2013; Suntharalingam et al., 2014; Elrod e Fortenberry, 2017) per la realizzazione di reti cliniche con concentrazione della casistica più complessa in un numero limitato di centri *hub* connessi a più nodi ospedalieri denominati *spoke*.¹² Anche a seguito di ulteriori interventi normativi a livello nazionale (d.m. 70/2015), questo modello è in corso di revisione da parte della Regione sulla base di linee guida previste già dalla Delibera di Giunta regionale n. 2040/2015 e quindi approvate più recentemente con Delibera n. 1907/2017.

Dal quadro sopra delineato, pur in assenza di indirizzi volti a definire assetti istituzionali o modelli organizzativi omogenei per tutti gli ambiti provinciali e al netto delle forme di integrazione di livello regionale, la tassonomia relativa alle scelte strutturali compiute in occasione di operazioni di integrazione a valenza aziendale fa emergere una tendenza a mantenere all'interno del perimetro della stessa Azienda USL tutti i livelli assistenziali – incluso quello ospedaliero – ad eccezione delle province in cui insistono Aziende ospedaliero-universitarie (anche per i già citati vincoli normativi) o di strutture produttive altamente specializzate in specifici ambiti disciplinare quali gli IRCCS. Si ha

¹² Per un elenco completo delle reti già attivate in Regione Emilia-Romagna si rimanda alla pagina <http://salute.regione.emilia-romagna.it/assistenza-ospedaliera/le-reti-hub-spoke-1>

quindi una indicazione implicita a favore di mantenere e, negli ultimi anni, a consolidare l'integrazione verticale tra i diversi livelli assistenziali all'interno delle Aziende territoriali anche in ragione della crescente necessità di rafforzare le strategie di gestione attiva della salute della popolazione di riferimento in presenza di cambiamenti demografici e sociali di carattere strutturale che dispiegano i loro effetti sui sistemi sanitari e di protezione collettiva. Le specifiche soluzioni adottate sono differenziate, pur presentando molteplici punti di contatto, per tenere conto delle peculiari caratteristiche delle diverse province in termini di popolazione di riferimento, di modelli organizzativi storicamente consolidati e di specializzazioni acquisite dalle strutture di erogazione dei servizi.

4 Le integrazioni nei servizi amministrativi, tecnici e professionali

Indicazioni più stringenti alle Aziende del Servizio sanitario regionale sono state invece fornite in merito alla necessità di ricercare forme di integrazione organizzativa nell'area dei servizi amministrativi, tecnici e professionali nonché dei servizi la cui offerta impone investimenti strutturali di notevole portata o riguarda attività più facilmente standardizzabili. In primo luogo, la Delibera di Giunta Regionale n. 927/2011 definisce un livello di integrazione in ambito sovra provinciale mediante l'istituzione delle Aree vaste¹³ che possono adottare strategie e decisioni operative sia in tema di reti cliniche sia per le funzioni di supporto tecnico e amministrativo. Ancora, la Delibera di Giunta Regionale n. 199/2013 dedicata al finanziamento annuale delle aziende del Servizio sanitario regionale specifica nell'Allegato B la necessità di avviare un processo di integrazione strutturale delle *"funzioni amministrative, tecnico-professionali e sanitarie a prevalente carattere generale e di supporto tecnico logistico"* da realizzare in ambito di Area Vasta o provinciale, procedendo al contempo a forme di razionalizzazione delle strutture complesse. Infine nel 2015 il Programma di mandato della Giunta regionale per la decima legislatura prevede la necessità di rafforzare il rapporto con gli enti locali e valorizzare meglio le diverse competenze professionali mediante l'adozione di nuovi modelli organizzativi, mentre vanno potenziate le piattaforme logistiche ed informatiche e sviluppati meccanismi comuni per la valutazione e l'acquisto di farmaci, dispositivi medici e tecnologie ad alto costo.¹⁴ Le iniziative di integrazione all'interno delle Aziende del Servizio sanitario regionale hanno subito una ulteriore accelerazione, sempre nel 2015, con l'inserimento tra gli obiettivi di mandato dei Direttori generali dello sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici nonché di quelli intermedi altamente standardizzabili (ad es. il laboratorio di patologia clinica) nella stessa provincia e, laddove ritenuto opportuno, nella stessa Area Vasta.

A fronte di questo orientamento generale si sono succedute scelte diverse nei diversi ambiti provinciali, in qualche caso anticipando le indicazioni regionali. È, ad esempio il caso delle Aziende di Ferrara che già nel periodo 2006-2009 avevano istituito alcuni Dipartimenti a carattere interaziendale per i servizi amministrativi, mentre nel 2015 si è provveduto a una revisione di tali soluzioni costituendo Servizi comuni anche per alcuni ambiti tecnici e professionali che corrispondono in termini organizzativi a Unità operative interaziendali. A Modena, tra le due Aziende sono stati costituiti Servizi unici interaziendali per la gestione e lo sviluppo delle risorse

¹³ Istituite con Delibera di Giunta Regionale n. 927/2011, ma già anticipate dal Piano Sociale e Sanitario Regionale 2008-2010.

¹⁴ Per questa accurata ricostruzione temporale si è fatto riferimento al Piano di integrazione strutturale delle funzioni tecnico-amministrative e di supporto delle aziende sanitarie della provincia di Ferrara approvato con Delibere n. 163 e n. 161 del 2015.

umane (dal 2014) e per alcuni altri servizi amministrativi nonché alcune strutture comuni per servizi tecnici e professionali (dal 2016): servizio unico per le attività tecniche, servizio unico di fisica medica, servizio unico di ingegneria clinica, servizio unico per gli acquisti e la logistica. Non sono invece stati avviati al momento processi di integrazione per quel che riguarda i servizi ICT nonché i servizi di contabilità e bilancio. Nell'Azienda USL della Romagna si è deciso invece di unificare l'amministrazione del personale in staff alla Direzione generale, istituendo tre piattaforme amministrative per gli ambiti territoriali di Forlì-Cesena, Rimini e Ravenna per la gestione dei servizi amministrativi e di *front office*.

Nell'area metropolitana di Bologna, per i Servizi di supporto e di diagnostica - date le caratteristiche di forte standardizzazione, elevati volumi di attività, ingenti risorse investite in modo irreversibile in capitale fisico e umano, rapida evoluzione delle tecnologie - la scelta di integrazione tra le Aziende è stata quella di centralizzare le attività in una struttura afferente a una singola azienda (Laboratorio Unico Metropolitan-LUM attivo dal 2015 in capo all'Azienda USL di Bologna e la Microbiologia è attiva dal 2015 in capo all'Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna¹⁵). Per l'area dei Servizi amministrativi dal 2015 sono state attivate strutture comuni per amministrazione del personale, acquisti, contabilità e finanza, ed economato.¹⁶ Tuttavia, mentre nel caso dei Servizi di supporto e di diagnostica, vi è stata una cessione di attività con trasferimento pieno del personale all'Azienda capofila, nel caso dei Servizi amministrativi la centralizzazione si è realizzata in presenza di un accordo temporaneo per l'esercizio condiviso delle funzioni e per il conferimento del personale.

A Parma dal 2016 si è proceduto a forme di integrazione di molti servizi non assistenziali tra le due Aziende provinciali con soluzioni interaziendali sia per Unità operative sia per Dipartimenti.¹⁷ In particolare, nel 2016 sono state definite tre modalità principali di integrazione per i servizi amministrativi, tecnici e logistici collocati presso le sedi centrali (non nei Distretti per i quali i servizi rimangono all'interno dell'Azienda USL): l'unità operativa interaziendale con afferenza del responsabile alla responsabilità gerarchica condivisa tra le due Aziende per affari generali, gestione amministrativa e servizi economico-finanziari; il coordinamento funzionale tra unità operative aziendali con incarichi dirigenziali *ad hoc*, ma con mantenimento di afferenze gerarchiche separate alle due aziende; la collaborazione tecnico-professionale su ambiti specifici più limitati. Sono stati poi costituiti alcuni Dipartimenti interaziendali in ambito tecnico-amministrativo con l'Azienda ospedaliero-universitaria per *Information and Communication Technology* (anche con l'Azienda USL di Piacenza), in ambito tecnico e logistico e per le risorse umane.

¹⁵ Per il servizio di medicina nucleare ad oggi si è optato per una integrazione differente dagli altri servizi di supporto/diagnostica che prevede l'assegnazione della funzione all'AOU in qualità di azienda capofila.

¹⁶ Ad oggi il servizio contabilità e finanza è integrato tra le aziende AUSL Bo, AOU e IOR mentre il servizio economato è integrato esclusivamente tra le aziende AUSL Bo e IOR.

¹⁷ L'AUSL di Parma è suddivisa in 4 Distretti socio-sanitari che fanno riferimento ad ambiti territoriali definiti la cui attività è organizzata in dipartimenti sanitari (cure primarie, sanità pubblica, salute mentale e dipendenze patologiche, assistenza farmaceutica). Due sono gli Ospedali a gestione diretta, l'Ospedale di Fidenza e l'Ospedale "Santa Maria" di Borgotaro, organizzati in 3 Dipartimenti inter-ospedalieri (Dipartimento Medico, Dipartimento Chirurgico e Dipartimento Emergenza-Urgenza e della diagnostica) e di servizi specifici per le degenze psichiatriche. L'AOU di Parma si articola invece in 5 Dipartimenti ad attività integrata: Emergenza-Urgenza e Area Medica Generale e Specialistica, Medico Geriatrico Riabilitativo, Diagnostico, Chirurgico Generale e Specialistico e Materno Infantile, mentre svolge funzioni di *hub* per le seguenti aree: trapianti di organo, grandi traumi e grandi ustioni, malattie cardiache e cardiocirurgia, neuroscienze, genetica medica, terapia intensiva neonatale, emofilia e malattie emorragiche congenite, fibrosi cistica e sindrome di Moebius. A Parma non sono presenti Dipartimenti ospedalieri interaziendali.

5 Le esperienze di integrazione nell'area metropolitana di Bologna

Mentre nelle altre aree provinciali della Regione si sono succedute di recente diverse operazioni di integrazione a livello aziendale o comunque tali da modificare i confini aziendali, negli stessi anni nell'area metropolitana di Bologna le Aziende hanno avviato un insieme articolato di iniziative volte a favorire una più efficace collaborazione nella gestione non solo di attività tecnico-amministrative ma anche assistenziali. Nella precedente sezione abbiamo descritto brevemente le scelte compiute nell'area dei servizi amministrativi e dei servizi di supporto e di diagnostica. La presente sezione è invece dedicata a illustrare, sempre in modo sintetico, le principali esperienze di collaborazione attivate nell'area dei servizi assistenziali rivolti ai pazienti che prevedono, in linea di massima, l'istituzione di strutture interaziendali con il mandato di perseguire obiettivi di comune interesse, ma caratterizzate da forme molto diverse di conferimento delle risorse (personale, attrezzature e strutture fisiche), di titolarità formale delle funzioni, di regole per la suddivisione degli oneri e anche di composizione dell'insieme delle Aziende partecipanti.

La sezione parte dalla descrizione del quadro attuale, che pure è in rapida evoluzione, cercando di evidenziare le caratteristiche giuridiche ed organizzative comuni alle diverse soluzioni adottate in modo da fornire uno spunto di interesse generale alla riflessione. Si rimanda all'allegato 5 per una valutazione dei possibili sviluppi di tali soluzioni all'interno di un quadro di sviluppo strategico più organico e volto al più lungo termine. Gli esempi di collaborazione interaziendale recentemente avviati nell'area metropolitana di Bologna, spesso secondo modalità esplicitamente sperimentali, sono analizzati facendo uso delle seguenti categorie logiche: titolarità delle prestazioni, responsabilità di fattori produttivi e budget, modalità di gestione del personale e relativi strumenti di valutazione, responsabilità professionale, remunerazione delle prestazioni e copertura dei costi. L'impiego di questi criteri logici consente di ricondurre le collaborazioni tra le Aziende a un numero limitato di modelli organizzativi in grado di dare conto delle fattispecie più ricorrenti e soprattutto in grado, auspicabilmente, di fornire spunti utili alle future scelte in riferimento ai futuri percorsi di riorganizzazione in ambito metropolitano.

5.1 I percorsi di integrazione avviati in area metropolitana

Al fine di evidenziare i tratti distintivi e i problemi delle integrazioni avviate è stata costruita una tabella di sintesi (in appendice al presente allegato) in cui sono state ricostruite tutte le integrazioni occorse in area metropolitana a partire dall'anno 2014¹⁸, comprese quelle relative all'area dei servizi amministrativi e dei servizi di supporto e di diagnostica. In tabella sono elencati:

- in riga i servizi interaziendali istituiti o di prossima istituzione (Servizio Unico Metropolitan Amministrazione del Personale-SUMAP, Servizio Unico Metropolitan Contabilità e Finanza-SUMCF, Servizio Acquisti Metropolitan-SAM, Servizio Unico Metropolitan Economato-SUME, LUM, Urologia, Pneumologia Interventistica, Malattie Infettive, Medicina del Lavoro, Medicina Nucleare, *Week Surgery* presso Budrio, Dermatologia, UO Interaziendale di Chirurgia Generale, Chirurgia Senologica, Genetica Medica UO Ortopedia IOR Bentivoglio)
- in colonna la descrizione di come si sono sviluppati i servizi con un focus su alcuni aspetti centrali delle collaborazioni interaziendali.

¹⁸ Antecedente all'anno 2014 è l'integrazione dell'UO di Ortopedia dell'Ospedale di Bentivoglio allo IOR che risale al 2009.

In particolare, per consentire un utile raggruppamento della casistica esaminata sono stati impiegati i seguenti criteri:

- 1) *Istituto giuridico*: è stato esplicitato l'istituto giuridico indicato in convenzione, ove presente, o la forma organizzativa identificata (es UO interaziendale).
- 2) *Azienda capofila*: è esplicitata l'azienda che ha la funzione di coordinamento relativamente al progetto interaziendale.
- 3) *Aziende coinvolte* (AUSL di Bologna-AOU-IOR-AUSL di Imola): con una "X" sono state indicate le aziende coinvolte nel progetto.
- 4) *Personale coinvolto* (Comparto/Dirigenza):
 - se presente la voce "NO": si vuole indicare che il personale è rimasto assegnato all'azienda di appartenenza e non è stato assegnato temporaneamente al servizio interaziendale;
 - se presente il numero: si vuole indicare il personale complessivamente assegnato (suddiviso per comparto e dirigenza) al servizio interaziendale che costituisce di fatto una équipe unica con possibilità di rotazione su più sedi di lavoro.
- 5) *Tecnologie (proprietà/manutenzione)*: se indicata un'azienda specifica significa che la proprietà e la manutenzione sono incaricate all'azienda indicata (es. AUSL Bo per il LUM e il TUM e AOU per la Microbiologia), nel caso invece sia indicato "azienda di afferenza" significa che la proprietà e la manutenzione sono in carico all'azienda in cui fisicamente sono collocate le tecnologie.
- 6) *Budget*: se indicata un'azienda specifica significa che il processo di budget viene gestito esclusivamente dall'Azienda indicata, nel caso invece sia indicato il termine "congiunto" significa il processo di budget viene gestito in maniera condivisa/partecipata tra le aziende che fanno parte del servizio interaziendale.
- 7) *Valutazione (comparto dirigenza)*: si fa riferimento alla modalità con cui viene effettuata la valutazione del personale (chi la effettua e con quali criteri di valutazione).
- 8) *Titolarità prestazioni*: viene specificato a chi sono attribuite le prestazioni da un punto di vista di rilevazione statistica (unica azienda, azienda di erogazione delle prestazioni oppure modalità mista).
- 9) *Responsabilità in caso di contenzioso*: viene riportato in maniera sintetica ciò che è stato indicato nelle convenzioni firmate tra le aziende.
- 10) *Scambi economici*: anche qui si riporta sinteticamente quanto indicato nelle convenzioni stipulate tra le aziende.

5.2 I principali strumenti organizzativi impiegati in area metropolitana

L'analisi delle collaborazioni interaziendali avviate in ambito metropolitano ha evidenziato il ricorrere di alcune soluzioni che pur nell'eterogeneità delle caratteristiche specifiche di dettaglio pongono in luce alcuni modelli ricorrenti.

Abbiamo già visto come per i processi produttivi e/o prestazioni altamente standardizzati e tali da svolgersi all'interno di strutture chiaramente identificabili e senza vincoli di prossimità con i pazienti - i servizi di supporto e di diagnostica - si è adottata una soluzione organizzativa molto netta che prevede il trasferimento di funzioni e attività a una sola Azienda che da quel momento agisce nell'interesse comune di tutte le Aziende dell'area metropolitana. In quasi tutte le altre esperienze, tuttavia, anche in presenza di un trasferimento formale di titolarità di funzioni tra le Aziende, le soluzioni organizzative adottate presentano caratteristiche non riconducibili a una cessione definitiva e netta di un ramo di attività. Ad esempio il passaggio formale della titolarità dell'Unità

operativa complessa di Ortopedia dell'Ospedale di Bentivoglio dall'Azienda USL di Bologna all'Istituto Ortopedico Rizzoli oppure del Programma di *week surgery* presso l'Ospedale di Budrio dall'Azienda USL di Bologna all'Azienda ospedaliero-universitaria – al di là della loro iniziale definizione quali sperimentazioni - prevedono comunque modelli complessi di conferimento di buona parte dei fattori produttivi da parte delle Aziende cedenti che continuano a mantenere la responsabilità di gestione complessiva degli stabilimenti ospedalieri coinvolti.

Anche nei casi in cui un'unica Azienda sia già titolare di fatto dell'attività a livello metropolitano, come per il caso della Microbiologia, le cessioni di attività o l'attribuzione formale di funzioni e attività a una sola Azienda per il perseguimento comune degli obiettivi istituzionali di tutte quelle che operano in area metropolitana (o Area Vasta) sono state definite mediante la sottoscrizione di specifici accordi che hanno disciplinato nel dettaglio gli standard di prodotto/servizio attesi e i costi delle prestazioni e prevedano sedi e tempi per la negoziazione e il controllo tra l'Azienda titolare e le altre. Questi accordi sono tanto più essenziali perché le Aziende cedenti le attività trovano in tali strumenti l'unico supporto giuridico e insieme l'unico strumento organizzativo utile a indirizzare non solo la gestione corrente ma anche, e forse soprattutto, le politiche di sviluppo e le scelte strategiche sugli investimenti futuri.

La soluzione delle Unità operative interaziendali è stata invece adottata nei casi in cui si è data priorità all'obiettivo di garantire una erogazione dei servizi secondo logiche di prossimità ai pazienti per cui è richiesto un forte governo gerarchico centrale al fine garantire un impiego efficiente sia di risorse altamente specialistiche (professionali o tecnologiche) da condividere tra più strutture, sia di risorse meno specialistiche che nelle diverse sedi sono attribuite alla struttura complessa dalle diverse aziende in uso non esclusivo. Questo modello è stato riscontrato già in attivazione o in fase di avanzata progettazione nei seguenti contesti: Chirurgia Generale (Azienda USL di Bologna – Azienda USL di Imola); Chirurgia senologica (Azienda ospedaliero-universitaria – Azienda USL di Imola); Chirurgia Vascolare (Azienda ospedaliero-universitaria – Azienda USL di Imola); Dermatologia; Genetica Medica; Malattie Infettive; Pneumologia Interventistica; Medicina del Lavoro; Medicina Nucleare; Urologia.

L'istituzione di Unità operative interaziendali basate su Accordi formali che definiscono obiettivi, regole di conferimento delle risorse, modelli per la gestione dei processi di produzione, meccanismi di valutazione e di assunzione delle responsabilità, è stato quindi considerato in area metropolitana uno strumento utile per mettere a disposizione dei pazienti risorse strutturali, di personale e di organizzazione a livello metropolitano pur garantendo il mantenimento di una adeguata distribuzione territoriale dei servizi in una logica di qualità e prossimità. In questo modello l'Azienda/le Aziende "ospitanti" mettono a disposizione soprattutto le piattaforme produttive (ad es. sale operatorie, talvolta con le risorse umane complementari necessarie - anestesisti, professionisti del comparto, consulenti interni, ecc.), ma una parte rilevante dei dirigenti medici specialisti sono conferiti dalle Aziende partecipanti ai sensi del 22 *ter* della l.r. 43/2001 mantenendo quindi diversi rapporti datoriali con le Aziende di provenienza con le relative differenze contrattuali.

Un modello di collaborazione interaziendale che ha assunto un crescente rilievo in area metropolitana e che prevede una minore complessità organizzativa è quello basato sulla mobilità di *equipe* di professionisti. Questo modello, esemplificato dall'accordo tra Istituto Ortopedico Rizzoli e Azienda USL di Imola con riferimento all'ortopedia pediatrica, si è rivelato utile soprattutto nei casi in cui in una (o più Aziende) è dotata di strutture produttive che consentono impieghi di ulteriore e

più qualificato vantaggio per l'area metropolitana nel suo complesso, mentre in altre vi sono professionisti le cui attività potrebbero essere utilmente supportate garantendo accesso a strutture non disponibili (in modo tempestivo) nella propria Azienda limitando quindi la possibilità di contribuire al meglio ai comuni obiettivi di tutela della salute per quantità e qualità delle prestazioni erogate. Il modello permette di utilizzare al meglio risorse professionali – spesso altamente specialistiche - quasi sempre anche rendendo più prossima l'erogazione rispetto ai luoghi di residenza di gran parte degli assistiti. La mobilità dei professionisti può essere organizzata secondo diverse tipologie di accordi, ma in generale prevede - a seguito di un accordo formale – una previsione della copertura dei costi da parte dell'Azienda che fornisce le infrastrutture all'Azienda che fornisce i professionisti per le prestazioni rese da questi ultimi che anche alla luce delle informazioni recentemente inserite nelle schede di dimissione ospedaliera può essere supportata agevolmente sul piano amministrativo. Questo permette, in primo luogo, il riconoscimento dell'attività erogata, necessario ad esempio per gli IRCCS (nell'ambito della rendicontazione ministeriale) nonché per l'Azienda ospedaliero-universitaria con riferimento anche alle sedi delle scuole di specialità (nell'ambito della certificazione dei requisiti per l'accreditamento). Inoltre, queste nuove possibilità di tenere traccia delle attività svolte sulla base di accordi di mobilità, consente di ridurre i costi di transazione per l'Azienda che mette a disposizione i professionisti che svolgono le funzioni cruciali all'interno dell'Accordo, di vedersi riconosciuti i fabbisogni di personale qualificato necessari per sostenere attività istituzionali che, tramite gli Accordi, sono collocate in una logica di sistema non solo su sedi proprie, ma anche su sedi facenti capo ad altre Aziende (sia in termini di pianta organica che di costo del personale).

Gli accordi di mobilità di professionisti ovvero la riorganizzazione o cessione di singole Unità operative o servizi comuni riflettono in un qualche modo la necessità di trovare soluzioni localizzate a situazioni in cui si presentavano opportunità di impiegare al meglio le risorse di ciascuna Azienda al fine di realizzare meglio obiettivi condivisi a livello di area metropolitana. L'eterogeneità delle soluzioni adottate, che dipende prevalentemente dalla diversità delle attività oggetto delle collaborazioni (dai servizi amministrativi, alla diagnostica standardizzata di laboratorio, ai servizi di prevenzione di malattie infettive, alla chirurgia specialistica) e dalle diverse combinazioni di Aziende coinvolte, ha in qualche modo consigliato l'impiego di strumenti di livello micro-organizzativo che non comportavano cambiamenti strutturali per grandi ambiti di attività o per le Aziende coinvolte nel loro complesso.

In aggiunta a questi strumenti è stato recentemente avviato in area metropolitana un percorso di integrazione che si basa sull'adozione di un modello organizzativo che, seguendo modelli già sperimentati in altre realtà provinciali della Regione, supera la dimensione della singola Unità operativa e prevede l'istituzione di un Dipartimento interaziendale di anatomia patologica che ha l'obiettivo di rendere più efficiente ed efficace la gestione complessiva dei servizi relativi, anche mediante il progressivo rafforzamento delle vocazioni delle diverse Unità operative attive in area metropolitana - che tuttavia rimangono parti delle Aziende di origine – e la programmazione congiunta degli importanti investimenti strutturali necessari in questo ambito.

6 Le integrazioni a valenza sub-aziendale: una tassonomia basata sugli strumenti organizzativi

L'analisi delle soluzioni adottate per realizzare i processi di riorganizzazione esaminati nelle precedenti sezioni consente di definire due tassonomie riferibili a due diversi livelli organizzativi. La prima, sviluppata per lo più con riferimento alle esperienze sviluppate in altre province, ha

riguardato i modelli di riorganizzazione strutturale con modifiche significative dei confini aziendali, tipicamente tra Aziende nel loro insieme o tra ampi ambiti di attività delle stesse. Tale tassonomia ha consentito di mostrare una tendenza a mantenere una forte integrazione verticale per valorizzare il governo attivo della salute delle popolazioni a partire dai livelli assistenziali territoriali, pur in presenza di esempi di costituzione di sistemi di relazione integrati in senso orizzontale quali i Dipartimenti interaziendali di Ferrara o l'integrazione orizzontale (parziale) di attività ospedaliere di Modena. Ad oggi, infatti, pur con il divieto di integrazione tra Aziende territoriali e Aziende ospedaliero-universitarie, tutte le province della regione sono caratterizzate dalla presenza di Aziende integrate in senso verticale con l'eccezione di alcuni IRCCS o società partecipate che hanno mantenuto o acquisito soggettività autonoma.

La seconda tassonomia, che illustriamo in questa sezione, si propone di mettere in luce alcune tipologie di integrazione ricorrenti a livello più micro, caratterizzate da diversi strumenti utilizzati per garantire il pieno coordinamento nell'impiego di risorse complementari che fanno capo ad Aziende diverse ma che devono contribuire all'efficace svolgimento di processi assistenziali complessi e altamente interdipendenti. Sotto questo profilo, i casi esaminati suggeriscono un'ulteriore classificazione dei modelli di integrazione che metta in evidenza il ruolo dei diversi attori (professionisti o direzione aziendale) e dei diversi strumenti impiegati (coordinamenti, accordi, nuovi dipartimenti e nuovi organi istituzionali) nei processi di integrazione interaziendale più frequenti.

Modello 1: integrazione basata su relazioni tra i professionisti (*professional engagement*)

In numerosi casi, i progetti di integrazione interaziendale sono stati sviluppati a partire da iniziative portate avanti da *board professionali* appartenenti ad aziende diverse organizzati dalle direzioni per condividere buone pratiche in specifici ambiti disciplinari o per organizzare percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali per pazienti omogeni a carattere marcatamente interdisciplinare. Questo modello presenta il vantaggio di assicurare un elevato coinvolgimento dei professionisti che portano avanti la progettazione e che assumono ruoli di responsabilità nella gestione delle unità operative coinvolte con un orientamento prevalente alle esigenze del paziente nel caso di percorsi caratterizzati da alta omogeneità degli stessi. E' un modello che facilita e sostiene la realizzazione di reti professionali all'interno di una interpretazione flessibile del modello *hub-and-spoke* che valorizza il ruolo degli *hub* come centri di diffusione delle competenze più specialistiche anche negli *spoke* e allo stesso tempo caratterizza gli *spoke* come luoghi di erogazione di servizi anche di notevole complessità in ambiti specifici, in una logica di differenziazione e complementarità tra i nodi della rete, oltre che di servizi da erogare in una logica di diffusione e prossimità ai luoghi di residenza dei pazienti.

Questo modello organizzativo può arrivare anche a prevedere la mobilità dei professionisti, soprattutto nei casi in cui in una o più aziende vi siano strutture produttive non pienamente impiegate, mentre in altre vi sono professionisti che hanno difficoltà ad accedere alle strutture produttive, in modo da contribuire al meglio alla produzione in termini di volumi e caratteristiche qualitative delle prestazioni. Da questo punto di vista questa variante del modello permette di utilizzare al meglio le piattaforme logistiche produttive e le risorse professionali spesso altamente specialistiche e di rendere più prossima l'erogazione agli assistiti. In questi casi gli obiettivi e gli ambiti della collaborazione, nonché le modalità di condivisione delle risorse apportate dalle varie Aziende sono definite sulla base del progetto definito dai professionisti, con il supporto degli staff aziendali per la definizione di routine di coordinamento tra personale appartenente a unità

operative e ad Aziende diverse. La mobilità dei professionisti si realizza a seguito di accordi che prevedono il pagamento da parte dell'Azienda che fornisce le infrastrutture all'Azienda che fornisce i professionisti per le prestazioni rese da questi ultimi. Anche in questo caso, il conseguimento di una piena efficacia del modello nel lungo termine richiede non solo una puntuale definizione degli obiettivi e dei sistemi di valutazione dei risultati, ma anche l'assunzione di impegni credibili sulle scelte di mobilità dei professionisti al fine di garantire le Aziende che effettuano gli investimenti irreversibili. Infatti, il corretto funzionamento di questi Accordi dipende in modo cruciale da una chiara condivisione delle finalità strategiche degli obiettivi e dei vincoli di sistema della collaborazione in oggetto con particolare riferimento ai vantaggi per i pazienti e per una corretta gestione delle risorse umane di altissima qualificazione che possono trarre anch'esse giovamento dalla possibilità di condividere in modo programmato l'accesso a particolari dotazioni strumentali.

Tuttavia, nonostante i molti aspetti positivi, l'analisi delle esperienze in atto mostra che questo tipo di integrazione interaziendale pone seri problemi nella definizione delle priorità, anche in relazione all'assorbimento delle risorse, nelle regole di accesso alle piattaforme, alle risorse umane specializzate e alle strutture condivise tra più percorsi o reti professionali, nella definizione di budget coerenti alle linee di programmazione di tutte le Aziende coinvolte, problemi da risolvere preventivamente o almeno da contenere mediante azioni preventive di progettazione e di governo gestionale che, a livello inter-aziendale, assicurino un funzionamento delle reti e dei percorsi allineato alle priorità e agli obiettivi sistemici di tutte le Aziende coinvolte e compatibile con i vincoli di sostenibilità e con l'equilibrato adempimento di tutte le loro funzioni istituzionali.

Modello 2: integrazione mediante accordi per la costituzione di Unità operative interaziendali

Questo modello differisce rispetto al precedente perché comporta l'acquisizione di proposte di collaborazione tra professionisti - secondo il modello delle reti o dei percorsi di cui sopra - da parte delle direzioni di tutte le Aziende coinvolte e il loro recepimento all'interno di accordi tra le stesse che ne definiscono a diversi gradi di dettaglio le modalità di realizzazione, gli ambiti di condivisione delle funzioni, nonché la definizione delle risorse apportate e dei costi sostenuti.

Mediante lo strumento dell'accordo le Aziende possono istituire Unità operative interaziendali per tutta l'area metropolitana a cui le altre Aziende cedono attività, personale e altre risorse strutturali per provvedere in modo più efficace all'erogazione di servizi nell'interesse comune. In questi casi i Direttori generali delle Aziende interessate sottoscrivono accordi di programma che definiscono le modalità di esercizio in comune delle funzioni precisando obiettivi, modalità di conferimento delle risorse, strumenti di misura e valutazione dei risultati e piano degli investimenti. Le Unità operative in oggetto afferiscono a un'Azienda capofila il cui Direttore generale assume formalmente gli atti che le riguardano, ma esse operano sulla base e nei limiti di indirizzi di programmazione e controllo condivisi, nonché sulla base di intendimenti comuni sul programma degli investimenti e sugli strumenti di valutazione. Per lo più questa soluzione è adottata nei casi in cui si ritiene opportuno definire un governo unitario di attività che in parte devono essere centralizzate per impiegare efficacemente risorse strumentali altamente specialistiche (professionali o tecnologiche) e ad alto costo e in parte devono essere collocate in punti di erogazione diffusi e prossimi ai luoghi di residenza dei pazienti. In tali circostanze, anche se tutte le Aziende partecipano alla definizione degli accordi nonché agli atti di designazione e alla valutazione dei responsabili, è importante notare che i professionisti coinvolti mantengono i rapporti datoriali con le Aziende di origine così come gran parte delle risorse strutturali cruciali per il funzionamento delle Unità operative continuano a rimanere nella disponibilità ultima delle singole Aziende.

La mancanza di un trasferimento definitivo delle funzioni alle Unità operative interaziendali motiva il l'adozione di accordi che non prevedano il trasferimento pieno delle risorse produttive essenziali (posti letto, sale operatorie, professionisti complementari alle infrastrutture, personale del comparto, consulenti interni, ecc.) dalle Aziende non capofila all'Azienda capofila. La scelta di condividere solo temporaneamente le funzioni, assicura alle prime il mantenimento di un maggior grado di controllo sulle attività svolte, data la possibilità di uscire dall'accordo alla sua scadenza. Tuttavia, la possibilità per qualsiasi Azienda di ritornare allo *status quo ex ante* ha anche l'effetto di ostacolare una chiara definizione dei diritti di proprietà sulle risorse e delle responsabilità datoriali nei confronti del personale e, soprattutto, costituisce una potenziale fonte di incertezza ostacolando la condivisione di piani di sviluppo e di investimento sul più lungo termine.

In un regime di proprietà condivisa, assume una rilevanza del tutto particolare la definizione dell'accordo tra le Aziende all'interno del quale vanno precisati gli obiettivi generali e specifici per le singole Aziende, le caratteristiche delle attività da realizzarsi anche in relazione a possibili mutamenti nei fabbisogni e naturalmente i termini economici e finanziari concernenti l'uso delle risorse messe in condivisione e le politiche di investimento e di reclutamento. Si tratta quindi di accordi che dovrebbero essere inizialmente supportati da un lavoro istruttorio di notevole spessore da svolgersi con la partecipazione piena degli staff di tutte le direzioni e la cui applicazione nel tempo richiede il funzionamento di meccanismi di coordinamento per l'esercizio congiunto delle funzioni di programmazione e controllo per l'analisi dei risultati conseguiti, dei costi sopportati e per la ridefinizione degli obiettivi comuni.

Sul piano della logica organizzativa, pur costituendo un miglioramento rispetto alla definizione di reti o percorsi privi di un supporto da parte delle direzioni aziendali che li inserisca in modo organico nell'attività delle strutture, il presente modello pone in luce alcune debolezze che caratterizzano gli accordi (contratti relazionali) nel governare forme di collaborazioni orientate al lungo periodo che richiedono fattori produttivi altamente specifici e investimenti irreversibili e che si svolgono in abiti in cui sono possibili forme di opportunismo *ex post*. Con riferimento a quest'ultimo aspetto, ad esempio, dopo la definizione dell'accordo, l'Azienda a cui è stato affidato il compito di erogare un servizio cruciale per il funzionamento di tutta la rete o percorso interaziendale può modificare i termini su tutte le dimensioni non definibili contrattualmente in relazione a modifiche nelle proprie priorità, a problemi finanziari o alla difficoltà di contenere la pressione per usi alternativi delle risorse condivise. In assenza di strumenti di governo sovra-ordinati agli accordi che consentano a tutte le Aziende coinvolte di partecipare a livelli decisionali in cui è possibile sanzionare i comportamenti opportunistici anche su orizzonti temporali più lunghi, gli accordi di breve-medio termine rischiano di non costituire supporti sufficienti alla piena realizzazione di forme di collaborazione interaziendale. Inoltre, l'analisi dei singoli accordi ha messo in luce costi di transazione molto elevati in tutte le fasi dalla progettazione, all'attivazione con il coinvolgimento delle diverse componenti coinvolte, al monitoraggio e alla rinegoziazione.

Modello 3: integrazione basata sui Dipartimenti interaziendali

Abbiamo ricordato che con Delibera di Giunta Regionale n. 86/2006 relativa all'adozione degli Atti Aziendali, la Regione abbia individuato, oltre al Programma interaziendale, anche il Dipartimento interaziendale come modello per l'integrazione organizzativa tra Aziende sanitarie diverse, da attivare in via sperimentale per meglio garantire la continuità assistenziale e la realizzazione di

economie di gestione. All'interno dei Dipartimenti si collocano di norma Unità operative dell'una o dell'altra azienda, anche se per alcuni ambiti disciplinari potrebbero esservi anche Unità operative interaziendali. Nel caso di province caratterizzate dalla compresenza di Aziende territoriali e Aziende ospedaliero-universitarie (in particolare a Ferrara), i progetti di collaborazione e integrazione interaziendale, anche in ambito clinico-assistenziale, sono stati in effetti supportati mediante l'istituzione di Dipartimenti interaziendali, quali centri di responsabilità gestionale condivisa a cui le Aziende coinvolte conferiscono congiuntamente risorse per la più efficace realizzazione di attività di interesse comune. In presenza di Dipartimenti dotati autonomia e strumenti gestionali sufficientemente forti ad attribuire i compiti alle proprie unità operative pur se afferenti ad Aziende diverse e, come si è osservato nel caso di Ferrara, in presenza di organi di coordinamento interaziendale in grado di indirizzare e coordinare tali Dipartimenti nel perseguire gli obiettivi di tutte le Aziende coinvolte, questi ultimi sembrano costituire un supporto organizzativo in grado di contenere alcune dei limiti sopra indicati degli accordi e delle Unità operative interaziendali aumentando l'efficacia e la sostenibilità dei processi di integrazione.

In linea generale, l'analisi delle esperienze in area metropolitana e dei modelli di riorganizzazione che hanno fatto uso dei Dipartimenti, sembrano indicare che in ambiti caratterizzati da investimenti irreversibili di notevole portata, l'istituzione di Dipartimenti che ricevono gli obiettivi strategici dalle Direzioni aziendali coinvolte e che al contempo sono dotati di poteri incisivi per garantire l'efficace gestione di risorse comuni, possano contribuire a risolvere i problemi di coordinamento tra singole Unità operative che pure afferiscono ad Aziende diverse. Rispetto alle soluzioni basate su reti professionali o accordi relative a singole Unità operative, l'istituzione di Dipartimenti interaziendali acquisisce un vantaggio comparato soprattutto in presenza di piattaforme tecnologiche di particolare complessità che devono essere messe a disposizione di linee di attività e di professionisti anche significativamente differenziate – per caratteristiche qualitative e collocazione territoriale – per cui la collaborazione necessaria si estende ben oltre lo spazio organizzativo tipicamente attribuito a una singola Unità operativa. Inoltre, la presenza di un Dipartimento interaziendale con obiettivi strategici condivisi chiaramente con le Direzioni e con il controllo sulle risorse strumentali può governare più efficacemente le delicate problematiche relative agli accessi dei professionisti alle stesse (tenendo conto delle difficoltà già richiamate nell'applicazione dell'art. 22 *ter* della l.r. 43/2001). Infine, la maggior ampiezza degli ambiti produttivi sottoposti a un governo unitario può favorire anche la ricerca di soluzioni in cui la mobilità selettiva delle *equipe* può costituire non solo un elemento di più efficiente utilizzo della capacità produttiva collocata su sedi non centrali, ma anche una risposta alla necessità di perseguire anche obiettivi di prossimità alle residenze dei pazienti, di diffusione delle competenze professionali e di allargamento delle reti di ricerca traslazionale.

In prima approssimazione e rimandando per approfondimenti all'allegato 5, i Dipartimenti interaziendali potrebbero essere differenziati secondo tre modalità:

- Dipartimenti interaziendali di tipo specialistico, che includono - su grandi ambiti (apparati, organi, patologie di particolare rilevanza) - Unità operative di diverse Aziende che costituiscono punti di riferimento per reti cliniche di interesse provinciale o superiore e le cui vocazioni devono essere, anche mediante l'azione gestionale del Dipartimento, progressivamente differenziate in una logica di valorizzazione reciproca e di integrazione tra funzioni assistenziali, di ricerca traslazionale e di didattica;
- Dipartimenti interaziendali dei servizi, che includono Unità operative caratterizzate da forte standardizzazione dei processi, elevati volumi di attività, ingenti risorse investite in capitale

fisico e rapida evoluzione delle tecnologie. La necessità di gestire investimenti di grandi dimensioni richiede che questo tipo di Dipartimento in particolare sia accompagnato da strumenti istituzionali sovra-aziendali in grado di garantire tutte le Aziende partecipanti sul rispetto degli accordi.

Modello 4: riorganizzazione mediante cessione di funzioni aziendali

I modelli precedenti si basano su strumenti di integrazione che di norma non comportano modifiche negli Atti Aziendali anche perché prevedono forme temporanee di condivisione di funzioni e di gestione comune di attività. Tuttavia, anche a livello sub-aziendale, è possibile procedere a una riorganizzazione utilizzando strumenti che direttamente e in modo “irreversibile” modificano le funzioni attribuite alle singole Aziende mediante il loro trasferimento ad altre Aziende già esistenti o di nuova istituzione. In questo tipo di riorganizzazione, il trasferimento delle funzioni e delle attività comporta il trasferimento del personale, degli spazi, delle attrezzature, delle tecnologie e in genere di tutte le risorse necessarie alla realizzazione dei processi individuati. Nell’area metropolitana di Bologna questo modello è stato adottato nel caso del Laboratorio Unico Metropolitano e cioè di una struttura che si caratterizza per la presenza di processi produttivi altamente standardizzati, che non sono soggetti a vincoli di prossimità nei confronti dei luoghi di residenza dei pazienti e che consentono di verificare in modo relativamente agevole le caratteristiche qualitative del servizio. Per queste ragioni, gli accordi di servizio mediante i quali le Aziende che hanno ceduto la funzione definiscono le condizioni di erogazione dei servizi, gli oneri e i risultati attesi comportano costi di transazione accettabili e minori rischi di rinegoziazione. Al contrario, nell’ambito dei servizi assistenziali diretti alla persona, la cessione completa di un ramo di attività, corrispondente approssimativamente a una Unità operativa, è piuttosto rara, per due principali ragioni. In primo luogo perché essa comporta una modifica non reversibile nell’organizzazione complessiva della produzione che, sul piano assistenziale, si caratterizza per forti interdipendenze tra sedi e collegamenti tra livelli rendendo più rischioso l’affidamento di funzioni a soggetti terzi. In secondo luogo e in particolare per le Aziende USL, perché la cessione di attività dirette alla persona – che rientrano nei Livelli essenziali di assistenza – viene percepita come un indebolimento della missione istituzionale delle Aziende nei confronti della popolazione di riferimento.

7 Conclusioni

In questo allegato si è cercato di fornire una breve sintesi di alcuni tra i principali cambiamenti negli assetti istituzionali e nei modelli organizzativi che si sono succeduti nel Servizio sanitario regionale negli ultimi anni. In apertura si è rilevato che, in linea generale, la Regione ha lasciato uno spazio significativo all’autonomia delle Aziende nel definire percorsi di riorganizzazione e integrazione. A fronte di questi spazi di autonomia e per tenere conto delle profonde differenze strutturali, nei diversi ambiti provinciali si è proceduto a soluzioni assai diversificate a livello macro-organizzativo che hanno riguardano fusioni tra Aziende USL o integrazioni orizzontali parziali (cessioni di rami di attività quali presidi ospedalieri o di singole unità operative), oppure ancora integrazioni di tipo verticale (quali l’incorporazione dell’Azienda ospedaliera da parte dell’Azienda territoriale ovvero lo scorporo di una azienda o articolazione di produzione dall’Azienda territoriale). In linea generale, queste trasformazioni hanno confermato la tendenza a privilegiare il consolidamento degli strumenti di integrazione verticale tra i diversi livelli assistenziali (in particolare tra territorio e ospedale) anche per favorire forme di gestione attiva della salute della popolazione di riferimento

che facciano crescente affidamento ai servizi distrettuali. In sezione 4 abbiamo invece osservato che la Regione è intervenuta in modo più incisivo nel promuovere modelli integrati nel caso dei servizi amministrativi, tecnici e professionali, oltre che nel caso delle reti cliniche di interesse regionale.

Le sezioni 5 e 6 sono state invece dedicate all'analisi delle esperienze di integrazione in corso o in fase di progettazione nell'area metropolitana di Bologna che si posizionano su un livello organizzativo più micro (sub-aziendale), ma comprendono una gamma molto ampia di soluzioni a partire da quelle relativamente informali quali le reti professionali interaziendali, per arrivare agli accordi per l'istituzione di Unità operative interaziendali (più recentemente Dipartimenti interaziendali) e al trasferimento di specifici rami di attività. Anche in ambito metropolitano è prevalso un approccio volto a ricercare, soprattutto per i servizi assistenziali rivolti alla persona, soluzioni diversificate e strettamente funzionali a rispondere a specifiche esigenze di miglioramento della qualità assistenziale o dell'efficienza nell'impiego di risorse comuni. In particolare, si è fatto frequente ricorso all'istituzione, mediante specifici accordi, di Unità operative interaziendali caratterizzate però – con modalità diverse - dal mantenimento del personale, degli spazi e di altre risorse cruciali in capo alle singole Aziende partecipanti. Sempre tra le modalità di collaborazione che non prevedono cessioni definitive di funzioni, attività e risorse tra le Aziende, di recente in area metropolitana è stato istituito in via sperimentale un Dipartimento interaziendale di tipo specialistico (anatomia patologica) in cui sono collocate le Unità operative delle diverse Aziende al fine di definirne più chiaramente le vocazioni e di valorizzarne il potenziale produttivo, di ricerca e di formazione a vantaggio dell'intero sistema metropolitano. I Dipartimenti interaziendali, avviati da tempo in altri ambiti provinciali, sono strumenti organizzativi di cui si segnala in via preliminare la rilevanza – pur nella necessità di apportare diversi correttivi - per superare alcune difficoltà messe in luce dal modello degli accordi relativi alle Unità operative. Solo più raramente (Laboratorio Unico Metropolitano), si è proceduto alla definizione di accordi che prevedono la concentrazione di tutte le attività con il trasferimento definitivo delle risorse coinvolte dalle Aziende di origine all'Azienda capofila.

L'analisi delle esperienze di integrazione a livello macro-aziendale (per lo più in altre province) e a livello micro nell'area metropolitana di Bologna ha messo in luce la necessità di considerare con attenzione i pregi e i limiti degli strumenti impiegati in relazione agli obiettivi che di volta in volta erano stati definiti dalle Aziende o dagli Enti competenti per la programmazione. Da questa analisi emergono due principali considerazioni che saranno sviluppate ulteriormente in allegato 5. In primo luogo, negli ambiti micro-organizzativi nei quali si riterrà di mantenere o sviluppare modelli di collaborazione interaziendale basati su accordi che disciplinano una gestione condivisa di funzioni e attività (tipicamente Unità operative o Programmi interaziendali) occorre rafforzare gli accordi rendendoli più completi e dettagliati al fine di allineare in modo più efficace gli obiettivi e di definire più chiaramente le responsabilità di tutte le Aziende partecipanti. In secondo luogo, se si intendono perseguire in modo pieno e coerente gli obiettivi strategici definiti dall'Accordo di programma tra Regione, Università e Conferenza metropolitana, occorre considerare strumenti organizzativi di livello macro e soluzioni istituzionali di più ampio respiro e di maggiore incisività per potenziare il raccordo tra reti ospedaliere e territoriali, ridefinire in modo organico le vocazioni delle strutture in ambito ospedaliero e per integrare in modo più efficace assistenza, ricerca e didattica. Oggetto dell'allegato 5 sarà dunque sia la valutazione di come migliorare la progettazione degli accordi interaziendali di collaborazione a livello micro, sia l'analisi di strumenti organizzativi di livello macro più idonei a perseguire gli obiettivi definiti dall'Accordo di programma. In allegato 6, questo percorso

sarà completato mediante l'analisi di possibili soluzioni di livello istituzionale che modificano il disegno dei confini aziendali.

Bibliografia

Agid (2017) <https://www.dati.gov.it/dataset/aziende-ospedaliere-aziende-ospedaliere-universitarie>

Carbone C, Del Vecchio M, Lega F, Prenestini A. (2015). I processi di fusione aziendale nel SSN: evidenze per il management e i policy maker. In Rapporto OASI 2015, pagg. 243-78.

Carter P, Baron Carter of Coles (2006). Legal Aid A market-based approach to reform. <https://www.lccsa.org.uk/assets/documents/.../carter%20review%2013072006.pdf>

Carter P, Baron Carter of Coles (2008). Report of the Second Phase of the Review of NHS Pathology Services in England chaired by Lord Carter of Coles. http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130123195523/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_091985

Carter P, Baron Carter of Coles (2016). Operational productivity and performance in English NHS acute hospitals: Unwarranted variations. An independent report for the Department of Health by Lord Carter of Coles, <https://www.gov.uk/government/publications/productivity-in-nhs-hospitals>

Dalton D. (2014) Examining new options and opportunities for providers of NHS Care, the Dalton Review, <https://www.gov.uk/government/publications/dalton-review-options-for-providers-of-nhs-care>

Demaerschalk B, Switzer J, Xie J, Fan L, Villa K, Wu E (2013). Cost utility of hub-and-spoke telestroke networks from societal perspective. *Am J Manag Care*.2013;19(12):976–85.

Elrod JK, Fortenberry JL (2017). The hub-and-spoke organization design: an avenue for serving patients well. *BMC Health Serv Res*, 17 (suppl 1): 457.

King's Fund (2014). Future organisational models for the NHS. Perspectives for the Dalton review, July 2014, <https://www.kingsfund.org.uk/publications/future-organisational-models-nhs>

Lodi D (2009). L'Azienda USL di Bologna: analisi dell'impatto della fusione delle tre precedenti aziende sugli assetti organizzativi. Tesi di Dottorato di ricerca in sanità pubblica e medicina del lavoro, XXI Ciclo, Università di Bologna.

Ministero della Salute, Opendata. <http://www.dati.salute.gov.it/dati/homeDataset.jsp>

NHS England (2014). Five year forward view, October 2014, <https://www.england.nhs.uk/publication/nhs-five-year-forward-view/>

NHS England (2017). Next steps on the NHS Five year forward view, March, <https://www.england.nhs.uk/publication/next-steps-on-the-nhs-five-year-forward-view/>

Naylor C, Alderwick H, Honeyman M (2015). Acute hospitals and integrated care. From hospital to health systems. King's Fund, <https://www.kingsfund.org.uk/publications/acute-hospitals-and-integrated-care>

Maciocco G. (2014) Dove va la sanità toscana? <http://www.saluteinternazionale.info/2014/11/dove-va-la-sanita-toscana/>

Mariani M, Acampora A, Damiani G (2017). Merger mania. L'ossessione degli accorpamenti delle Asl, Salute internazionale, <http://www.saluteinternazionale.info/2017/01/lossessione-degli-accorpamenti-delle-asl/>

Suntharalingam G, Handy J, Walsh A (2014). Regionalisation of critical care: can we sustain an intensive care unit in every hospital? *Anaesthesia*, 69(10): 1069-73.

Progetto	Istituto giuridico	Azienda Capofila	p.l	Aziende coinvolte				Personale coinvolto		Tecnologie		Budget	Valutazione		Titolarità prestazioni	Responsabilità in caso di contenzioso	Scambi economici
				AUSL BO	AOU	IOR	AUSL IM	Comparto	Dirigenza	Proprietà	Manutenzione		Comp arto	Dirigen za			
Area amministrativa	SUMAP	Assegnazione temporanea (22ter)	AUSL BO	/	X	X	X	X	122	3	Singole Aziende	Singole Aziende	Congiunto	Azienda capofila con criteri azienda di appartenenza di ciascun dipendente	-	Costo a postazione + costo del Direttore del servizio diviso tra le Aziende convenzionate	
	SUME	Assegnazione temporanea (22ter)	AUSL BO	/	X	/	X	/	72	2			Congiunto		-		
	SUMCF	Assegnazione temporanea (22ter)	AUSL BO	/	X	X	X	/	71	2			Congiunto		-		
	SAM	Misto: assegnazione temporanea (22ter)/comando	AUSL BO	/	X	X	X	X	29	3			Congiunto		-		

Area servizi di supporto e assistenziali	LUM	Cessione ramo d'azienda	AUSL BO	/	X	X	X	X	160	50	AUSL BO	AUSL BO	AUSL BO	AUSL BO	AUSL BO	AUSL BO	AUSL BO	Costo medio a prestazione (analisi) + 50% canone concessione diviso tra le Aziende
	UROLOGIA	Assegnazione temporanea (22ter)	AUSL Imola		X	fase 2	/	X	NO	21	Singole Aziende	Singole Aziende	Congiunto	Azienda di afferenza	Direttore UOC e organismi valutazione delle Aziende	Aziende di erogazione	Azienda titolare della funzione assistenziale; i rapporti tra le Aziende convenzionate saranno regolati da separati protocolli operativi	Costi personale e fattori produttivi in capo a ciascuna Azienda + costo Direttore UOC ripartito in parti uguali tra le Aziende convenzionate
	PNEUMOLOGIA INTERVENT.	Accordo per disciplinare la conduzione in forma integrata delle attività Pneumologia interventistica (Art. 15 L. 241/90) + Assegnazione temporanea (22ter)	AOU		X	X	/	/	NO	5	Singole Aziende	Singole Aziende	Congiunto	Azienda di afferenza	Direttore UOC e organismi di valutazione delle Aziende	Aziende di erogazione	AOU BO (con diritto di rivalsa) + valutazione congiunta in caso il danno derivi dall'organizzazione della struttura (AUSL Bo)	Non ancora definito un protocollo economico

	MALATTIE INFETTIVE	Accordo per disciplinare la conduzione in forma integrata delle attività legate alle malattie infettive (Art. 15 L. 241/90) + Assegnazione temporanea (22ter)	AOU	35 pl DO 4 p.l. DH	X	X	/	/	22	20	Singole Aziende	Singole Aziende	Congiunto	Azienda capofila con criteri azienda di appartenenza di ciascun dipendente	Aziende di erogazione	AOU BO (con diritto di rivalsa) + valutazione congiunta in caso il danno derivi dall'organizzazione della struttura (AUSL Bo)	AUSL corrisponde ad AOU: 1) pagamento a tariffa delle prestazioni svolte in degenza ordinaria ed ambulatoriali presso l'AOU, nell'ambito dell'accordo di fornitura 2) compensazione dei farmaci distribuiti dall' AOU e compresi nel file F; 3) costi legati attività di gestione dell'infezione tubercolare per pazienti stranieri 4) corrispettivo economico omnicomprendivo (85.000 euro cadauno) corrispondente al trattamento contrattuale di N. 4 unità di personale medico dipendente, più N. 2 unità acquisite attraverso contratti libero professionali (36.000 euro cadauno). Il costo del Direttore del servizio diviso tra le due Aziende
	MEDICINA NUCLEARE METROPOLITANA	Accordo per disciplinare la conduzione in forma integrata della medicina nucleare (Art. 15 L. 241/90) + Assegnazione temporanea (22ter)	AOU	/	X	X	/	/	52	17	Singole Aziende	Singole Aziende	Congiunto	Azienda capofila con criteri azienda di appartenenza di ciascun dipendente	Aziende di erogazione	AOU BO (con diritto di rivalsa) + valutazione congiunta in caso il danno derivi dall'organizzazione della struttura (AUSL Bo)	1) Costo del Direttore del servizio diviso tra le due Aziende 2) altri aspetti economici: rinvio successivo protocollo operativo ancora da redigere
	MEDICINA del LAVOO	Accordo per disciplinare la conduzione in forma integrata attività Medicina del Lavoro (Art. 15 L. 241/90) + Assegnazione temporanea (22ter)	AOU	/	X	X	X	/	28	16	Singole Aziende	Singole Aziende	Congiunto	Azienda capofila con criteri azienda di appartenenza di ciascun dipendente	/	AOU BO (con diritto di rivalsa) + valutazione congiunta in caso il danno derivi dall'organizzazione della struttura (AUSL Bo e IOR)	1) Costo del Direttore del servizio diviso tra le Aziende convenzionate 2) confermati i valori economici previgenti che l'AUSL di BO e lo IOR riconoscono all'AOU per le attività di sorveglianza sanitaria 3) costi di implementazione applicativi informatici: in capo a ciascuna azienda.

	UO INTERAZIENDALE di CHIRURGIA GENERALE	UOIA (AOU) con SS presso Imola afferenza funzionale del personale dirigente medico al Direttore della UOIA	AOU	21 p.l. DO c/o AUSL Imola	/	X	/	X	NO	NO	AUSL Imola (per SS)	AUSL Imola (per SS)	AUSL Imola (per SS); budget unificato per la UOIA ipotizzato ma mai fatto	AUSL Imola	Direttore UOC e organismo di valutazione AUSL Imola	AOU BO (flusso SDO in capo a AOU, con aggiustamenti ex-post per mobilità attiva; altri flussi rer in capo a Imola)	AOU BO	AUSL Imola: riconosciuti da AOU cost fattori produttivi AOU BO: riconosciuto da AUSL Imola compenso del Direttore della UOIA + riconoscimento per attività svolta e impegni assunti
	UO INTERAZIENDALE di RADIOLOGIA	UOIA (AOU) con SS presso Imola	AOU	/	/	X	/	X	NO	NO	AUSL Imola (per SS)	AUSL Imola (per SS)	AUSL Imola (per SS); budget unificato per la UOIA ipotizzato ma mai fatto	AUSL Imola	Direttore UOC e organismo di valutazione AUSL Imola	AOU BO (flussi rer - ASA/AFO/DIME/PS - in capo a Imola)	AOU BO (con diritto di rivalsa) + valutazione congiunta in caso il danno derivi dall'organizzazione della struttura (H Imola)	AUSL Imola: riconosciuti da AOU cost fattori produttivi (e ricavi-ticket) + AOU: riconosciuto da AUSL Bo compenso del Direttore della UOIA) + riconoscimento per attività svolta e impegni assunti
	Attività di chirurgia presso l'ospedale di Budrio	Programma dipartimentale "week surgery AOU presso Budrio"	-	4 p.l. DO 8 p.l. DH	X	X	/	/	NO	NO	AUSL Bo	AUSL Bo	Separato	Azienda di afferenza	Azienda di afferenza	Ricoveri: DRG AOU (con relativo invio flussi in RER) Attività ambulatoriale (prime visite e chirurgia ambulatoriale): incasso ticket e flussi RER in capo ad AUSL Bo	AOU BO: per il proprio personale medico AUSL Bo: per utilizzo spazi, attrezzature, aspetti di sicurezza relativi al proprio personale	AOU: riconosciuto da AUSL BO il valore economico dei ricoveri per i residenti in accordo di fornitura e per i non residenti nell'ambito della compensazione tra aziende AUSL BO: riconosciuto da AOU una quota pari al 55% del valore dell'attività prodotta in DO per la chirurgia generale e 35% per l'attività di andrologia e chirurgia plastica

