

RETE SANITARIA PIEMONTESE: ANALISI ORGANIZZATIVA, FUNZIONALE E
TEMPORALE DELLE FORME DI AGGREGAZIONE SOVRAZIENDALE

Carla JACHINO¹, Stefania BELLELLI², Simona IAROPOLI³

SOMMARIO

Quale avvio di un più ampio studio sulla strutturazione organizzativa e territoriale del sistema di governance della rete sanitaria regionale piemontese, il presente contributo ha l'obiettivo di analizzarne il livello di aggregazione sovraziendale. Si mira ad approfondirne l'organizzazione, le funzioni associate e le conseguenze derivanti, sia nella sua configurazione attuale che nella sua evoluzione nel corso di un determinato periodo.

Si può rilevare, infatti, come differenti forme di raggruppamento abbiano interessato le aziende sanitarie dalla fine degli anni Novanta ad oggi: quadranti, aree funzionali sovrazionali, aree di coordinamento sovrazonale, federazioni sovrazionali, aree interaziendali di coordinamento. L'intento dell'organizzazione a livello sovrazonale è quello di far operare le aziende sanitarie afferenti in modo coordinato e coerente per il conseguimento degli obiettivi della programmazione regionale. Un "fare sistema" che ha l'obiettivo di attuarsi non solo nell'integrazione dei servizi e nella costruzione delle reti assistenziali, ma anche come azione di sviluppo delle attività sanitarie, di efficienza complessiva e di razionalizzazione dei costi.

¹ Nucleo Edilizia sanitaria, IRES Piemonte, via Nizza 18, 10125, Torino, e-mail: c.jachino@ires.piemonte.it (corresponding author).

² Nucleo HTM, IRES Piemonte, via Nizza 18, 10125, Torino, e-mail: s.bellelli@ires.piemonte.it

³ Nucleo Logistica, IRES Piemonte, via Nizza 18, 10125, Torino, e-mail: s.iaropoli@ires.piemonte.it

1. Introduzione

Tra le criticità di cui soffre il sistema sanitario piemontese, individuate nel Piano Socio-sanitario Regionale 2012-2015 (DCR n. 167-14087 del 03/04/2012) c'è quella relativa alla programmazione. Si sostiene, infatti, che “dal punto di vista organizzativo, si deve definitivamente passare dal mito dell'autosufficienza delle aziende sanitarie al riconoscimento della necessità di articolarne alcune funzioni in ambiti sovrazionali, con lo sviluppo di processi produttivi di acquisto e di condivisione di servizi e funzioni amministrative e tecnico-logistiche”. Questa visione persegue obiettivi di contenimento dei costi, al fine della sostenibilità dell'intero sistema e di una maggiore appropriatezza nell'uso delle risorse, cosicché si possano recuperare risorse da investire in finalità specifiche.

2. Evoluzione temporale

Nel corso degli ultimi vent'anni nella Regione Piemonte si sono susseguite diverse esperienze di aggregazione a livello sovrazionale, che si sono inserite in un panorama più ampio di avvenimenti ed atti normativi (Capolongo, 2006).

La forma più datata è quella dei Quadranti (Q), che risale addirittura al 1998, conseguente alla riforma sanitaria del 1992 (D.lgs n. 502 del 30/12/1992) e sorta sulla spinta del Piano sanitario regionale 1997-1999 (LR n. 61 del 12/12/1997). Da allora sino al 2006, periodo in cui sono state istituite le Aree Funzionali Sovrazionali (AFS), a livello nazionale si sono susseguite una serie di novità, tra cui la riforma del 1999 (D.lgs n. 229 del 19/06/1999) e l'ulteriore autonomia regionale in materia sanitaria del 2001 (LC n. 3 del 18/10/2001).

Già nell'anno successivo tuttavia, a seguito del riassetto del servizio sanitario regionale (LR n. 18 del 06/08/2007), le Aree Funzionali Sovrazionali sono state progressivamente sostituite dalle Aree di Coordinamento Sovrazionale (ACS) (Lombardo, 2010), nonostante il rimando alle prime fosse ancora ben presente nel Piano sanitario regionale 2007-2010 (DCR 137-40212 del 24/10/2007), dove infatti si faceva presente che “ottenere un contenimento dell'aumento della spesa comporta l'esigenza di attivare sinergie a livello sovrazionale” per il governo delle risorse finanziarie. Il Piano decretava, inoltre, a livello sovrazionale il “superamento delle funzioni programmatiche dei quadranti [...] e la assegnazione di compiti gestionali interaziendali a unità funzionali sovrazionali da definire”, lo “sviluppo del coordinamento funzionale delle aziende, mediante lo strumento delle reti [...] e degli accordi generali” e lo “sviluppo delle attività amministrative e di supporto integrate, al fine di migliorare la specializzazione funzionale e di perseguire economie di scala”. Quest'ultimo obiettivo, in particolare, si sarebbe dovuto attuare incentivando “l'aggregazione delle aziende per lo sviluppo di acquisti consorziali e di servizi economici e logistici consorziali”.

Anche nel Piano socio-sanitario 2012-2015, elaborato in seguito all'attivazione del Piano di Rientro (DGR n. 1-415 del 02/08/2010) e del suo Addendum, il rimando all'articolazione di alcune funzioni in ambiti sovrazionali era molto forte; contestualmente nascevano, infatti, le Federazioni Sovrazionali (FS). Nei Programmi Operativi 2013-2015 (DGR n. 25-6992 del 30/12/2013), relativi al proseguimento ed al rafforzamento delle azioni di controllo della spesa regionale e conseguenti alle disposizioni nazionali di spending review, queste venivano individuate, però, come una delle cause di criticità e se ne decretava lo scioglimento a far data dal primo gennaio 2014. Nel documento si riportava che “la Regione Piemonte ha definitivamente superato, per via legislativa, l'esperienza delle Federazioni Sovrazionali, garantendo continuità nel perseguimento degli obiettivi che ne hanno motivato la costituzione”. Il rimando andava al provvedimento che nel medesimo periodo aveva individuato i servizi amministrativi, tecnici, logistici, informativi, tecnologici e di supporto, le cui funzioni dovevano essere esercitate a livello di Aree Interaziendali di Coordinamento (AIC). Come si leggeva nei Programmi Operativi, “tale iniziativa, accanto all'attività di SCR-Piemonte [...], potrà garantire un efficace “effetto scala” in grado di raggiungere gli obiettivi di razionalizzazione della spesa relativa alle attività tecnico-amministrative, con particolare riferimento all'acquisto di beni e servizi”.

Tabella 1 – Asse temporale dei principali riferimenti normativi di interesse per la governance nazionale (N), regionale (R), sovrazonale (S) e per eventi specifici (E).

<i>Governance nazionale e regionale</i>	<i>Anno</i>	<i>Aggregazione sovrazonale ed eventi specifici</i>
D.lgs n. 502 del 30/12/1992 Riordino della disciplina in materia sanitaria , a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421	N 1992	
LR n. 61 del 12/12/1997 Norme per la programmazione sanitaria e per il Piano sanitario regionale per il triennio 1997-1999	R 1997	
	1998	S DGR n. 85-25270 del 05/08/1998 Sviluppo dei parametri del Piano Sanitario Regionale ed osservazioni regionali per le intese di programma ex art. 10 Legge 61/92 [Quadranti]
		S DGR n. 27-26318 del 21/12/1998 Legge Regionale 61/97: deduzioni regionali e controdeduzioni aziendali, linee guida per l'attuazione dell'art. 1 [Quadranti]
D.lgs n. 229 del 19/06/1999 Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale , a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419 [Riforma Bindi]	N 1999	
Accordi del 22/03/2001 e 08/08/2001, integrativi dell'accordo del 03/08/2000 e concernenti il Patto per la salute per gli anni 2002-2004	N 2001	
LC n. 3 del 18/10/2001 Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione [Potestà legislativa delle Regioni]	N	
L n. 405 del 16/11/2001 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria	N	
	2002	S DGR n. 39-6552 del 08/07/2002 Definizione dei budget e azioni per il recupero di efficienza gestionale delle aziende sanitarie e regionali nell'anno 2002 [Conferenza Quadrante]
Intesa del 23/05/2005, concernente il Patto per la salute per gli anni 2005-2007	N 2005	S DGR n. 25-15234 del 30/03/2005 Azienda Sanitaria Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino. Primi indirizzi programmatori e provvedimenti urgenti. [Inserimento in Q.1 - Sub area 1.3]

<i>Governance nazionale e regionale</i>	<i>Anno</i>	<i>Aggregazione sovrazonale ed eventi specifici</i>
Intesa del 05/10/2006, concernente il Patto per la salute per gli anni 2007-2009	N 2006	S DGR n. 60-2532 del 03/04/2006 Individuazione delle Aziende Sanitarie Locali e dei relativi ambiti territoriali. Proposta al Consiglio Regionale [Aree Funzionali Sovrazionali]
D.lgs n. 163 del 12/04/2006 Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE	N	
DCR n. 137-40212 del 24/10/2007 Piano socio-sanitario regionale 2007 - 2010	R 2007	S LR n. 18 del 06/08/2007 Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale [Aree di Coordinamento Sovrazonale] E LR n. 19 del 06/08/2007 Costituzione della Società di committenza Regione Piemonte spa (SCR - Piemonte spa) E DGR n. 3-7231 del 29/10/2007 S.C.R. Piemonte S.p.A. - Approvazione Statuto
	2008	S DGR n. 9-9007 del 20/06/2008 Definizione di un modello organizzativo a rete nell'ambito del processo di approvvigionamento di beni e servizi in ambito sanitario [Aree di Coordinamento Sovrazonale]
Intesa del 03/12/2009, concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012	N 2009	E DGR n. 1-10802 del 18/02/2009 Primi indirizzi alle Aziende Sanitarie Regionali per la gestione 2009. Allegato A punto G. E DGR n. 6-11703 del 06/07/2009 Prima identificazione delle categorie merceologiche da assegnare alla Società di Committenza Regione Piemonte S.p.a. per le procedure di gara a livello regionale. E Accordo di collaborazione tra il Ministero dell'Economia e delle Finanze, la Regione Piemonte, la S.C.R. Piemonte S.p.a. e la Consip S.p.a. per il supporto del sistema di e-procurement nella Regione Piemonte
DGR n. 1-415 del 02/08/2010 Approvazione del Piano di Rientro 2010-2012	R 2010	E DGR n. 3-360 del 20/07/2010 - Allegato n.3 Ulteriori indicazioni in materia di procedure di approvvigionamento di beni e servizi
DPR n. 207 del 05/10/2010 Regolamento di esecuzione ed attuazione del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163, recante «Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE»	N	E DGR n. 62-896 del 25/10/2010 Indirizzi regionali per l'approvvigionamento e la gestione dei magazzini delle aziende sanitarie regionali
DGR n. 44-1615 del 28/02/2011 Adozione dell'Addendum al Piano di rientro e al Programma attuativo , commi da 93 a 97, della legge 23 dicembre 2009 n. 191	R 2011	E DGR n. 9-1435 del 28/01/2011 Attuazione piano di rientro. Acquisto di beni e servizi da parte delle aziende sanitarie regionali: standardizzazione della domanda e appropriatezza di utilizzo dei dispositivi medici

<i>Governance nazionale e regionale</i>	<i>Anno</i>	<i>Aggregazione sovrazonale ed eventi specifici</i>
		<p>E DGR n.12-1438 del 28/01/2011 Attuazione piano di rientro. Centralizzazione delle procedure di acquisto</p> <p>E DGR n. 14-1827 DEL 07/04/2011 Attuazione del piano regionale di rientro. Unificazione delle procedure di gara:miglioramento del processo di selezione dei farmaci ed economie di scala nella fase di acquisto</p> <p>E DGR n. 49-1985 del 29/04/2011 Rettifica dell'Addendum, Riorganizzazione della rete logistica e realizzazione delle piattaforme logistiche integrate, riorganizzazione dei percorsi fisici delle persone</p>
<p>DCR n. 167-14087 del 03/04/2012 Approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2015 ed individuazione della nuova azienda ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino e delle Federazioni sovrazionali</p>	R 2012	<p>S LR n. 3 del 28/03/2012 Disposizioni in materia di organizzazione del Sistema sanitario regionale [Federazioni sovrazionali]</p>
<p>DL n. 52 del 07/05/2012 Disposizioni urgenti per la razionalizzazione della spesa pubblica [Spending review – convertito dalla L n. 94 del 06/07/2012]</p>	N	
<p>DL n. 95 del 06/07/2012 Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini (nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario) [Spending review bis - convertito con modificazioni dalla L n. 135 del 07/08/2012]</p>	N	
<p>DL n. 158 del 13/09/2012 Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute [Decreto Balduzzi - convertito con modificazioni dalla L n. 189 del 08/11/2012]</p>	N	
<p>DGR n. 25-6992 del 30/12/2013, Approvazione Programmi Operativi 2013-2015, predisposti ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012</p>	R 2013	<p>S LR n. 20 del 13/11/2013 Ulteriori modifiche alla legge regionale 6 agosto 2007, n. 18 (Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale) e disposizioni in materia di trasparenza degli atti delle aziende sanitarie regionali. [Aree interaziendali di coordinamento]</p>

<i>Governance nazionale e regionale</i>	<i>Anno</i>	<i>Aggregazione sovrazonale ed eventi specifici</i>
		S DGR n. 43-6861 del 09/12/2013 Art. 1, comma 3, L.R. 13.11.2013, n. 20; individuazione delle aree interaziendali di coordinamento
L n. 89 del 23/06/2014 Misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale [Art. 9 - Acquisizione di beni e servizi attraverso soggetti aggregatori e prezzi di riferimento]	N 2014	E DGR n. 34-189 del 28/07/2014 Programmi Operativi 2013-2015. Riordino della funzione Acquisti a seguito della L.R. 20/2013: individuazione delle Aziende Sanitarie capofila del Coordinamento degli acquisti per le Aree Interaziendali e definizione della nuova matrice delle competenze
Conferenza Stato-Regioni n. 82 del 10/07/2014 Intesa concernente il Patto per la salute per gli anni 2014-2016	N	
DGR n. 1-600 del 19/11/2014 Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale	R	
DGR n. 1-924 del 23/01/2015 Integrazioni alla D.G.R. 1-600 del 19.11.2014 "Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale	R 2015	E DGR n. 35-1482 del 25/05/2015 Programmi Operativi 2013-2015. Interventi 9.1 e 9.3. Pianificazione poliennale e centralizzazione degli acquisti delle Aziende sanitarie regionali: approvazione della programmazione 2015
DM n. 70 del 02/04/2015 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all' assistenza ospedaliera	N	
DGR n. 26-1653 del 29/06/2015 Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i.	R	
DGR n. 77-2775 del 29/12/2015 Definizione del fabbisogno della funzione extraospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria	R	
D.lgs n. 50 del 18/04/2016 Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione , sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture	N 2016	

Fonte: nostre elaborazioni

3. Forme di aggregazione sovraziendale

3.1 I Quadranti

Il processo di istituzione dei Quadranti, iniziato con la DGR n. 85-25270 del 05/08/1998, è stato particolarmente lungo. L'articolazione fu approvata nel medesimo anno (DGR n. 27-26318 del 21/12/1998), definendo i Quadranti come momento di aggregazione - su base territoriale - di interessi di programmazione e di gestione coincidenti. Con le successive DGR n. 2-29273 del 01/02/2000 (attuativa della DGR n. 1-28352 del 14/10/1999 "Patto di buon governo tra la Regione e le Aziende sanitarie"), DGR n. 39-6552 del 08/07/2002 (definizione dei budgets ed azioni per il recupero di efficienza gestionale delle aziende sanitarie regionali) e DGR n. 33-8242 del 20/01/2003 (principi e i criteri per il finanziamento del SSR 2003), la Giunta regionale completò il collegamento tra le azioni di programmazione delle attività e quelle di erogazione delle risorse finanziarie, necessarie al funzionamento del sistema (D'Ambrosio, 2002).

Figura 1 – Organigramma dei Quadranti.



Fonte: nostre elaborazioni. Con DGR n. 2-29273 del 2000 le Aziende Sanitarie Ospedaliere "S. Giovanni Battista", "CTO/CRF – Maria Adelaide" e "OIRM/S. Anna" di Torino mantengono la loro natura di aziende di riferimento regionale per prestazioni di rilevante specializzazione. Con DGR 25-15234 del 30/03/2005 l'AO Mauriziano di Torino (costituita con LR n. 29 del 2004 e DPGR n. 5 del 2005) viene inserita nel QUADRANTE 1 - SUBAREA 1.3.

Tale forma ha rappresentato un processo di interazione dei soggetti deputati all'erogazione dei servizi sanitari (sia pubblici che privati), che mirava ad organizzare risposte sanitarie gestionalmente integrate su una più vasta scala territoriale, con il fine di assicurare una risposta ottimale sia in termini di efficienza (intesa come soppressione di duplicati e di servizi poco produttivi) sia in termini di appropriatezza della risposta (servizi quali - quantitativamente adeguati al fabbisogno espresso dalla macro area territoriale). I principi ispiratori sono stati l'economicità del sistema, l'accessibilità delle strutture e l'analisi della domanda di salute dei cittadini, da attuarsi per mezzo della cooperazione aziendale.

Non era prevista alcuna forma giuridica; ad ogni Quadrante aderivano tutte le aziende sanitarie regionali corrispondenti.

Con la DGR n. 39-6552 del 08/07/2002 è stato introdotto il ruolo della Conferenza di quadrante. Essa agiva in merito alle risorse professionali, garantendo le esigenze formative e definendone il fabbisogno, razionalizzando i percorsi diagnostico – terapeutici, per mezzo dell'integrazione dei ricoveri con il territorio, all'acquisizione di beni e servizi, attraverso la definizione del fabbisogno e la ricerca di economie di scala, all'affidamento di incarichi professionali e di consulenze, valutando le potenzialità e le risorse disponibili in proprio, alla razionalizzazione delle attività, puntando all'accorpamento di funzioni con standard non ottimali o strutture duplici, ed alla riconversione di attività esistenti o l'introduzione di nuove.

Era previsto un monitoraggio trimestrale per valutare e verificare gli scostamenti aziendali ed aggregati rispetto alla previsione del piano di attività annuale.

Tabella 2 – Griglia di analisi dei Quadranti.

<i>Campo</i>	<i>Descrizione</i>	<i>Note</i>
<i>Riferimento normativo</i>	DGR n. 85-25270 del 05/08/1998. DGR n. 27-26318 del 21/12/1998.	Sviluppo dei parametri del Piano Sanitario Regionale ed osservazioni regionali per le intese di programma ex art. 10 L. 61/92. LR 61/97: deduzioni regionali e controdeduzioni aziendali, linee guida per l'attuazione dell'art. 10. In seguito con DGR n. 27-26318 del 21/12/1998, è stata approvata l'articolazione aziendale in Quadranti, come momento di aggregazione, su base territoriale, di interessi di programmazione e di gestione coincidenti; con le successive DGR n. 2-29273 del 01/02/2000 [attuativa della DGR n. 1-28352 del 14/10/1999 "Patto di buon governo tra la Regione e le Aziende sanitarie"], DGR n. 39-6552 del 08/07/2002 [Definizione dei budget ed azioni per il recupero di efficienza gestionale delle aziende sanitarie regionali, confermando l'articolazione territoriale delle stesse in quadranti] e DGR n. 33-8242 del 20/01/2003 [Principi e i criteri per il finanziamento del SSR 2003], la Giunta regionale ha completato il collegamento tra le azioni di programmazione delle attività e quelle di erogazione delle risorse finanziarie, necessarie al funzionamento del sistema.
<i>Obiettivi</i>	Operatività integrata sia a livello di aziende pubbliche che private. Interazione dei soggetti deputati all'erogazione dei servizi sanitari.	Quadrante quale unità programmatica di base per l'assistenza sanitaria e riferimento territoriale per l'attività delle ASO. Momento di integrazione di interessi di programmazione e gestione coincidenti.
<i>Principi</i>	Economicità, accessibilità delle strutture ed analisi della domanda di salute dei cittadini. Cooperazione aziendale.	Costruire sulla macro area territoriale una rete di servizi in grado di assicurare una risposta ottimale, sia in termini di efficienza (eliminazione di duplicazioni e servizi poco produttivi) sia in termini di appropriata risposta (servizi quali-quantitativamente adeguati al fabbisogno espresso dalla macro area territoriale).
<i>Forma</i>	Non esplicitata.	Non è prevista forma giuridica. Vi aderiscono tutte le aziende sanitarie regionali del quadrante.
<i>Organizzazione</i>	Conferenza di quadrante.	
<i>Funzioni</i>	Il quadrante agisce in merito a: - Osservatorio risorse professionali (esigenze formative e definizione del fabbisogno); - Razionalizzazione percorsi diagnostico terapeutici (integrazione dei ricoveri con il territorio); - Acquisizione beni e servizi (definizione del fabbisogno ed economie di scala); - Affidamento incarichi professionali e consulenze (valutazione delle potenzialità disponibili in proprio);	

<i>Campo</i>	<i>Descrizione</i>	<i>Note</i>
	<ul style="list-style-type: none"> - Razionalizzazione attività (accorpamento funzioni con standard non ottimali o duplici); - Riconversione attività esistenti/introduzione nuove attività. 	
<i>Attività di monitoraggio</i>	Monitoraggio trimestrale a livello di quadrante per valutare e verificare gli scostamenti aziendali ed aggregati rispetto alla previsione del piano di attività annuale.	
<i>Costituzione ed aziende afferenti</i>	<p>QUADRANTE 1 – Torino e provincia SUB AREA 1.1: ASL 4 di Torino, ASL 7 di Chivasso e ASL 9 di Ivrea. SUB AREA 1.2: ASL 2 di Torino, ASL 3 di Torino, ASL 5 di Collegno, ASL 6 di Cirié e ASO S. Luigi di Orbassano. SUB AREA 1.3: ASL 1 di Torino, ASL 8 di Chieri e ASL 10 di Pinerolo;</p> <p>QUADRANTE 2: ASL 11 di Vercelli, ASL 12 di Biella, ASL 13 di Novara, ASL 14 di Omegna e ASO Maggiore della Carità di Novara;</p> <p>QUADRANTE 3: ASL 15 di Cuneo, ASL 16 di Mondovì, ASL 17 di Savigliano, ASL 18 di Alba e ASO Santa Croce e Carle di Cuneo;</p> <p>QUADRANTE 4: ASL 19 di Asti, ASL 20 di Alessandria/Tortona, ASL 21 di Casale Monferrato, ASL 22 di Novi Ligure e ASO SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria.</p>	<p>Con DGR n. 2-29273 del 2000 le Aziende Sanitarie Ospedaliere “S. Giovanni Battista”, “CTO/CRF – Maria Adelaide” e “OIRM/S. Anna” di Torino mantengono la loro natura di aziende di riferimento regionale per prestazioni di rilevante specializzazione.</p> <p>Con DGR 25-15234 del 30/03/2005 l’AO Mauriziano di Torino (costituita con LR n. 29 del 2004 e DPGR n. 5 del 2005) viene inserita nel QUADRANTE 1 - SUBAREA 1.3.</p>

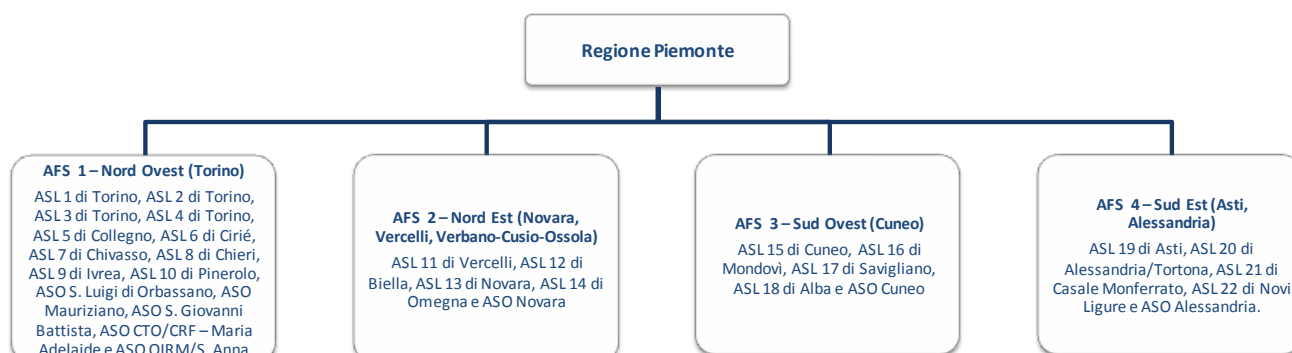
Fonte: nostre elaborazioni

3.2 Le Aree Funzionali Sovrazionali

Le Aree funzionali sovrazionali sono state individuate con la DGR n. 60-2532 del 03/04/2006, quali ambiti territoriali di pertinenza delle nuove Aziende Sanitarie Locali, istituite nel medesimo atto.

Si mirava all’integrazione dei servizi sanitari ed alla costruzione delle reti assistenziali, al fine di operare in modo coordinato e coerente come sistema, perseguendo - nell’ambito di una strategia comune coordinata dalla Regione - azioni di sviluppo delle attività sanitarie e di razionalizzazione dei costi. La concertazione e la cooperazione fra i servizi afferenti alle Aziende, nonché la predisposizione di una rete integrata di attività e servizi tra le Aziende dello stesso territorio, ne erano i principi fondamentali.

Figura 2 – Organigramma delle Aree funzionali sovrazionali.



Fonte: nostre elaborazioni

Non era prevista alcuna forma giuridica; ad ogni Area aderivano tutte le aziende sanitarie regionali corrispondenti.

L'Area funzionale sovrazonale si occupava di attività amministrative e di supporto integrate tra aziende sanitarie.

Tabella 3 – Griglia di analisi delle Aree funzionali sovrazionali.

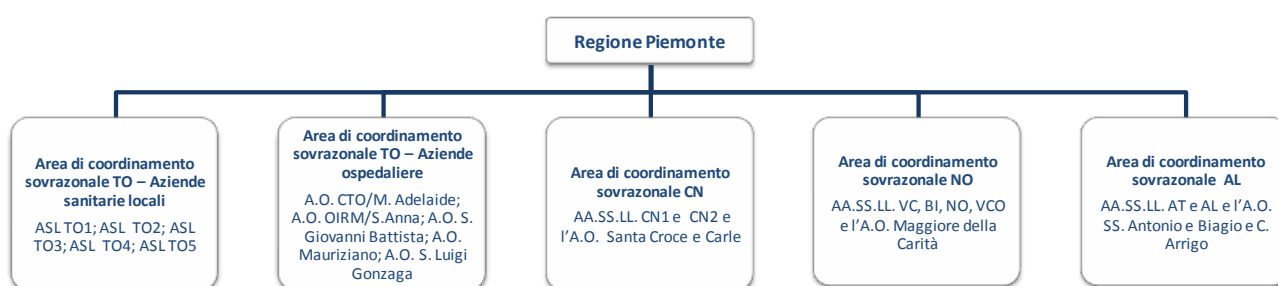
<i>Campo</i>	<i>Descrizione</i>	<i>Note</i>
<i>Riferimento normativo</i>	DGR n. 60-2532 del 03/04/2006.	Individuazione delle Aziende Sanitarie Locali e dei relativi ambiti territoriali. Proposta al Consiglio Regionale.
	DCR 137-40212 del 24/10/2007.	Piano socio-sanitario regionale 2007 – 2010.
<i>Obiettivi</i>	Integrazione dei servizi sanitari e costruzione delle reti assistenziali.	Operare in modo coordinato e coerente come sistema, perseguendo, nell'ambito di una strategia comune coordinata dalla Regione, le azioni di sviluppo delle attività sanitarie e di razionalizzazione dei costi.
<i>Principi</i>	Concertazione e cooperazione fra i servizi afferenti alle Aziende; rete integrata di attività e servizi tra le Aziende dello stesso territorio.	
<i>Forma</i>	Non esplicitata.	Non è prevista forma giuridica.
		Vi aderiscono tutte le aziende sanitarie regionali dell'area funzionale sovrazonale.
<i>Organizzazione</i>	Non esplicitata.	
<i>Funzioni</i>	Attività amministrative e di supporto integrate.	
<i>Attività di monitoraggio</i>	Non esplicitata.	
<i>Costituzione ed aziende afferenti</i>	AFS 1 - Nord Ovest (Torino): ASL 1 di Torino, ASL 2 di Torino, ASL 3 di Torino, ASL 4 di Torino, ASL 5 di Collegno, ASL 6 di Cirié, ASL 7 di Chivasso, ASL 8 di Chieri, ASL 9 di Ivrea, ASL 10 di Pinerolo, ASO S. Luigi di Orbassano, ASO Mauriziano, ASO S. Giovanni Battista, ASO CTO/CRF – Maria Adelaide e ASO OIRM/S. Anna; AFS 2 - Nord Est (Novara, Vercelli, Biella, Verbano-Cusio-Ossola): ASL 11 di Vercelli, ASL 12 di Biella, ASL 13 di Novara, ASL 14 di Omegna e ASO Novara; AFS 3 - Sud Ovest (Cuneo): ASL 15 di Cuneo, ASL 16 di Mondovì, ASL 17 di Savigliano, ASL 18 di Alba e ASO Cuneo; AFS 4 - Sud Est (Asti, Alessandria): ASL 19 di Asti, ASL 20 di Alessandria/Tortona, ASL 21 di Casale Monferrato, ASL 22 di Novi Ligure e ASO Alessandria.	

Fonte: nostre elaborazioni

3.3 Le Aree di Coordinamento Sovrazonale

La LR n. 18 del 06/08/2007 contiene norme per la programmazione socio-sanitaria ed il riassetto del SSR. In particolare l'art. 23 istituisce le Aree di Coordinamento sovrazonale e stabilisce che la Giunta individui i servizi amministrativi, logistici, tecnico-economici e di supporto le cui funzioni, relative all'approvvigionamento di beni e servizi, alla gestione dei magazzini, alla logistica, alla gestione delle reti informative e all'organizzazione dei centri di prenotazione, dovranno essere espletate a livello di area di coordinamento sovrazonale. Sulla base di analisi epidemiologiche che evidenzino situazioni a forte valenza territoriale, la Giunta Regionale potrà individuare altre funzioni sanitarie da espletarsi a livello di area. La Giunta regionale individua le aziende sanitarie che vengono incaricate di svolgere specifiche funzioni che supportano, integrano e sostituiscono i relativi servizi di altre aziende sanitarie.

Figura 3 – Organigramma delle Aree di coordinamento sovrazonale.



Fonte: nostre elaborazioni

I principi fondamentali per l'individuazione delle modalità gestionali sono improntati al miglior livello di efficacia e di efficienza.

Non è prevista nessuna forma giuridica; vi aderiscono tutte le aziende sanitarie regionali dell'area di coordinamento sovrazonale.

Tale approccio riflette l'evoluzione delle politiche di governo del sistema sanitario regionale e nazionale, secondo la quale si riscontra un progressivo ridimensionamento delle spinte eccessivamente aziendalistiche ed "individualistiche" scaturite dalla prima applicazione del DLgs. 502/92 in favore di un recupero del ruolo programmatico e strategico del livello centrale, per gli aspetti tecnico-amministrativi, da intendersi nella declinazione regionalistica stabilita dal DLgs. 229/99.

In conformità a quanto previsto dalla legge Finanziaria per l'anno 2007 (L. n. 296/2006 del 27/12/2006), che ai commi 455 e 456 prevede che, ai fini del contenimento e della razionalizzazione della spesa pubblica, le Regioni possano costituire centrali d'acquisto che operino quali centrali di committenza in favore delle amministrazioni ed Enti Regionali, degli Enti Locali, degli Enti del servizio Sanitario Nazionale e delle altre pubbliche amministrazioni aventi sede nel medesimo territorio, la Regione Piemonte con LR 19/2007 istituisce la Società di Committenza Regionale Piemonte SpA.

In generale SCR svolge la sua attività a favore della Regione e dei soggetti pubblici aventi sede nel suo territorio quali, tra le altre, le aziende del servizio sanitario regionale con lo scopo, oltre che di razionalizzare la spesa pubblica, anche di ottimizzare le procedure di scelta degli appaltatori pubblici nelle materie di interesse regionale, individuate da apposita programmazione pluriennale.

Nello svolgimento delle proprie funzioni SCR deve operare nel rispetto dei principi di economicità, efficacia, pubblicità, trasparenza, libera concorrenza e non discriminazione secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di contratti pubblici di lavori, servizi e forniture ed al contempo perseguire l'innovazione di processo e di prodotto, a garantire elevati standard qualitativi nell'interesse generale

dell'utenza, e del sistema economico finanziario, promuovendo e sostenendo lo sviluppo sostenibile, la tutela ambientale, il contenimento energetico e la sicurezza negli ambienti di lavoro.

Tabella 4 – Griglia di analisi delle Aree di coordinamento sovrazonale.

<i>Campo</i>	<i>Descrizione</i>	<i>Note</i>
<i>Riferimento normativo</i>	LR n. 18 del 06/08/2007. Art. 23.	Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale. Aree di Coordinamento Sovrazonale.
<i>Obiettivi</i>	Indicare l'ambito all'interno del quale alcune funzioni, anche sanitarie, possono essere espletate in forma coordinata e demandare alla Giunta regionale l'individuazione di tali funzioni sanitarie da espletarsi a livello di area.	
<i>Principi</i>	Efficacia ed efficienza.	
<i>Forma</i>	Aree di Coordinamento Sovrazonale.	Non è prevista forma giuridica. Vi aderiscono tutte le aziende sanitarie regionali dell'area di coordinamento sovrazonale.
<i>Organizzazione</i>	La Giunta regionale individua le aziende sanitarie che vengono incaricate di svolgere specifiche funzioni che supportano, integrano e sostituiscono i relativi servizi di altre aziende sanitarie.	
<i>Funzioni</i>	a) servizi amministrativi, logistici, tecnico-economici e di supporto; b) funzioni sanitarie da espletarsi a livello di area, sulla base di analisi epidemiologiche che evidenzino situazioni a forte valenza territoriale.	Nello specifico le funzioni oggetto del punto "a" individuano l'approvvigionamento di beni e servizi, la gestione dei magazzini, la logistica, la gestione delle reti informative e l'organizzazione dei centri di prenotazione.
<i>Attività di monitoraggio</i>	Non esplicitata.	
<i>Costituzione ed aziende afferenti</i>	DGR n. 9-9007 del 20/06/2008: Area di Coordinamento Sovrazonale TO – Aziende Sanitarie Locali (comprende le Aziende Sanitarie Locali TO1, TO2, TO3, TO4 e TO5); Area di Coordinamento Sovrazonale TO – Aziende Ospedaliere (comprende AO CTO/M. Adelaide; AO OIRM S.Anna; AO S. Giovanni Battista; AO Mauriziano; AO San Luigi Gonzaga); Area di Coordinamento Sovrazonale CN (comprende le ASL CN 1 e CN 2 e l'AO S. Croce Carle); Area di Coordinamento Sovrazonale NO (comprende le ASL VC, BI, NO, VCO e l'AO Maggiore della Carità); Area di Coordinamento Sovrazonale AL (comprende le ASL AT e AL e l'AO SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo).	

Fonte: nostre elaborazioni

L'attività di SCR, nel rispetto di tutta la normativa vigente, si concretizza nella stipulazione di convenzioni (accordi quadro), nella gestione e nello sviluppo di procedure telematiche di supporto (gare telematiche e del mercato elettronico). Gli enti che si appoggiano a SCR conservano comunque il loro ruolo strategico in fase di pre-gara, quindi relativamente alla pianificazione e alla programmazione del fabbisogno, e nella fase seguente all'aggiudicazione ed alla stipula della convenzione, mantenendo i contatti con i fornitori durante tutto il periodo di gestione contrattuale.

Con la DGR n. 9-9007 del 20/06/2008 "Definizione di un modello organizzativo a rete nell'ambito del processo di approvvigionamento di beni e servizi in ambito sanitario", la Giunta Regionale individua la suddivisione territoriale delle aree di coordinamento sovrazonale.

Le cinque Aree di Coordinamento individuate corrispondono ai territori delle province con la sola eccezione del territorio metropolitano torinese per il quale, al fine di mantenere una struttura snella e di salvaguardare specifiche esigenze, sono state definite due aree, di cui una ricomprendente le aziende sanitarie e l'altra le aziende ospedaliere esistenti sul territorio.

Coerentemente con quanto indicato dal Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2010, è stato definito un "sistema degli acquisti in rete" che ha permesso di riconsiderare in termini operativi e concreti il ruolo dei "buyers" pubblici (Aziende Sanitarie Regionali, ASR), nell'ambito di un processo di trasformazione già in atto.

Il modello elaborato, riconosciuto dalla Regione Piemonte quale modello ottimale snello, funzionale e con un'elevata autonomia in grado di realizzare concrete opportunità di coordinamento fra le molteplici professionalità delle Aziende Sanitarie che concorrono alle attività connesse a tale processo (Direzioni Sanitarie, Servizio Farmaceutico, Servizio di Ingegneria Clinica, funzioni di Logistica), crea un collegamento interfunzionale finalizzato all'ottimizzazione delle forniture in grado di perseguire "in primis" gli obiettivi di efficacia ed efficienza nel processo di approvvigionamento di beni e servizi, evitando la sovrapposizione e la duplicazione dei vari livelli decisionali.

Si è ritenuto altresì necessario un momento di collegamento funzionale tra Centrale di Committenza Regionale e Aree di Coordinamento Sovrazonale, finalizzato ad ottimizzare la programmazione degli acquisti a livello regionale e di area con spirito collaborativo e propositivo, evitando con ciò contrapposizioni e conflitti. Tale raccordo è stato individuato nella costituzione del team di coordinamento regionale.

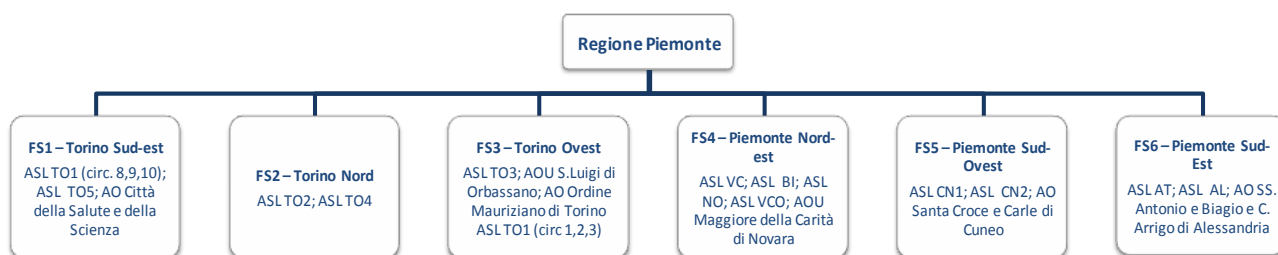
Il team è composto da un rappresentante per ciascuno dei cinque nuclei, da un rappresentante della Direzione dell'Assessorato alla Sanità e da un rappresentante di SCR e svolge compiti di: raccordo con le altre attività di acquisizione dei beni e servizi da parte delle centrali di committenza; semplificazione delle procedure mediante elaborazione di capitolati e bandi di gara tipo, procedure standardizzate per la gestione dei contratti; promozione delle attività di formazione degli operatori impegnati nei processi di acquisizione di beni e servizi; collaborazione nell'ambito della centrale di committenza per lo studio della piattaforma informatica (per gli aspetti inerenti la raccolta dei fabbisogni, negoziazioni, verifica, andamento contratti e prezzi); coordinamento e verifica attività dei nuclei di programmazione, anche tramite proposte di effettuazione di procedure di gara in comune tra le diverse aree sovrazonali.

3.4 Le Federazioni Sovrazonali

Con la LR n. 3 del 28/03/2012 sono state introdotte le nuove forme di coordinamento sovrazonale e di integrazione funzionale dei servizi (art. 23), denominate Federazioni sovrazonali (FS). L'obiettivo era quello di promuovere la cooperazione interaziendale e di realizzare delle reti integrate di offerta - anche a livello interprovinciale⁴ - conseguendo il massimo livello possibile di efficacia sanitaria e di efficienza organizzativa, perseguendo principi di economicità e trasparenza. La Federazione consisteva in una società consortile a responsabilità limitata di diritto privato, alla quale aderivano tutte le aziende sanitarie regionali dell'area sovrazonale. Secondo il parere del Ministero della Salute, le Federazioni erano anche società di committenza, quindi organismi di diritto pubblico.

⁴ Le Provincie sono state successivamente riformate con L n. 56 del 07/04/2014 (Legge Delrio).

Figura 4 – Organigramma delle Federazioni Sovrazionali.



Fonte: nostre elaborazioni

A livello organizzativo questa forma prevedeva la presenza dell'Assemblea consortile (costituita dai Direttori Generali delle aziende sanitarie consorziate), dell'Amministratore unico (nominato dall'Assemblea consortile su designazione del Presidente della Giunta regionale) ed del Collegio sindacale (nominato dall'Assemblea consortile). L'Assemblea consortile era costituita dai soci della Federazione, ossia le aziende sanitarie dell'area, ciascuna delle quali aveva una quota paritaria di partecipazione. La Federazione non disponeva di personale proprio e si avvaleva, per l'attuazione dei compiti istituzionali, di personale assegnato funzionalmente alla Regione, dalle aziende sanitarie e dagli enti locali.

Le funzioni della federazione consistevano nella definizione dei piani di acquisto annuali e pluriennali e nell'approvvigionamento di beni e servizi (ad eccezione dei servizi socio-sanitari), nella gestione del materiale, dei magazzini e della logistica, nello sviluppo e nella gestione delle reti informative e digitalizzazione del sistema, nella gestione del patrimonio immobiliare (per le funzioni ottimizzabili in materia di manutenzione, appalti e alienazioni, in coerenza con gli indirizzi regionali), nella programmazione degli investimenti e valutazione delle tecnologie sanitarie, in coerenza con gli indirizzi regionali, nella gestione del patrimonio tecnologico per le funzioni ottimizzabili in materia di manutenzione, acquisizione, riallocazione e dismissione (HTA e HTM), nella gestione e organizzazione dei centri di prenotazione e nella gestione degli affari legali. Era anche previsto che la Giunta regionale potesse individuare, qualora si necessitasse di incrementare ulteriormente il livello di efficacia e di efficienza del servizio sanitario regionale, i servizi amministrativi, logistici, tecnico - economici e di supporto le cui funzioni potessero essere espletate dalla Federazione.

Quale attività di controllo dell'operato della Federazione, la Giunta regionale provvedeva annualmente ad individuare gli obiettivi che la Federazione doveva raggiungere ed effettuava un monitoraggio costante delle attività intraprese. L'Amministratore unico aveva il compito di trasmettere alla Giunta regionale e alla commissione consiliare competente, unitamente al bilancio consuntivo, una relazione annuale sull'attività svolta all'Assemblea consortile.

Le Aziende sanitarie afferenti a ciascuna Federazione sono state definite nella DCR n. 167-14087 del 03/04/2012 in cui, congiuntamente all'approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2015, veniva anche individuata la nuova Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino⁵, a cui afferivano le AOU San Giovanni Battista di Torino, l'AO CTO/Maria Adelaide di Torino e l'AO OIRM/S. Anna di Torino. Le Federazioni sovrazionali sono state sciolte a far data dal 1° gennaio 2014, avviando così gli adempimenti necessari alla liquidazione delle rispettive società consortili.

⁵ La nuova Azienda Ospedaliera ebbe decorrenza dal 1° luglio 2012. Successivamente con DPGR n. 71 del 06/12/2013 fu istituita l'Azienda Ospedaliero - Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino.

Tabella 5 – Griglia di analisi delle Federazioni Sovrazionali.

<i>Campo</i>	<i>Descrizione</i>	<i>Note</i>
<i>Riferimento normativo</i>	LR n. 3 del 28/03/2012. Art. 23.	Disposizioni in materia di organizzazione del Sistema sanitario regionale. Forme di coordinamento sovrazonale e di integrazione funzionale dei servizi.
<i>Obiettivi</i>	Promuovere cooperazione interaziendale e realizzare reti integrate di offerta, anche a livello interprovinciale, conseguendo il massimo livello possibile di efficacia sanitaria ed efficienza organizzativa.	
<i>Principi</i>	Economicità, trasparenza, efficienza ed efficacia.	
<i>Forma</i>	Società consortile a responsabilità limitata di diritto privato.	Vi aderiscono tutte le aziende sanitarie regionali dell'area sovra zonale. Entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, la Regione avvia il percorso di costituzione delle FS. Sono anche società di committenza, quindi organismi di diritto pubblico, secondo il parere del Ministero della Salute. A far data dal 1° gennaio 2014 è disposto lo scioglimento delle Federazioni sovrazionali; contestualmente gli organi sociali avviano gli adempimenti necessari alla liquidazione delle rispettive società consortili.
<i>Organizzazione</i>	a) Assemblea consortile, costituita dai direttori generali delle aziende sanitarie consorziate; b) Amministratore unico, nominato dall'Assemblea consortile su designazione del Presidente della Giunta regionale; c) Collegio sindacale, nominato dell'Assemblea consortile.	L'Assemblea consortile è costituita dai soci della FS. I soci sono le aziende sanitarie dell'area, ciascuna delle quali ha quota paritaria di partecipazione. La FS non ha personale proprio. La FS si avvale, per l'attuazione dei compiti istituzionali, di personale assegnato funzionalmente alla Regione, dalle aziende sanitarie e dagli enti locali.
<i>Funzioni</i>	a) piani di acquisto annuali e pluriennali e approvvigionamento di beni e servizi, ad eccezione dei servizi socio-sanitari; b) gestione del materiale, dei magazzini e della logistica; c) sviluppo e gestione delle reti informative e digitalizzazione del sistema; d) gestione del patrimonio immobiliare per le funzioni ottimizzabili in materia di manutenzione, appalti e alienazioni, in coerenza con gli indirizzi regionali; e) programmazione degli investimenti e valutazione delle tecnologie sanitarie, in coerenza con gli indirizzi regionali; f) gestione del patrimonio tecnologico per le	La Giunta regionale individua, qualora necessario per incrementare ulteriormente il livello di efficacia e di efficienza del servizio sanitario regionale, i servizi amministrativi, logistici, tecnico-economici e di supporto le cui funzioni vengono espletate dalla FS.

<i>Campo</i>	<i>Descrizione</i>	<i>Note</i>
	funzioni ottimizzabili in materia di manutenzione, acquisizione, riallocazione e dismissione (HTA e HTM); g) gestione e organizzazione dei centri di prenotazione; h) gestione degli affari legali.	
<i>Attività di monitoraggio</i>	La Giunta regionale provvede annualmente ad individuare gli obiettivi che le FS devono raggiungere ed ad effettuare un monitoraggio costante delle attività intraprese dalle FS.	L'Amministratore unico invia, in allegato al bilancio consuntivo, una relazione annuale sull'attività svolta all'Assemblea consortile, alla Giunta regionale e alla commissione consiliare competente. Oltre che l'Assemblea consortile, la Giunta regionale verifica i risultati della gestione in relazione agli indirizzi e agli obiettivi assegnati e presenta una relazione al Consiglio regionale entro il 31 marzo di ciascun anno.
<i>Costituzione ed aziende afferenti</i>	DCR n. 167-14087 del 03/04/2012: FS 1 – Torino Sud Est ASL TO 1 (per le Circoscrizioni 8, 9, e 10); ASL TO 5; AO Città della Salute e della Scienza di Torino; FS 2 – Torino Nord ASL TO 2; ASL TO 4; FS 3 – Torino Ovest ASL TO 3; AOU San Luigi di Orbassano; AO Ordine Mauriziano di Torino; ASL TO 1 (per le Circoscrizioni 1, 2 e 3); FS 4 – Piemonte Nord Est ASL VC, ASL BI; ASL NO, ASL VCO, AOU Maggiore della Carità di Novara; FS 5 – Piemonte Sud Ovest ASL CN 1, ASL CN 2, AO Santa Croce e Carle di Cuneo; FS 6 – Piemonte Sud Est ASL AT, ASL AL, AO SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria.	DCR n. 167-14087 del 03/04/2012: individuazione della nuova AO Città della Salute e della Scienza di Torino, a cui afferiscono le AOU San Giovanni Battista di Torino, AO CTO/Maria Adelaide di Torino, AO OIRM/S. Anna di Torino. La nuova azienda ha decorrenza dal 1° luglio 2012.

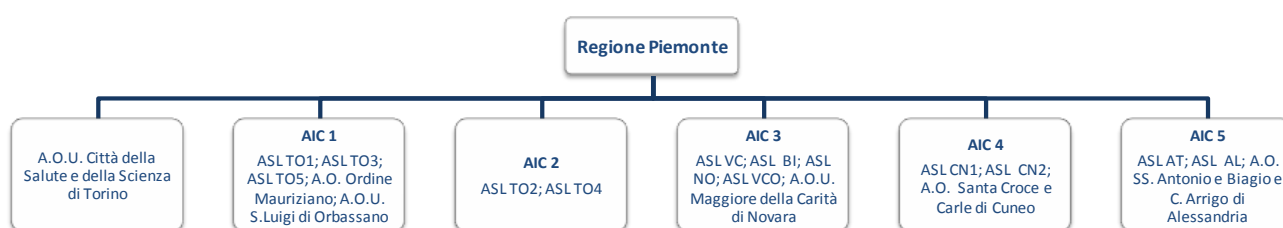
Fonte: nostre elaborazioni

3.5 Le Aree Interaziendali di Coordinamento

La LR n. 20 del 13/11/2013 stabilisce ulteriori modifiche alla LR n.18 del 06/08/2007 contenente le norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale e le disposizioni in materia di trasparenza degli atti delle aziende sanitarie regionali. In particolare l'art.1, comma 3, della LR n. 20 del 13/11/2013 istituisce le Aree Interaziendali di Coordinamento (AIC) per l'espletamento coordinato di funzioni, ferme restando le funzioni di centrale di committenza regionale attribuite alla Società di Committenza Regione Piemonte S.p.A. (SCR), nonché quelle di gestione e sviluppo coordinato del sistema informativo sanitario regionale e delle tecnologie di informazione e comunicazione correlate, esercitate dall'ente strumentale poi individuato dalla Giunta. I principi alla base del livello interaziendale di coordinamento sono l'efficacia sanitaria, l'efficienza organizzativa, l'integrazione e il coordinamento. Inoltre la nuova realtà interaziendale rappresenta la dimensione strategica ed operativa ottimale per assicurare l'attuazione in modo integrato della programmazione sociosanitaria regionale.

Non è prevista alcuna forma giuridica; vi aderiscono tutte le aziende sanitarie regionali dell'area interaziendale di coordinamento.

Figura 5 – Organigramma delle Aree interaziendali di coordinamento.



Fonte: nostre elaborazioni

L'organizzazione delle Aree Interaziendali di Coordinamento prevede che la Giunta regionale, previa consultazione dei direttori generali interessati e sentita la commissione consiliare competente, individui, all'interno di ciascuna area, l'azienda o le aziende sanitarie cui affidare la gestione delle funzioni correlate.

La Giunta regionale, sentita la commissione consiliare competente, individua le attività amministrative, tecniche, logistiche, informative, tecnologiche e di supporto da esercitarsi a livello interaziendale di coordinamento, nonché le funzioni sanitarie a livello di area interaziendale, sulla base di analisi epidemiologiche che evidenzino situazioni a forte valenza territoriale.

Le Aree Interaziendali di Coordinamento sono definite dalla DGR n. 43-6861 del 09/11/2013. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino non è inserita in alcuna Area di Coordinamento, in considerazione dell'obiettivo complessità anche in termini dimensionali, risultando dall'accorpamento di tre aziende in passato autonome ed anche in correlazione al ruolo privilegiato sotto il profilo dell'integrazione tra attività assistenziali, didattiche e scientifiche.

Tabella 6 – Griglia di analisi delle Aree interaziendali di coordinamento.

Campo	Descrizione	Note
Riferimento normativo	LR n. 20 del 13/11/2013. Art. 1	Ulteriori modifiche alla LR del 06/08/2007, n. 18 (Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale) e disposizioni in materia di trasparenza degli atti delle aziende sanitarie regionali. Sostituzione dell'articolo 23 della LR 18/2007.
Obiettivi	Espletamento coordinato di funzioni da esercitarsi a livello di aree interaziendali di coordinamento.	Ferme restando le funzioni di centrale di committenza regionale attribuite alla Società di Committenza Regione Piemonte S.p.A., nonché quelle di gestione e sviluppo coordinato del sistema informativo sanitario regionale e delle tecnologie di informazione e comunicazione correlate, esercitate dall'ente strumentale individuato dalla Giunta.
Principi	Efficacia sanitaria, efficienza organizzativa, integrazione, coordinamento.	Il livello interaziendale di coordinamento rappresenta la dimensione strategica ed operativa ottimale per assicurare l'attuazione in modo integrato della programmazione sociosanitaria regionale.
Forma	Aree interaziendali di coordinamento.	Non è prevista forma giuridica. Vi aderiscono tutte le aziende sanitarie regionali dell'area interaziendale di coordinamento.

<i>Campo</i>	<i>Descrizione</i>	<i>Note</i>
<i>Organizzazione</i>	La Giunta regionale, previa consultazione dei direttori generali interessati e sentita la commissione consiliare competente, individua, all'interno di ciascuna area interaziendale, l'azienda o le aziende sanitarie cui affidare la gestione delle funzioni correlate.	
<i>Funzioni</i>	a) Attività amministrative; b) Attività tecniche; c) Attività logistiche; d) Attività informative; e) Attività tecnologiche; f) Attività di supporto; g) Funzioni sanitarie a livello di area interaziendale, sulla base di analisi epidemiologiche che evidenzino situazioni a forte valenza territoriale.	La Giunta regionale, sentita la commissione consiliare competente, individua le attività amministrative, tecniche, logistiche, informative, tecnologiche e di supporto da esercitarsi a livello interaziendale di coordinamento.
<i>Attività di monitoraggio</i>	Non esplicitata	Nei Programmi Operativi 2013 – 2015 sono previste delle attività di monitoraggio in relazione ad alcuni interventi, tra cui ad esempio “Pianificazione poliennale degli acquisti – Analisi e governo dei fabbisogni” (intervento 9.1). Era previsto un percorso di coordinamento e monitoraggio centralizzato delle procedure di acquisto di beni sanitari, tramite l’istituzione di un Tavolo di coordinamento regionale (TCR) ed uno sovrazonale (TCS).
<i>Costituzione ed aziende afferenti</i>	DGR n. 43-6861 del 09/12/2013: AIC 1 – ASL TO1, ASL TO3, ASL TO5, AO Ordine Mauriziano, AOU. S.Luigi di Orbassano; AIC 2 – ASL TO2, ASL TO4; AIC 3 – ASL VC, ASL NO, ASL BI, ASL VCO, AOU. Maggiore della Carità di Novara; AIC 4 – ASL CN1, ASL CN2, AO S.Croce e Carle di Cuneo; AIC 5 – ASL AL, ASL AT, AO SS.Antonio e Biagio e C.Arrigo di Alessandria.	L’Azienda Ospedaliero-Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino non è inserita in alcuna area di coordinamento, in considerazione dell’obiettivo complessità - anche in termini dimensionali, risultando dall’accorpamento di tre aziende in passato autonome – ed anche in correlazione al ruolo privilegiato sotto il profilo dell’integrazione tra attività assistenziali, didattiche e scientifiche.

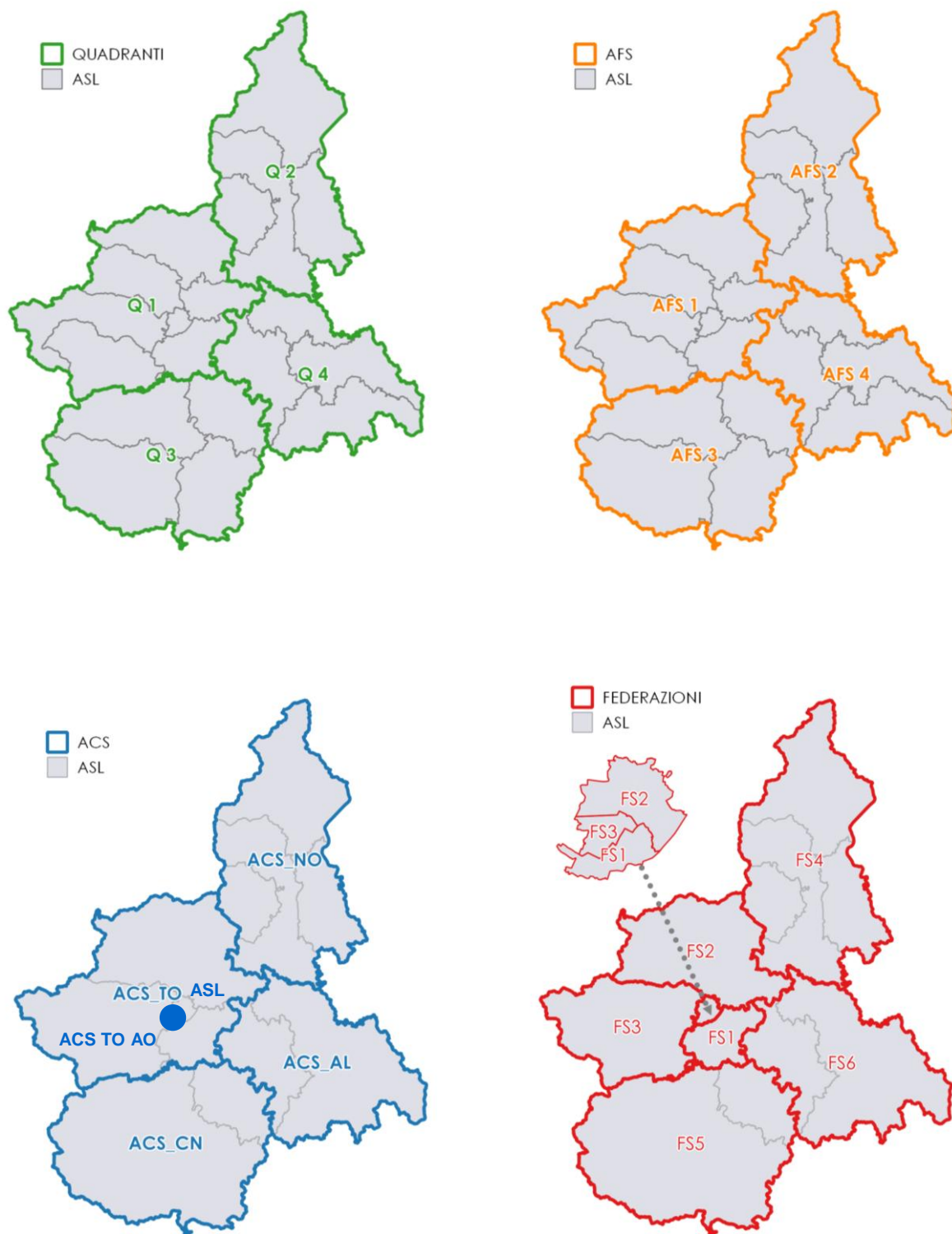
Fonte: nostre elaborazioni

4. Analisi e confronto tra i modelli adottati

4.1 Mutamento dell’articolazione territoriale

Dal un punto di vista dell’articolazione territoriale, si tratta dell’aggregazione delle Aziende Sanitarie regionali in macro aree; in linea generale le varie suddivisioni rispecchiano quella della città metropolitana di Torino e delle altre province presenti nella Regione, organizzandosi per zone geograficamente limitrofe nelle aree Nord Est (Biella/Vercelli/Verbanco-Cusio-Ossola/Novara), Sud Ovest (Cuneo) e Sud Est (Asti/Alessandria). Nel corso del tempo le variazioni nei modelli di aggregazione sono principalmente osservabili nell’area torinese, dove si è assistito prima ad una unificazione del territorio e poi ad una frammentazione in due o più settori.

Figura 6 – Rappresentazione grafica dei Quadranti, delle Aree funzionali sovrazionali, delle Aree di coordinamento sovrazonale e delle Federazioni Sovrazionali su base aziendale.



Fonte: elaborazioni a cura di Lorenzo Giordano, Nucleo Edilizia sanitaria IRES

Figura 7 – Rappresentazione grafica delle Aree interaziendali di coordinamento su base aziendale.



Fonte: elaborazioni a cura di Lorenzo Giordano, Nucleo Edilizia sanitaria IRES

E' proprio nel torinese che il coordinamento e la cooperazione sono state maggiormente difficoltose, mentre nelle restanti aree regionali la collaborazione tra le Aziende afferenti era già attiva, probabilmente sull'onda delle varie riorganizzazioni aziendali che si sono susseguite nel tempo e che avevano favorito l'instaurarsi di dinamiche e di sinergie differenti. Nei modelli adottati nell'ambito dell'istituzione dei Quadranti e delle Aree Funzionali Sovrazionali durante il periodo 1998-2006, inizialmente la provincia e la città di Torino appartenevano alla medesima area (rispettivamente Q1 e AFS1); successivamente a partire dal 2007 il territorio torinese è stato suddiviso in diverse zone. Con l'istituzione delle Aree di Coordinamento Sovrazonale, infatti, al fine di mantenere una struttura snella e di salvaguardare specifiche esigenze, sono state definite due aree: una per le aziende sanitarie locali e l'altra per le aziende ospedaliere.

Una diversa ripartizione della provincia e della città di Torino è stata introdotta nel 2012 nell'ambito delle Federazioni Sovrazionali, distinguendo l'area Torino Sud Est (FS1) da Torino Nord (FS2) e Torino Ovest (FS3); nel 2013 nel contesto delle Aree Interaziendali di Coordinamento l'area del torinese è stata suddivisa tra AIC1 e AIC2, non inserendo in alcuna area di coordinamento l'Azienda Ospedaliero Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino.

4.2 Prossime trasformazioni

Recentemente la DGR n. 1-600 del 19/11/2014 - nella rimodulazione della rete ospedaliera emergenza urgenza - ha organizzato un'articolazione dei livelli delle strutture coinvolte in sei aree, riprendendo la suddivisione considerata per le Aree Interaziendali di Coordinamento su tutto il territorio al di fuori del torinese, che è stato ripartito invece in tre distinte zone – Torino Nord, Sud-Est ed Ovest – anziché secondo le due Aree Interaziendali di Coordinamento.

Un discorso specifico va fatto per le Aziende di riferimento regionale per prestazioni di rilevante specializzazione. Inizialmente queste erano a sé (ad esempio nei Quadranti) oppure organizzate a parte (come nel caso della sovrazona di Torino, nel contesto delle Aree di Coordinamento Sovrazonale). Tale distinzione è stata ripresa in seguito con le Aree Interaziendali di Coordinamento, in cui l'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino non costituisce un'area interaziendale.

4.3 Funzioni ed attività

4.3.1 Compiti delle sovrazione

Come indicato negli atti istitutivi, le funzioni spettanti alle diverse forme di aggregazione sovrazionale erano principalmente relative a servizi amministrativi, logistici, tecnico-economici e di supporto. Nello specifico l'attività era rivolta all'approvvigionamento di beni e servizi, alla gestione dei magazzini, alla logistica, alla gestione delle reti informative ed all'organizzazione dei centri di prenotazione. In alcuni casi erano anche previste funzioni sanitarie da espletarsi a livello di area, sulla base di analisi epidemiologiche che evidenziavano situazioni a forte valenza territoriale. Un dettaglio maggiore era stato delineato nel caso delle Federazioni Sovrazionali, dove si indicava, inoltre, la gestione del patrimonio immobiliare (per ottimizzarne manutenzione, appalti ed alienazioni), la programmazione degli investimenti e valutazione delle tecnologie sanitarie, la gestione del patrimonio tecnologico (HTA e HTM, per ottimizzarne manutenzione, acquisizione, riallocazione e dismissione). La gestione delle attività informatiche e tecnologiche è stata introdotta di recente (FS e AIC), anche sull'onda della sempre maggiore informatizzazione dei sistemi e delle necessità di governo.

In linea generale, tuttavia, le varie forme di governo sovrazionale hanno svolto principalmente la loro funzione nella centralizzazione degli acquisti. Nel caso specifico della gestione del patrimonio immobiliare si è provveduto nel 2009 e nel 2010 allo svolgimento delle prime gare per l'approvvigionamento energetico (fornitura di energia elettrica e gas naturale) a livello regionale, aggiudicate attraverso SCR⁶. Con l'intento di perseguire nel corso del 2016 gli obiettivi programmatici in tema di efficientamento e razionalizzazione delle risorse energetiche - di cui all'intervento 9.8 dei Programmi Operativi 2013-2015 - di recente si sta dando avvio ad una fase sperimentale per l'affidamento della gestione del servizio energia nei patrimoni immobiliari sanitari e socio-sanitari⁷. Si intende, infatti, ricorrere allo strumento finanziario del contratto di rendimento energetico, applicando il capitolato tipo d'appalto proposto dalla regione Piemonte e procedendo all'espletamento di gare aggregate per aziende mediante SCR (Leli, 2010). Inoltre nel caso della programmazione delle tecnologie biomediche dal 2013⁸ è stata regolamentato il processo generale che, coinvolgendo vari attori del sistema, quali le ASR e le specifiche commissioni costituite da referenti interaziendali (appartenenti alle AIC) e regionali, è volto ad ottenere attraverso una valutazione multidisciplinare l'autorizzazione all'acquisizione delle tecnologie che rappresentano il fabbisogno della regione Piemonte per il periodo di riferimento. Nell'ambito della procedura di programmazione è prevista un'analisi complessiva ed un'eventuale aggregazione delle richieste di tecnologie biomediche contenute nei Piani Locali delle Tecnologie Biomediche (PLTB) delle ASL facenti parte della stessa AIC "nell'ottica dell'ottimizzazione, razionalizzazione ed integrazione delle risorse disponibili, avendo come riferimento le prospettive di evoluzione tecnologica, il mantenimento del livello di efficienza e sicurezza del parco tecnologico e la coerenza di programmazione sanitaria a livello interaziendale".

4.3.2 Risvolto nell'organizzazione degli uffici regionali

Così come vi è stata un'evoluzione delle forme di aggregazione sovra aziendale, anche a livello regionale si sono dovute fare delle trasformazioni dell'organizzazione degli uffici per far fronte alla governance aziendale. Infatti, non a caso, parallelamente al modello forte delle Federazioni, la Direzione Sanità nel

⁶ DGR n. 53-9816 del 13/10/2008, Fornitura di beni e servizi e DGR n. 92-13745 del 31/03/2010, Affidamento alla Società di Committenza Regionale s.p.a. dell'incarico per l'individuazione di fornitori per l'approvvigionamento energetico e di gas naturale a favore di soggetti destinatari previsti dalla l.r. n. 19 del 06/08/2007 art.3.

⁷ DGR n. 3-5449 del 04/03/2013, Approvazione di schemi capitolato tipo d'appalto per l'implementazione di contratti di rendimento energetico, di cui all'art. 13 del D. lgs. 115/2008, per l'affidamento della gestione del servizio energia nei patrimoni immobiliari sanitari e socio-sanitari degli Enti Locali, nonché del servizio di gestione della Pubblica Illuminazione.

⁸ DGR n. 36-6480 del 07/10/2013, Istituzione di un Piano Regionale delle Tecnologie Biomediche (PRTB) e costituzione di una Commissione Governo delle Tecnologie Biomediche (GTB) per la valutazione e l'approvazione delle richieste di apparecchiature ed attrezzature delle ASR. DD n. 299 del 11/04/2014, Approvazione del regolamento per la redazione del Piano Regionale delle Tecnologie Biomediche (PRTB).

giugno del 2012 istituì il settore denominato Coordinamento acquisti⁹, con il compito di svolgere le attività in materia di: coordinamento delle gare centralizzate di acquisto, analisi del patrimonio tecnologico e valutazione delle tecnologie sanitarie, gestione delle codificazioni e standardizzazioni, orientamento e monitoraggio procedure di acquisto e attività economiche delle ASR, elaborazione e gestione dei piani di attuazione del sistema regionale integrato di sanità elettronica, logistica e coordinamento dei flussi logistici delle ASR, attuazione degli indirizzi statali nelle materie di competenza del settore e adempimenti specifici previsti nei rapporti tra Stato e Regioni, attività ispettiva e di audit nel proprio ambito di competenze.

Nel 2015, con la stabilizzazione del modello delle AIC, l'attività del settore Coordinamento acquisti viene ridimensionata facendola confluire in un nuovo settore più ampio che si occupa anche di altre tematiche denominato Logistica, Edilizia e Sistemi Informativi¹⁰, a cui compete il coordinamento delle gare centralizzate e il monitoraggio delle attività economiche delle Aziende Sanitarie regionali e di logistica sanitaria, nonché di raccordo e coordinamento con le strutture del Servizio Sanitario regionale che svolgono funzioni sovra aziendali o regionali in materia.

4.4 Principi e forme

Nell'ottica di una riflessione generale sull'istituzione delle sovrazioni e sulla loro efficacia, un ruolo più forte è stato decisamente quello delle aggregazioni collegate ad un piano socio-sanitario regionale, quali i Quadranti, le Federazioni Sovrazionali e le Aree Interaziendali di Coordinamento. Delle altre forme si può dedurre che siano state più spontanee che obbligatorie, in genere perché collegate alla specifica funzione degli acquisti ed all'esigenza di condurre economie di scala.

Gli obiettivi principali delle forme di aggregazione sovraziendale riguardano la cooperazione ed il coordinamento interaziendale, l'organizzazione delle risposte sanitarie su una più vasta scala - attraverso l'integrazione dei servizi sanitari - e la costruzione delle reti assistenziali; tali fini sono perseguiti secondo principi di efficacia sanitaria ed efficienza organizzativa, nonché di economicità e razionalizzazione delle risorse.

Nella maggior parte dei casi non è prevista una forma giuridica; alle aggregazioni sovrazionali vi aderiscono le Aziende Sanitarie regionali corrispondenti. Nel caso delle Federazioni Sovrazionali, invece, furono definite delle società consortili, a cui vi aderirono tutte le Aziende dell'area sovrazionale di riferimento. Vi era anche una specifica organizzazione degli organi costituenti, quali l'assemblea dei soci, l'amministratore ed il collegio sindacale. Il personale amministrativo era a carico delle Aziende afferenti.

Solamente a livello di Quadrante e Federazione Sovrazionale era prevista un'esplicita attività di monitoraggio. Nel primo caso avveniva trimestralmente, al fine di valutare e verificare gli scostamenti aziendali ed aggregati rispetto alla previsione del piano di attività annuale. Nel secondo, invece, era previsto un monitoraggio annuale specifico delle attività intraprese e dei risultati ottenuti, la cui supervisione spettava alla Giunta regionale ed alla commissione consiliare competente.

4.5 Esperienze in altre regioni: il caso della Toscana

Anche altre regioni italiane hanno avviato processi di aggregazione sovra aziendale, prima tra tutti la Toscana. Infatti, il Piano Sanitario Regionale 2002-2004 (DCR n. 60 del 09/04/2002), ai paragrafi 2.5 e seguenti, dava indicazioni alla Giunta regionale di proporre un processo di riorganizzazione secondo gli indirizzi di sperimentazione contenuti nello stesso PSR 2002-2004 delle funzioni delle aziende sanitarie non direttamente connesse all'erogazione delle prestazioni sanitarie a livello sovra aziendale, anche sulla base delle analisi e degli studi effettuati (Dominijanni, 2008).

⁹ DGR n. 31-4009 dell'11/06/2012, Art. 5 della legge regionale 28 luglio 2008, n. 23 "Disciplina dell'organizzazione degli uffici regionali e disposizioni concernenti la dirigenza ed il personale". Modificazione all'allegato A) del provvedimento organizzativo approvato con D.G.R. n. 10-9336 del 1 agosto 2008.

¹⁰ DGR n. 11-1409 dell'11/05/2015, Art. 5 della legge regionale 28 luglio 2008, n. 23 "Disciplina dell'organizzazione degli uffici regionali e disposizioni concernenti la dirigenza ed il personale" e s.m.i. Modificazione all'allegato 1 del provvedimento organizzativo approvato con D.G.R. n. 20-318 del 15 settembre 2014.

In attuazione al PSR, con la DCR n. 144 del 25/09/2002, il Consiglio Regionale Toscana prevedeva la costituzione, entro il 30 settembre 2002, dei Consorzi d'Area Vasta (Centro, Nord Ovest e Sud Est) come il livello più idoneo per l'ottimizzazione delle funzioni tecnico-amministrative di supporto delle aziende sanitarie e con l'obiettivo di abbattere i costi gestionali migliorando l'efficienza dei servizi, fissando, tra l'altro che i predetti Enti:

- abbiano per scopo la gestione associata delle funzioni d'approvvigionamento delle aziende consorziate e che, anche in tempi differenziati, altre funzioni di supporto tecnico amministrativo, tra le quali la gestione della logistica-magazzini, venissero gradualmente a loro attribuite mediante atti convenzionali;
- debbano avvalersi, per l'espletamento delle loro attività, del personale funzionalmente assegnato dalle aziende sanitarie consorziate, nel rispetto della normativa vigente e secondo gli istituti previsti dal contratto collettivo di lavoro del servizio sanitario.

La DCR n.144/2002 individuò una serie di funzioni trasferibili ma, in considerazione del contenuto fortemente sperimentale dell'iniziativa, stabilì di iniziare con la sola "funzione acquisti" a decorrere dal 1 gennaio 2003, che costituì il campo di prova dei Consorzi.

Dopo un periodo di circa due anni di sperimentazione d'attività da parte dei Consorzi che portava a consistenti risparmi di gestione e sviluppo di nuove sinergie, il Consiglio Regionale con LR n. 40 del 24/02/2005 (Disciplina del servizio sanitario regionale), attuava il potenziamento del ruolo dei Consorzi trasformandoli in Enti per i Servizi Tecnico Amministrativi di Area Vasta (ESTAV). Tale trasformazione si è resa necessaria per dare una soluzione stabile al problema della gestione del personale e per opportunità di natura fiscale.

Con il PSR 2005-2007, la Regione Toscana, individua nell'area vasta interaziendale il livello appropriato di programmazione dell'attività e di regolazione degli scambi economici tra le aziende del Servizio Sanitario Regionale. L'area vasta costituisce pertanto il luogo delle intese e degli accordi su singoli settori d'attività, nonché d'adattamento e consolidamento degli atti programmatici.

In applicazione delle disposizioni regionali e del PSR, l'ESTAV è impegnato all'attivazione del bilancio consolidato d'area vasta, ai fini della valutazione economica integrata dei risultati ottenuti e dell'impiego delle risorse.

Il livello d'Area Vasta, in base alle direttive regionali, sarà il livello di riferimento per l'introduzione d'innovative modalità di gestione e d'organizzazione delle funzioni tecnico – amministrative.

Le aziende sanitarie per l'esercizio delle funzioni tecniche, amministrative e di supporto si avvalgono degli Enti per i servizi tecnico-amministrativi d'area vasta (ESTAV). Essi si suddividono in Estav Centro (Aziende USL Firenze, Prato, Pistoia, Empoli; Aziende Ospedaliero-Universitarie Careggi e Meyer di Firenze), Estav Nord Ovest (Aziende USL Lucca, Massa e Carrara, Versilia, Pisa, Livorno; Azienda Ospedaliero-Universitaria di Pisa) ed Estav Sud Est (Aziende USL Siena, Arezzo e Grosseto; Azienda Ospedaliero-Universitaria di Siena).

Gli ESTAV sono enti del servizio sanitario regionale, dotati di personalità giuridica pubblica e d'autonomia amministrativa, organizzativa, contabile, gestionale e tecnica.

Le funzioni sono quelle non direttamente riconducibili alle prestazioni sanitarie e in particolare sono competenti in materia di approvvigionamento di beni e servizi, gestione dei magazzini e della logistica, gestione delle reti informative e delle tecnologie informatiche, con particolare riguardo alla integrazione ed alla organizzazione del Centro unificato di prenotazione (CUP), gestione del patrimonio per le funzioni ottimizzabili in materia di manutenzione, appalti e alienazioni, organizzazione e gestione delle attività di formazione continua del personale, gestione delle procedure concorsuali per il reclutamento del personale e gestione delle procedure per il pagamento delle competenze del personale.

5. Conclusioni

Lo studio proposto nel presente contributo ha, probabilmente per la prima volta, messo a confronto le diverse realtà di aggregazione sovrazonale che si sono susseguite nella Regione Piemonte nel corso degli ultimi vent'anni.

A valle di tale analisi si può affermare che la presenza di un'organizzazione a livello sovrazonale rappresenta certamente un'occasione di collaborazione e di relazione tra le Aziende Sanitarie, ma allo stesso tempo - al fine di ottimizzare lo sforzo delle parti, operare al meglio ed ottenere maggiori risultati - dovrebbe disporre di almeno una serie di condizioni, quali la consistenza, la continuità ed il monitoraggio dei risultati.

La prima riguarda il ruolo che questo livello deve avere nella rete sanitaria piemontese. L'organizzazione in rete appare, infatti, una soluzione efficace in molti ambiti, motivata da molteplici evidenze empiriche, se e solo se c'è solidità negli elementi che ne fanno parte e se sussiste robustezza nelle connessioni tra gli stessi. Nel contesto sanitario la massima efficacia nella tutela della salute dei cittadini può essere garantita soltanto se i singoli nodi che costituiscono la rete si sentono parte del sistema, operando nel miglior modo possibile ed in stretta relazione con le entità di riferimento.

Nel secondo caso si mette in evidenza la necessità di una visione a medio - lungo termine del programmatore regionale, nonché una continuità politica e di pensiero che sappia individuare le giuste linee di azione o comunque valorizzare quanto già esistente nei momenti di avvicinamento, limitando al minimo le ripercussioni e gli sprechi che ci possono essere nel momento in cui si decide di cambiare la rotta.

Un riscontro continuo dell'avanzamento dell'attività e del raggiungimento dei risultati, nonché una valutazione di efficacia degli stessi, permette, infine, di controllare il processo, averne il pieno governo e gestire le varie parti che intervengono nel sistema complessivo.

6. Riconoscimenti

Si ringraziano: dott.ssa Rita Benedetta Venezia (Direttore amministrativo presso ASL TO2), Giuseppe Rivetti, arch. Lorenzo Giordano (Nucleo Edilizia sanitaria IRES).

7. Bibliografia

- Capolongo S. (2006), *Edilizia Ospedaliera: approcci metodologici e progettuali*. Milano: Hoepli.
- D'Ambrosio A. (2002), I Quadranti e le azioni in Sanità. Intervento dell'Assessore nel Consiglio Regionale del 24 settembre, *Informa Sanità - Regione Piemonte*, 37: 1,3.
- Dominijanni M., Nante N.(2008), Estav: un modello di efficienza in sanità, *paper aiesweb*.
- Leli A. (2010), L'approvvigionamento dei vettori energetici su scala regionale, Contributo presentato al convegno *Energia per la Sanità*, tenutosi in Torino, Italia: dicembre.
- Lombardo M., Rafele C., Iaropoli S., Perino I., Sgherzi E. (2010), Regione Piemonte. In: Castellani V. (eds.) *Innovazione gestionale in sanità. Riorganizzazione dei processi tecnico-amministrativi in materia di acquisti e logistica. Esperienze a confronto*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore. 281-299.

ABSTRACT

As a starting point of a larger contribution on the organizational and territorial planning of the Piedmont regional health governance network, this paper aims to analyze the upper level of the territorial aggregation. Analysis on organizational aspects, on associated functions and on consequences of this territorial aggregation have been provided in this study by considering both current configuration and its evolution during a given time period.

From the late Nineties to today, the local health authorities and hospitals trusts have been involved in different forms of clusters named as “quadranti”, “aree funzionali sovrazionali”, “aree di coordinamento sovrazonale”, “federazioni sovrazionali” and “aree interaziendali di coordinamento”. The intention of this upper level of organization of the healthcare structures was to operate in a coordinated and coherent way for achieving the objectives of regional planning. The target of this manner to "make system" should be implemented not only for the integration of services and for the definition of healthcare networks, but also for the development of healthcare activities in coherence with the overall efficiency and the cost rationalization.