

**ISOMORFISMO, TEORIE ORGANIZZATIVE
E SETTORE SANITARIO^{1*}**

Federica Morandi

Università Cattolica del Sacro Cuore
Facoltà di Economia
Sede di Roma
federica.morandi@rm.unicatt.it
+39.06.30154090

Daniele Mascia

Università Cattolica del Sacro Cuore
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Istituto di Igiene
dmascia@rm.unicatt.it
+39.06.30156100

Americo Cicchetti

Università Cattolica del Sacro Cuore
Facoltà di Economia
Dipartimento SEGESTA
acicchetti@rm.unicatt.it
+39.06.30156097

¹ Pur essendo frutto di un lavoro comune, i paragrafi 2.1, 2.2, 4.1. e 5 sono da attribuire a Federica Morandi, i paragrafi 3, 4.2, 4.3 a Daniele Mascia. I paragrafi 1 e 6 sono da attribuire al lavoro comune di Federica Morandi, Daniele Mascia e Americo Cicchetti.

* Paper preparato per il 10° WOA “Per lo Sviluppo, la Competitività e l’Innovazione del Sistema Economico: Il Contributo degli Studi di Organizzazione Aziendale”, Cagliari 29-30 aprile 2009. TRACK 1: L’insostenibile leggerezza del contesto: le istituzioni, le mode e i conflitti che condizionano il comportamento delle organizzazioni in Italia.

ISOMORFISMO, TEORIE ORGANIZZATIVE E SETTORE SANITARIO

1. Introduzione

Quali fattori determinano la diffusione e l'adozione di nuove forme organizzative? Nell'ambito degli studi organizzativi, oramai da tempo impegnati nella comprensione delle determinanti alla base delle scelte di progettazione organizzativa, la letteratura ha individuato due grandi prospettive concorrenti (Tolbert e Zucker, 1983). Secondo una prima prospettiva l'organizzazione si configura come un attore razionale in grado di definire modelli organizzativi coerenti con le esigenze richieste dalle contingenze ambientali più o meno complesse e instabili (Thompson, 1967; Blau & Schoenherr, 1971). In base a tale approccio il processo di diffusione e innovazione delle architetture organizzative è basato sul bisogno di efficacia e di efficienza connesso al processo di adozione delle stesse. La seconda prospettiva, rappresentata da autori quali Meyer, Rowan, Zucker, afferma invece che l'organizzazione è "prigioniera" dell'ambiente in cui opera e che – come conseguenza – la scelta dei modelli organizzativi è dettata soltanto parzialmente dall'attore posto a guida dell'organizzazione; al contrario, l'adozione di specifici modelli è legata alle imposizioni che derivano dall'ambiente circostante. In particolare la scelta di forme organizzative è legata alle necessità che le organizzazioni hanno di ottenere legittimazione da parte dell'ambiente in cui operano.

Secondo la teoria istituzionale oltre che da pressioni di carattere tecnico o economico, che spingono le organizzazioni a produrre e scambiare i propri beni e servizi sul mercato secondo condizioni di efficienza ed efficacia, la sopravvivenza delle organizzazioni è legata soprattutto alla ricerca di legittimità all'interno del contesto sociale in cui operano (Selznick, 1957; Scott, 1992). L'ambiente istituzionale si configura in particolare come «l'insieme delle credenze culturali-cognitive, del quadro normativo e dei

sistemi di regolazione che conferiscono significato e stabilità ad un settore» (Scott et al., 2000). La necessità di adattamento ad ambienti che si organizzano attorno a domande sociali, culturali, politiche e legali pressanti e consistenti (attraverso strutture e agenzie per la regolazione, leggi e tribunali, gruppi di interesse, la mobilitazione dell'opinione pubblica etc.) richiede da parte delle organizzazioni l'adozione di strutture che assumono spesso carattere cerimoniale (Di Maggio e Powell, 1983). L'istituzionalizzazione, sulla spinta di pressioni istituzionali, di pratiche e strutture all'interno di un settore, dunque, più che rispondere ad un'effettiva esigenza "tecnica" consente di ottenere legittimazione da parte degli stakeholder (Zucker, 1987). Come conseguenza il successo delle organizzazioni non dipende soltanto dalle proprie abilità nell'adottare nuove strutture e processi, ma anche dalle capacità di trasmettere la missione e le priorità organizzative ai principali portatori di interesse.

Le pressioni ambientali e il contesto istituzionale incidono dunque fortemente sulla forma e sui comportamenti e risultati delle organizzazioni. La struttura delle organizzazioni è determinata non soltanto da strategie e obiettivi fissati dal management ma anche dal progressivo assorbimento di regole che provengono da attori istituzionalmente preposti alla programmazione e al controllo esterno di particolari attività produttive (Powell e Di Maggio, 1991; Scott e Meyer, 1983). La sopravvivenza delle organizzazioni è legata alle condizioni "tecniche" che consentono di operare con efficacia ed efficienza, ma soprattutto al grado di conformità strutturali alle aspettative esterne (Fiss, Zajac, 2006; Smirich, 1983; Meyer e Rowan, 1977; Oliver, 1991).

Il presente studio analizza come le pressioni istituzionali condizionano la scelta di forme e modelli organizzativi all'interno del settore sanitario, considerando in particolare il processo di diffusione del modello organizzativo dipartimentale nel Servizio sanitario nazionale (Ssn). Studiare sul piano empirico l'impatto delle pressioni istituzionali sui processi di cambiamento dei modelli organizzativi in questo settore è particolarmente utile poiché comportamenti e risultati delle organizzazioni sanitarie appaiono governati da regole sia tecniche che istituzionali (Scott e Meyer, 1991; Scott et al., 2000).

L'articolo è strutturato come segue. La prima parte del lavoro è dedicata alla presentazione del background teorico sul tema del neoistituzionalismo e sulle caratteristiche del settore sanitario. La sezione successiva è dedicata alla descrizione del modello organizzativo dipartimentale e del processo di

diffusione dei dipartimenti all'interno del contesto sanitario del nostro Paese. Il terzo paragrafo è dedicato allo sviluppo delle ipotesi di ricerca, mentre il quarto illustra la metodologia di lavoro, i dati utilizzati nell'analisi, le variabili ed il modello econometrico. L'analisi dei risultati viene presentata e discussa nel quinto paragrafo. Un ultimo paragrafo conclude il lavoro presentando limiti e implicazioni dello studio.

2. Background

2.1 Teoria istituzionale e settore sanitario

La domanda di ricerca della letteratura organizzativa riconducibile al filone neo-istituzionalista riguarda la motivazione alla base della sostanziale e progressiva somiglianza tra le organizzazioni. Già a partire dagli anni '80, Di Maggio e Powell (1983) sostenevano come le organizzazioni tendessero a divenire sempre più omogenee, con dei cambiamenti di carattere strutturale legati, più che al bisogno di efficienza o sotto la spinta della competizione, alla necessità di rispondere ad aspettative istituzionali. Richard Scott definisce con il termine *istituzionalizzazione* il «processo attraverso cui le azioni vengono ripetute e acquistano un significato condiviso sia da chi le compie sia dagli altri» (Scott, 1994). Le istituzioni rappresentano, dunque, degli insiemi di azioni ripetute e delle concezioni ampiamente condivise della realtà.

Il concetto che meglio cattura l'idea di come le istituzioni esercitano una pressione verso la conformità – o anche omogeneità, uniformità – strutturali tra le organizzazioni è stato definito dalla letteratura isomorfismo (Powell e Di Maggio, 1983; 1991). A livello organizzativo questo termine suggerisce che le caratteristiche organizzative si modificano con la finalità di adattarsi nel migliore dei modi all'ambiente circostante (Hawley, 1968). Hannan e Freeman (1977), facendo proprio questo concetto, pongono in luce come il processo di isomorfismo avviene ogni qual volta venga maturata la consapevolezza che alcune tipologie di forme organizzative sono destinate ad essere escluse dalla popolazione di riferimento, o quando il decisore, consapevole delle modalità organizzative migliori, le applica – replicandole – all'interno della propria organizzazione. Aldrich (1979) a tale proposito evidenzia come “la miglior cosa che le organizzazioni possono fare è tenere in considerazione ciò che fanno le altre”. Ciò è strumentale per comprende-

re come le organizzazioni competono non solo per le risorse e i clienti, ma soprattutto per il potere politico e la legittimazione, sia sociale che economica.

La letteratura ha individuato tre tipi di pressioni istituzionali alla base dei cambiamenti imputabili all'isomorfismo (Di Maggio e Powell, 1983). È possibile identificare un isomorfismo di tipo coercitivo; un isomorfismo mimetico e infine un isomorfismo normativo. Alla luce delle considerazioni che verranno esposte più avanti, appare opportuno richiamare brevemente alcune delle caratteristiche fondamentali rintracciabili in ciascuna delle tre pressioni (Di Maggio e Powell, 1983). L'isomorfismo coercitivo si concretizza nell'influsso formale o informale che determinate organizzazioni, forti della loro posizione di vantaggio, esercitano su altre organizzazioni che operano nel settore, o dalle aspettative culturali emergenti dall'ambiente in cui l'organizzazione lavora. Tali pressioni possono essere esercitate, ad esempio, sotto forma di leggi, atti di persuasione o inviti. Diversamente le forze mimetiche assumono particolare rilievo nel tentativo di fronteggiare l'incertezza che spesso colpisce le organizzazioni. Quando gli obiettivi sono ambigui e l'ambiente circostante è molto incerto, le imprese cercano di modellarsi seguendo l'esempio fornito da altre organizzazioni, percepite come più legittimate o alle quali vengono riconosciute esperienze di maggior successo. Inoltre dal punto di vista dell'impegno economico, a confronto con l'incertezza, le organizzazioni cercano di ridurre i costi associati alla ricerca e innovazione organizzativa imitando le azioni di altre organizzazioni (Haveman, 1993). Infine l'isomorfismo normativo si fonda sul professionalismo inteso come la "battaglia" condotta dai membri di una determinata categoria lavorativa nella definizione delle condizioni e dei metodi del proprio lavoro. Tale attività è finalizzata, in ultima istanza, alla creazione di legittimazione nei confronti della autonomia lavorativa. Le università e le istituzioni di formazione professionale in generale sono i centri più importanti deputati alla creazione della consapevolezza professionale tra manager ed i loro collaboratori. La cultura comune che accomuna i professionisti porta i manager e il loro staff ad avere la medesima percezione dei problemi, individuando soluzioni simili e prendendo decisioni omogenee. In virtù di tale influsso, le organizzazioni in cui essi lavorano tenderanno progressivamente ad assomigliarsi.

Le organizzazioni sanitarie appaiono particolarmente sensibili al concetto di uniformità dei comportamenti. Ciò dipende, in linea generale, dalla

ricerca di legittimazione da parte dell'ambiente esterno, che rappresenta una delle principali cause associate alla natalità o mortalità delle stesse nel settore (Scott et al., 2000; Ruef e Scott, 1998). Il particolare "campo" delle organizzazioni sanitarie è considerato di tipo complesso, dove sono presenti normalmente due diverse dimensioni: tecnica e istituzionale. Le organizzazioni che operano in contesti dove dominano aspetti istituzionali, tenderanno ad assumere un comportamento tale da soddisfare le regole e i requisiti per ricevere supporto, o meglio legittimazione dall'ambiente stesso e dai suoi attori. La legittimazione in questo settore risulta analizzabile sotto una triplice prospettiva: nei confronti dei clienti/pazienti, dei professionisti impiegati nei processi di assistenza e cura, ed infine nei confronti delle organizzazioni istituzionali (lo Stato, le Regioni, etc.). Il settore sanitario è fortemente istituzionalizzato poiché comportamenti e risultati delle organizzazioni appaiono molto spesso influenzati dalla necessità di rispondere a prescrizioni finalizzate all'ottenimento di sostegno e legittimazione da parte del contesto ambientale. Ruef e Scott (1998) hanno evidenziato come l'aspetto del consenso sia particolarmente critico per la sopravvivenza delle organizzazioni del settore sanitario statunitense, dimostrando che il tasso di sopravvivenza degli ospedali è associato positivamente all'ottenimento dell'accreditamento da parte di prestigiosi enti quali la Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations o l'American Medical Association.

Queste considerazioni possono essere estese anche al sistema sanitario italiano, dove pressioni di carattere tecnico e pressioni istituzionali hanno un impatto rilevante sulle principali scelte di progettazione organizzativa di aziende sanitarie e ospedaliere che erogano servizi sanitari ai cittadini (Cicchetti, 2004). La letteratura è concorde nel ritenere la progettazione del modello dipartimentale come una delle scelte organizzative più rilevanti condotte nel nostro Ssn dalla sua istituzione.

2.2. Il modello dipartimentale

Il dipartimento rappresenta un complesso integrato di unità operative (Uu.Oo) o moduli funzionali tra loro interdipendenti che, per omogeneità, affinità o complementarietà perseguono fini comuni in termini assistenziali, pur mantenendo ciascuno una propria autonomia e una propria responsabi-

lità clinico-professionale all'interno di un modello organizzativo e gestionale uniforme.

Il modello organizzativo dipartimentale si diffonde a partire dagli anni '60 nei grandi ospedali di insegnamento americani quale soluzione organizzativa in risposta alla complessità derivante dalla crescente frammentazione delle competenze e al conseguente bisogno di integrazione organizzativa necessaria per assicurare la presa in carico del paziente e la gestione dei processi di cura. Dalle esperienze pionieristiche del Johns Hopkins Hospital di Baltimora (Usa), il modello si diffonde negli Stati Uniti e ben presto nel Regno Unito grazie alle indicazioni provenienti dal *Cogwheel Report* che afferma la necessità di “federare tra loro unità primarie aventi comuni interessi scientifici ed assistenziali” in “divisions” (i dipartimenti) con l'obiettivo di condividere risorse, spazi, posti letto e tecnologie, favorendo la convergenza di competenze mediche e non mediche altamente specializzate.

I vantaggi legati all'implementazione del modello dipartimentale vengono recepiti anche dal Legislatore italiano. Nel corso degli anni '90, numerosi interventi normativi promuovono l'introduzione e la diffusione del modello divisionale. Tra questi il D.lgs 502/92, introduce il modello dipartimentale per specifiche tipologie di attività assistenziali all'interno delle nuove aziende ospedaliere, ed il D.lgs 229/99 che per la prima volta individua il dipartimento come modello organizzativo istituzionale per le strutture del Ssn, descrivendo inoltre in maniera esplicita il ruolo del Direttore del dipartimento e le funzioni del Comitato di dipartimento come organi dipartimentali. Infine, numerose Leggi Finanziarie emanate nel periodo compreso tra il 1992 e il 1999 individuano nel dipartimento un efficace strumento organizzativo per il contenimento dei costi nelle aziende sanitarie. Lo sviluppo e la diffusione del modello dipartimentale nelle aziende sanitarie italiane è stata favorita inoltre dalle più recenti normative regionali che riconoscono il dipartimento ospedaliero come modello organizzativo idoneo allo sviluppo della qualità dell'assistenza e del governo clinico.

All'implementazione del dipartimento la letteratura riconduce il raggiungimento di una serie di obiettivi che vanno dal miglior coordinamento organizzativo delle differenti attività che si realizzano all'interno di una organizzazione sanitaria, alla promozione della qualità dell'assistenza anche attraverso l'utilizzo di strumenti preposti alla condivisione delle competenze; al perseguimento di obiettivi squisitamente economici legati all'utilizzo

condiviso di risorse umane e tecnologiche (Cicchetti, 2004; Braithwaite, 2006b). Infine al dipartimento viene riconosciuto il merito di favorire la realizzazione di obiettivi di tipo strategico legati alla diffusione di conoscenze scientifiche e sviluppo di competenze organizzative (per maggiori approfondimenti sulla letteratura in tema di modello dipartimentale si veda il box 1). Tutto ciò avviene principalmente attraverso un accorpamento di unità organizzative preesistenti ma di piccola dimensione (le Uu.Oo., o più semplicemente “reparti”) in unità di tipo divisionale (i dipartimenti) di maggiori dimensioni e dotate di una più ampia autonomia strategica e gestionale.

Se da una parte il modello dipartimentale consente di raggiungere in maniera contestuale gli obiettivi appena esposti, dall'altra tale molteplicità si traduce in una sostanziale ambiguità del modello. Il primo fattore di ambiguità è legato alla possibilità concessa alle Regioni di regolamentare l'organizzazione dei dipartimenti nelle strutture afferenti al proprio territorio, oltre che la facoltà da parte delle aziende stesse, attraverso lo strumento dell'Atto Aziendale (D.lgs 229/99) di disciplinare i propri assetti organizzativi.

Sebbene improntato ai principi di universalità, globalità dell'intervento ed equità nelle prestazioni per tutta la cittadinanza, nel corso degli anni '90 il Ssn subisce delle modifiche importanti che hanno progressivamente favorito la devoluzione, ovvero lo spostamento delle responsabilità per l'amministrazione delle risorse e per le scelte di politica sanitaria a livelli più vicini alla cittadinanza, vale a dire le Regioni. Rimandiamo alla consultazione dell'Allegato 1 per un maggiore dettaglio sulle normative regionali in tema di dipartimenti.

Altro fattore di ambiguità del modello organizzativo dipartimentale è senza dubbio legato alle molteplici funzioni ricoperte dal dipartimento, riconducibili al raggiungimento dell'efficienza e dell'efficacia delle prestazioni sanitarie attraverso la gestione coordinata di tutte le risorse attribuibili allo stesso, e all'economicità dell'azione amministrativa (Anessi Pessina et al., 2003). Gli stessi autori affermano come tale ambiguità si riflette nelle decisioni di accorpamento delle unità operative nei dipartimenti, ritenendo che esistano alcuni criteri di accorpamento più coerenti di altri rispetto alle funzioni e agli obiettivi del dipartimento stesso.

Anche se le soluzioni organizzative adottate per l'accorpamento delle unità operative in dipartimenti sono molteplici², i differenti criteri di accorpamento consentono di perseguire essenzialmente obiettivi riconducibili all'efficacia o, alternativamente, all'efficienza. La letteratura individua due macro-categorie dipartimentali capaci di perseguire alternativamente l'obiettivo dell'efficienza o quello dell'efficacia (Anessi Pessina et al., 2003). In particolare, la prima tipologia di obiettivo risulta maggiormente coerente rispetto al criterio di accorpamento delle unità operative per Area Specialistica (*focus sull'efficienza*). L'obiettivo dell'efficacia del processo di cura è al contrario coerente con modelli dipartimentali che prevedono l'accorpamento delle unità operative per organo/apparato o che interessano particolari settori nosologici (*focus sull'efficacia*). Efficacia ed efficienza, rappresentano obiettivi su cui professionisti, legislatore, e ambiente di riferimento in genere hanno posto attenzione nelle tre diverse fasi storiche che hanno caratterizzato l'evoluzione del Ssn. Su queste fasi si basano le ipotesi di ricerca che saranno sviluppate nel paragrafo successivo.

3. Sviluppo delle ipotesi di ricerca

La consapevolezza circa l'estrema pressione che il contesto istituzionale esercita sulla forma, i comportamenti e i risultati delle organizzazioni, e

² Cicchetti (2004), in accordo con la letteratura e con le Linee Guida regionali, individua cinque meta-criteri di accorpamento. Il criterio di accorpamento per *Area Nosologica* (o criterio *Nosografico*) (Modello 1) risponde agli obiettivi di coordinamento organizzativo e clinico. Dalla congiunzione di competenze e risorse deriva la soddisfazione in maniera continua e trasversale dei bisogni del paziente, considerato al centro del sistema di cure. L'accorpamento per *Area Specialistica* (Modello 2) nasce dall'esigenza di concentrare tutte le conoscenze scientifiche nella medesima area di specializzazione; l'adozione di questa soluzione organizzativa, sebbene garantisca una elevata specializzazione delle competenze, rischia di ricreare i medesimi problemi di integrazione ante- dipartimentale, perdendo contestualmente la logica processuale propria del dipartimento. Il criterio di accorpamento *per Organo o Apparato* (Modello 3) è assimilabile al criterio nosologico in virtù del carattere processuale attorno al paziente e contemporaneamente all'accorpamento specialistico per la specializzazione delle conoscenze. Il paziente dovrebbe trovare in esso tutte le competenze professionali necessarie per risolvere il proprio problema di salute. La soluzione di accorpamento basata sul criterio dell'*Intensità di Cure* (Modello 4) accoglie tutte le competenze che intervengono nelle fasi critiche del percorso salute-malattia-salute di un paziente; ne sono esempi il Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) o il Dipartimento di Riabilitazione. L'ultima soluzione di accorpamento delle unità operative all'interno del dipartimento è riconducibile al criterio per *Classi di Età* (Modello 5) come il dipartimento materno-infantile o il dipartimento geriatrico.

come nello specifico questo tipo di fenomeno sia frequentemente osservabile in ambito sanitario, considerato un ambiente complesso, fortemente istituzionalizzato, ove operano organizzazioni particolarmente interessate all'ottenimento di legittimazione come veicolo di sopravvivenza, ci ha condotto alla formulazione di tre ipotesi di ricerca.

In particolare, in riferimento al nostro contesto sanitario nazionale, la storia del Ssn è stata suddivisa in tre fondamentali periodi storici all'interno dei quali si è cercato di individuare la presenza prevalente, e non esclusiva, di spinte mimetiche, coercitive e normative, che hanno inevitabilmente influenzato il comportamento delle organizzazioni del Ssn. Tali pressioni hanno, a nostro avviso, determinato delle scelte organizzative significative, finalizzate all'ottenimento di legittimazione da parte del contesto di riferimento. Lo strumento attraverso cui ciò è avvenuto è la decisione di adozione del modello organizzativo dipartimentale, nel tentativo di perseguire alternativamente obiettivi di efficacia o di efficienza.

HP 1. L'adozione di modelli dipartimentali che accorpano unità operative (Uu.Oo) in base al criterio di organo-apparato e nosografico aumenta in corrispondenza del periodo storico 1978-1991 (isomorfismo esercitato da consistenti pressioni mimetiche).

Il primo periodo storico del Ssn, va dal 1978 al 1991. La legge n. 833/1978 istituisce il Ssn come servizio pubblico, fondato sui principi di universalità, globalità degli interventi, e uguaglianza dei cittadini, secondo condizioni di equità e uniformità dei trattamenti, ispirandosi agli elementi caratterizzanti il NHS inglese, istituito nel 1948 (tra gli altri, Damiani e Ricciardi, 2005). Tuttavia il periodo è caratterizzato dalla carenza di prescrizioni legislative in tema di modelli organizzativi utili all'erogazione di cure nel rispetto dell'efficienza e dell'efficacia gestionale. In condizioni di incertezza, afferma Haveman (1993), le organizzazioni economizzano in costi di ricerca, imitando le azioni di altre organizzazioni. Lo stesso autore continua affermando che in condizioni di incertezza le organizzazioni sono portate ad imitare altre realtà organizzative percepite come di successo. Nel periodo in esame il modello dipartimentale viene adottato soprattutto presso ospedali accademici di grande prestigio, inglesi o statunitensi (Braithwaite, 2006B; Jacobs, 1994). Le esperienze concernenti l'adozione del modello dipartimentale maturate in questo lasso temporale nel nostro Paese rispecchiano il tentativo di manager e professionisti di fronteggiare l'incertezza

replicando esperienze internazionali considerate di successo (Lega, 2008). L'isomorfismo, vale a dire il conformismo e l'omogeneità strutturale, è generato da prevalenti pressioni di tipo mimetico (*focus sull'efficacia*).

HP 2. L'adozione di modelli dipartimentali che accorpano Uu.Oo in base al criterio delle aree specialistiche aumenta in corrispondenza del periodo storico 1992-1998 (isomorfismo esercitato da consistenti pressioni coercitive).

Il periodo storico in cui viene sviluppata la seconda ipotesi di ricerca va dal 1992 al 1998. La svolta è segnata dal passaggio da un sistema sanitario scarsamente sostenibile in virtù delle risorse destinabili, ad un sistema caratterizzato dalla massiccia presenza di principi di razionalità economica e di managerialismo. La cosiddetta seconda riforma della sanità rappresentata dai decreti legislativi 502/92 e 517/93 è volta a ridare efficienza complessiva al servizio sanitario favorendo il contenimento dei livelli di spesa (*focus sull'efficienza*). Il D.lgs 502/92, in particolare, sul piano organizzativo introduce l'obbligo di adozione del modello dipartimentale per alcune tipologie di ospedali attribuendogli così una valenza di carattere istituzionale (Lega, 2008). La diffusione nel settore del modello organizzativo dipartimentale più che essere legata al tentativo di contrastare l'incertezza mutuando esperienze di successo già adottate in altri ambienti nazionali, dipende dalla necessità di accogliere un obbligo normativo legato al processo di riforma in atto in quegli anni. Durante questo periodo è dunque possibile riconoscere un isomorfismo esercitato da pressioni coercitive prevalenti. Tali pressioni possono essere misurate dalla presenza di normative emanate nel periodo di riferimento (Dacin, 1997). Nel periodo 1992-1998, come abbiamo già affermato, il legislatore tenta di razionalizzare un sistema in forte deficit attraverso due decreti legislativi, il 502/92 e 517/93, che individuano nel dipartimento la modalità organizzativa di riferimento per quelle strutture sanitarie che vogliono proporre o confermare la costituzione in aziende. Massiccia in questo periodo è anche l'emanazione di leggi finanziarie che fanno riferimento alla costituzione del dipartimento all'interno delle organizzazioni del Ssn. La Legge finanziaria n.549 del 28 dicembre 1995, in particolare, affida al modello dipartimentale il ruolo di strumento organizzativo in grado di contrastare il distorto utilizzo di risorse sanitarie negli ospedali pubblici. Ciò complessivamente suggerisce che l'isomorfismo, va-

le a dire il conformismo e l'omogeneità strutturale, è generato da prevalenti pressioni di tipo coercitivo (*focus sull'efficienza*).

HP 3. L'adozione di modelli dipartimentali che accorpano Uu.Oo in base al criterio di organo-apparato e nosografico aumenta in corrispondenza del periodo storico 1999-2005 (isomorfismo esercitato da consistenti pressioni normativo-professionali).

La terza ipotesi di ricerca viene sviluppata nel periodo storico che va dal 1999 al 2005. L'inizio di tale fase coincide con l'introduzione della cosiddetta riforma *ter*, rappresentata dal D.lgs 229/99 finalizzato ad una razionalizzazione complessiva del Ssn. Tale intervento di riforma richiama soprattutto la necessità da parte delle strutture del Ssn di porre attenzione sulla qualità delle cure e dell'assistenza e sulla appropriatezza degli interventi. In modo particolare è soprattutto la spinta professionale che porta all'affermazione in questi anni del concetto di *clinical governance* intesa come prospettiva unificante per un governo della sanità imperniato sui concetti di qualità dell'assistenza attraverso l'adozione di strumenti e principi innovativi nel settore (es., linee-guida assistenziali, protocolli per l'assistenza) che trovano nel dipartimento il contesto ideale in cui essere implementati (Taroni e Grilli, 2004; Fontana, 2005). In questo periodo emerge e si diffonde soprattutto tra gli operatori la consapevolezza dell'adeguatezza del modello dipartimentale come risposta non soltanto ad esigenze di carattere manageriale ma anche di qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure (*focus sull'efficacia*). Come affermano Burns e Wholey (1993), la creazione di network tra organizzazioni o tra professionisti consente di promuovere la diffusione di informazioni scientifiche e tecniche. Sotto tale prospettiva, a nostro avviso, l'aumento dell' associazionismo medico relativo al periodo di riferimento, (Cicchetti et al., 2007) connesso alle indicazioni e all'incentivazione contenute negli Accordi collettivi nazionali del 2000 e del 2005, rappresenta un buon indicatore della prevalente pressione istituzionale di tipo normativo. La diffusione del modello organizzativo dipartimentale in questi anni è più che altro legata a processi di isomorfismo normativo, poiché sono soprattutto i professionisti e la loro convinzioni riguardo alla bontà dello strumento a favorirne l'adozione a livello organizzativo. Ciò complessivamente suggerisce che l'isomorfismo, vale a dire il conformismo e l'omogeneità strutturale, è generato da prevalenti pressioni di tipo normativo (*focus sull'efficacia*).

La tabella 1 riassume le caratteristiche dei tre differenti periodi storici del Ssn, evidenziando il ruolo dei professionisti e l'interesse del legislatore nei confronti dell'adozione del modello dipartimentale. Quest'ultima dimensione sembra andare di pari passo con l'interesse manifestato nei confronti dell'efficienza e della razionalità economica. L'ultima colonna sintetizza per ciascun periodo la pressione istituzionale dominante.

-- tabella 1 circa qui --

4. Metodologia

4.1 Dati

I dati utilizzati nel presente lavoro al fine di testare le ipotesi di ricerca formulate sono stati raccolti nell'ambito di una survey condotta nel 2005 in collaborazione con il Ministero della Salute (Dipartimento della Programmazione) con l'obiettivo di mappare le strutture organizzative dipartimentali nelle aziende sanitarie in Italia, assumendo il singolo dipartimento come unità di analisi. Il Box 2 sintetizza le principali caratteristiche dell'indagine realizzata.

-- Box 2 circa qui --

I dati, originariamente archiviati in un database gestito tramite applicativo ACCESS, sono stati successivamente elaborati con il software statistico STATA vers. 8.2. Dopo un controllo statistico sulla qualità dei dati, è stata effettuata una prima analisi delle denominazioni dei dipartimenti e della loro composizione in unità operative semplici e complesse. Da questa prima indagine è emersa una grande variabilità sia delle denominazioni che della composizione interna dei dipartimenti. Un panel di esperti ha riclassificato i dipartimenti censiti sulla base di un numero discreto di tipologie strutturali rappresentative del gruppo omogeneo di soluzioni organizzative dipartimentali. Tale riclassificazione è stata realizzata in tre fasi:

(i) *analisi della complessità organizzativa del dipartimento*; il panel di esperti ha studiato singolarmente ciascun dipartimento, analizzandone l'esatta composizione in termini di unità operative semplici o complesse;

(ii) *tipizzazione nelle tipologie strutturali*; tutte le soluzioni dipartimentali censite sono state ricondotte, al fine di dare omogeneità alle tipologie dipartimentali, ad una delle tipologie strutturali proposte in Allegato 2 (colonna A);

(iii) *riconduzione a metacriteri di accorpamento*; le tipologie strutturali sono state ricollegate alla logica di accorpamento basata su metacriteri, individuati da Cicchetti (2004) in accordo con la letteratura sul tema e con le linee-guida regionali. Le meta-soluzioni di accorpamento sono le seguenti: area specialistica; area nosologica; organo o apparato; classi di età; intensità di cure; servizi; altro (o categoria residuale)³ (Allegato 2, colonna B).

Eliminando tutti quei dipartimenti che presentavano dati mancanti, il numero di osservazioni del campione è passato da 1805 a 1094 dipartimenti.

4.2 Variabili

Variabile dipendente: Al fine di comprendere il criterio seguito nella definizione della singola unità dipartimentale, i dipartimenti del campione sono stati ricondotti a due grandi categorie strutturali. Una prima categoria accoglie dipartimenti classificati secondo l'orientamento progettuale "Organo-apparato" e "Nosografico" (rispettivamente, Modello 1 e Modello 3). In entrambe i casi, il dipartimento viene realizzato aggregando al proprio interno unità operative affini o complementari per quanto riguarda il processo di cura del paziente (*focus sull'efficacia*). La seconda categoria strutturale accoglie invece quelle soluzioni realizzate sulla base dell'orientamento progettuale "Area specialistica" (Modello 2), dove le unità operative sono accorpate sulla base di un criterio di affinità in termini di specialità degli operatori sanitari (*focus sull'efficienza*). Per un'analisi approfondita dei criteri di riconduzione delle diverse tipologie dipartimentali all'interno delle macro categorie strutturali si rimanda all'Allegato 2. La variabile dipendente è data dal numero di dipartimenti censiti nelle due diverse categorie. La figura 1 presenta la distribuzione per anno di dipartimenti classificati secondo

³ Vedi paragrafo 2.2. Gli ultimi due meta-criteri sono stati inseriti dal panel di esperti in aggiunta a quelli tipicamente riportati in letteratura al fine di dare rappresentazione alla realtà rilevata attraverso l'indagine.

le due tipologie di interesse; “Area Specialistica” (*efficienza*) da un lato e “Organo-Apparato e Nosografico” (*efficacia*) dall’altro.

-- figura 1 più o meno qui --

Variabili indipendenti: L’influenza delle pressioni istituzionali sulla progettazione dei dipartimenti ospedalieri è stata codificata in termini temporali, seguendo l’approccio già utilizzato da Dacin (1997). Sulla base dell’evoluzione storica del Ssn sono stati ricostruiti tre periodi fondamentali ai quali corrispondono altrettante situazioni istituzionali, ciascuna caratterizzata dalla presenza di un differente mix di pressioni normative, mimetiche o coercitive. Al fine di testare le nostre ipotesi di ricerca, i tre diversi periodi storici sono rappresentati da altrettante variabili di tipo dummy, denominate “Periodo 1 (1978-1991)”, “Periodo 2 (1992-1998)” e “Periodo 3 (1999-2005)”, che assumono valore 1 per dipartimenti attivati nel periodo corrispondente e 0 in caso contrario.

Variabili di controllo: Pur non essendo di interesse teorico, alcune variabili che possono comunque essere associate all’adozione di specifiche soluzioni progettuali dipartimentali sono state considerate nell’analisi. Tali variabili sono: la Tipologia Aziendale, la Localizzazione geografica, il Modello di Governance Regionale, il Livello del dipartimento; la Tipologia dipartimentale. La variabile denominata “Tipologia Aziendale” è di tipo categorico (da 1 a 5) e considera la diversa natura delle strutture a cui si riferiscono i dipartimenti censiti. Nel Ssn è possibile individuare cinque diverse tipologie aziendali: Azienda Sanitaria Locale (ASL) (1), Aziende Ospedaliere (AO) (2), Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU) (3), Istituti di Ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) (4), Policlinici Universitari (PU) (5)⁴.

⁴ Si fornisce una descrizione sintetica delle caratteristiche delle diverse tipologie di organizzazioni sanitarie previste nel Ssn. Azienda Sanitaria Locale: è una azienda pubblica con caratterizzazione territoriale. Nella sua autonomia rappresenta l’articolazione locale del Sistema Sanitario delle Regioni. Azienda Ospedaliera: deriva dalla riconversione e la concessione di autonomia ad enti ospedalieri prima integrati nelle Unità sanitarie locali (D.lgs 502/92). Essa è chiamata ad erogare diversi servizi di assistenza sanitaria. Azienda Ospedaliera Universitaria: prevista dal d.lgs 517/99 opera nell’ambito della programmazione sanitaria nazionale e regionale, mostrando tuttavia delle peculiarità legate alla triplice funzione di didattica, assistenza e ricerca che è chiamata a realizzare. Policlinico Universitario: Azienda dell’università dotata di autonomia organizzativa, gestionale, patrimoniale e contabile. Lo statuto dell’università determina, su proposta della Facoltà di Medicina, le modalità organiz-

Tale variabile è stata scomposta in cinque variabili dicotomiche, ASL, AO, AOU, IRCCS, PU che assumono valore 0-1. La variabile AOU è stata considerata *base level group*.

Anche la variabile “localizzazione geografica” è di tipo categorico e concerne la diversa localizzazione delle strutture presso cui sono stati adottati i dipartimenti del campione. Tale variabile è stata suddivisa in tre variabili dicotomiche 0-1 definite rispettivamente “Nord”, “Centro”, “Sud e Isole”. La variabile Nord è stata considerata *base level group*. La variabile “Modello di Governance” assume valore 0 o 1 a seconda che il modello regionale di gestione sia di tipo programmatico con un ruolo predominante da parte della Regione nel governare l’offerta di servizi sanitari (0), oppure di quasi-mercato con un ampio spazio lasciato alla libera concorrenza tra strutture (1). La variabile “Livello del dipartimento” è di tipo binario e assume valore 1 se si tratta di dipartimento Interaziendale e 0 se di tipo Aziendale. Infine la variabile “Tipologia dipartimentale” assume valore 0 se Funzionale e 1 se Strutturale. In particolare la tipologia dipartimentale *cd* Funzionale indica l’aggregazione di unità operative non omogenee, interdisciplinari semplici o complesse, appartenenti contemporaneamente anche a dipartimenti diversi. Mentre la tipologia dipartimentale *cd* Strutturale indica una aggregazione funzionale e fisica che coinvolge unità operative collocate nella stessa area ospedaliera.

4.3. Modello econometrico

La variabile dipendente di tipo *count* assume valori interi non negativi. Ciò rende inapplicabile i tradizionali modelli di tipo OLS. Per questo tipo di variabili si utilizzano modelli di regressione di Poisson (Wooldridge, 2002; Cameron e Trivedi, 1998). Il modello econometrico utilizzato nel presente lavoro è il seguente:

zative e quelle gestionali, nel rispetto dei fini istituzionali, in analogia ai principi fissati per l’azienda ospedaliera. Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico: si tratta di un ente a rilevanza nazionale dotato di autonomia e personalità giuridica che, secondo standard di eccellenza, persegue finalità di ricerca, unitamente a prestazioni di ricovero e cura ad alta specialità relativamente a patologie di rilevanza nazionale.

$$\ln \lambda = \alpha + \beta R_i + \theta X_k + \mu$$

dove λ indica il numero di dipartimenti attivato nell'ambito delle due diverse categorie sopra menzionate; R è una variabile binaria che assume valore 1 o 0 a seconda che il singolo dipartimento nell'ambito di ciascuna macrocategoria sia stato o meno costituito in uno dei tre diversi periodi storici considerati; X è una matrice di k variabili indipendenti che rappresentano le covariate incluse nel modello, μ è l'errore. β e θ sono i coefficienti non noti che si intende stimare. Secondo le ipotesi formulate ci aspettiamo che i coefficienti β siano positivi e significativi nei diversi modelli elaborati.

5. Analisi e Risultati

La nostra analisi quantitativa ha riguardato l'adozione di dipartimenti di tipo "Organo-Apparato/Nosografico" da un lato e di tipo "Area Specialistica" dall'altro all'interno di intervalli storici definiti 1978-1991; 1992-1998; 1999-2005. Le ipotesi di ricerca formulate riguardano la particolare natura di specifiche pressioni istituzionali presenti nei tre periodi storici in oggetto. La tabella 2 mostra i risultati dell'analisi quantitativa effettuata.

-- tabella 2 più o meno qui --

Il Modello I stima l'associazione tra l'adozione di modelli dipartimentali che accorpano le unità operative in base al criterio di organo-apparato e nosografico da parte delle aziende sanitarie in corrispondenza del periodo storico 1978-1991 in cui si riscontra un isomorfismo esercitato da prevalenti pressioni mimetiche. I risultati del Modello I in tabella 2 evidenziano che l'ipotesi 1 viene confermata; la variabile "Periodo 1 (1978-1991)" presenta un coefficiente positivo e significativo ($\beta = 1,673$; $p \leq 0,01$) per quanto riguarda la diffusione di dipartimenti le cui unità sono state accorpate seguendo un criterio "Organo-Apparato e Nosografico".

Nell'ipotesi 2 abbiamo assunto una particolare diffusione dei modelli dipartimentali che accorpano le unità operative in base al criterio "Area Specialistica" in corrispondenza del periodo storico 1992-1998, in cui viene evidenziato un isomorfismo esercitato da pressioni coercitive prevalenti. I risultati del Modello II nella tabella 2 presentano un coefficiente di correla-

zione positivo e significativo per la variabile “Periodo 2 (1992-1998)”, ($\beta = 0,177, p \leq 0,1$) confermando la seconda ipotesi di ricerca formulata.

Infine la terza ipotesi di ricerca assume una diffusione dei modelli dipartimentali che accorpano unità operative in base al criterio “Organo-apparato e Nosografico” in corrispondenza del periodo storico 1999-2005, in cui si rileva isomorfismo esercitato da pressioni normativo- professionali prevalenti. Come evidenziato nel Modello III il coefficiente corrispondente alla variabile “periodo 3 1999-2005” pur essendo positivo ($\beta = 0,013$), non risulta significativo.

Nello studio sono state inserite alcune variabili di controllo che, sebbene non direttamente coinvolte nel processo teorico di analisi, risultano fortemente collegate alla diversa tipologia dipartimentale adottata. Nel Modello I le tipologie aziendali ASL ($\beta = -0,677, p \leq 0,01$) e AO ($\beta = -0,308, p \leq 0,1$) sono associate in modo negativo e significativo, rispetto a quella denominata AOU, con l’adozione di modelli organizzativi accorpati per criterio “Organo-Apparato e Nosografico” nel periodo storico 1, 1978-1991. La categoria PU invece presenta un coefficiente negativo ($\beta = -0,884$) ma non significativo, mentre la tipologia aziendale IRCCS presenta un coefficiente positivo e significativo ($\beta = 0,511, p \leq 0,01$) rispetto alla tipologia AOU. Nell’ambito del Modello II, le tipologie aziendali codificate come ASL ($\beta = -0,054$), PU ($\beta = -0,163$) e AO ($\beta = 0,03$) non presentano significatività rispetto alla tipologia di AOU nel determinare l’aumento di modelli dipartimentali accorpati in base al criterio Specialistico, mentre la tipologia aziendale IRCCS presenta un effetto negativo e significativo ($\beta = -0,903, p \leq 0,01$) rispetto al medesimo *base level group*. Nel Modello III la tipologia aziendale ASL presenta un coefficiente negativo e significativo ($\beta = -0,697, p \leq 0,01$) rispetto alla AOU nel determinare l’aumento di dipartimenti accorpati in base al criterio Organo-apparato e nosografico, nel periodo storico 3, 1999-2005. Le tipologie aziendali AO e IRCCS presentano coefficienti positivi e significativi (rispettivamente, $\beta = 0,331, p \leq 0,05$ e $\beta = 0,489, p \leq 0,01$). Per finire la tipologia aziendale “Policlinico universitario” presenta un coefficiente negativo e non significativo rispetto alla AOU ($\beta = -0,905$).

Per quanto attiene alla variabile di controllo Localizzazione geografica, nell’ambito del Modello I né la variabile “Sud e Isole” ($\beta = 0,061$) né la variabile “Centro” ($\beta = -0,014$) sono associate in modo significativo alla probabilità di osservare tipologie dipartimentali caratterizzate da criteri di ac-

corpamento per Organo-Apparato e Nosografico nel periodo storico 1, 1978-1991, rispetto alla localizzazione geografica Nord. La medesima osservazione può essere fatta per il Modello III. Nel Modello II la localizzazione geografica Centro è associata negativamente e significativamente ($\beta = -0,257, p \leq 0,01$) alla probabilità di osservare dipartimenti con Uo.Oo. accorpate secondo il criterio per Area Specialistica nel periodo storico 2, 1992-1999.

Consideriamo adesso le altre variabili di controllo. La variabile di controllo “Modello di Governance Regionale” esercita un impatto negativo e significativo nei confronti di tutti e tre i Modelli: Modello I ($\beta = -0,596, p \leq 0,01$), Modello II ($\beta = -0,393, p \leq 0,01$), Modello III ($\beta = -0,586, p \leq 0,01$). La variabile di controllo “Livello del dipartimento” (dipartimento Aziendale vs Interaziendale) presenta effetto negativo in tutti e tre i Modelli. In particolare, tale variabile presenta effetto negativo e significativo nel Modello I ($\beta = -0,48, p \leq 0,01$) e nel Modello III ($\beta = -0,479, p \leq 0,01$). Nel Modello II, pur trattandosi sempre di un impatto negativo ($\beta = -0,064$), il coefficiente non appare significativo. L’ultima variabile di controllo inserita nel modello di analisi è la “Tipologia dipartimentale”, rappresentata dalla categoria Strutturale vs Funzionale. Tale variabile presenta effetto positivo in tutti e tre i modelli, con un livello di significatività accettabile soltanto nel Modello II ($\beta = 0,243, p \leq 0,01$). Nei Modelli I e III i coefficienti sono pari, rispettivamente, a $\beta = 0,105$ e $\beta = 0,098$.

6. Discussione

In che misura le istituzioni condizionano forme, modelli e comportamenti delle organizzazioni all’interno del settore? Il presente studio ha cercato di analizzare sul piano empirico l’impatto delle pressioni istituzionali sulle scelte di adozione di nuovi modelli organizzativi all’interno del settore sanitario. Nello specifico la ricerca ha puntato ad approfondire le determinanti della diffusione del modello organizzativo dipartimentale nel Ssn incentrandosi in modo particolare sulla scelta dei criteri di accorpamento delle unità operative. Le ipotesi di ricerca formulate hanno l’obiettivo di dimostrare come in un determinato periodo storico possa essere riscontrato l’aumento di una particolare tipologia strutturale sotto l’influsso di pressioni istituzionali di tipo mimetico, coercitivo o normativo.

L' "insostenibile leggerezza del contesto" emerge in almeno due elementi della presente analisi. In primo luogo i risultati mostrano che la struttura delle organizzazioni che operano in settori istituzionali è determinata non soltanto da strategie e obiettivi fissati dal management, ma anche dal progressivo assorbimento di regole che provengono da attori istituzionalmente preposti alla programmazione e al controllo esterno di particolari attività produttive (Powell e DiMaggio, 1991; Scott e Meyer, 1983).

Dall'analisi dei dati emerge inoltre, complessivamente, che le organizzazioni avvertono la necessità di adattarsi ad ambienti complessi che impongono situazioni spesso contrastanti (concorrenza tra logiche professionali, interventi normativi, prospettive di management), separando le attività operative dalle richieste dell'ambiente attraverso la progettazione di strutture che assumono spesso carattere cerimoniale. Tale riflessione trova una effettiva manifestazione nelle decisioni di accorpamento delle unità operative in dipartimenti adottate nei tre differenti periodi storici presi in esame.

Il periodo storico 1978-1991, caratterizzato da alto isomorfismo mimetico, determina un aumento di tipologie dipartimentali accorpate in base al criterio nosografico e per organo-apparato. Tale meta-criterio di accorpamento, come abbiamo già avuto modo di esporre, risente in maniera sostanziale del carattere processuale che caratterizza il percorso di cura di un paziente. All'interno di tipologie dipartimentali di questo genere il malato dovrebbe essere in grado di ritrovare tutte le risposte necessarie al suo percorso di cura. Il bisogno di coordinamento delle attività assistenziali e di gestione della iperspecializzazione delle competenze, sembra essere stata l'esigenza cui le prime esperienze dipartimentali, a partire dagli anni '60, hanno tentato di rispondere nei grandi ospedali di insegnamento americani. Alcuni esempi sono il John Hopkins Hospital di Baltimora (Usa) negli anni '70, ma anche negli anni '80 il Guy's Hospital Britain e il St. Vincent Hospital di Sidney (Braithwaite et alii, 2006). Tali esperienze hanno rappresentato il modello cui ispirarsi per una corretta ed efficace gestione del paziente e delle risorse in un periodo storico del nostro Ssn di grande incertezza causata dalla carenza di prescrizioni legislative in tema di sostenibilità economica del sistema e di efficienza gestionale. L'incertezza ha dunque spinto a mutuare esperienze considerate di successo (Lega, 2008; Haveman, 1993). Nella seconda ipotesi, il passaggio al periodo storico 1991-1998 caratterizzato da alto isomorfismo coercitivo determina un impatto positivo sull'aumento di dipartimenti accorpati per Area Specialistica. Tale criterio,

sebbene garantisca una elevata specializzazione delle competenze nell'ottica dell'efficienza gestionale, appare più uno strumento di risposta ad una prescrizione legislativa, che una reale scelta di governo strategico aziendale. La terza ipotesi di ricerca era volta ad evidenziare come il passaggio al periodo storico 1999-2005 caratterizzato da alto isomorfismo normativo esercitasse un impatto positivo sull'aumento di dipartimenti accorpati in base al criterio di Organo-apparato e Nosografico. Il periodo storico 1999- 2005 è finalizzato ad una riorganizzazione complessiva del Ssn che segue differenti direzioni di cambiamento: qualità delle cure, appropriatezza ed economicità. Il dipartimento ospedaliero viene considerato il contesto ideale in cui realizzare la *clinical governance*, sia per ciò che concerne l'integrazione delle competenze e la qualità dell'assistenza clinica che per aspetti più di tipo manageriale (Fontana, 2005; Lega, De Pietro 2005; Cicchetti et al. 2007). A differenza delle precedenti riforme introdotte, sono gli stessi professionisti – i clinici in prima battuta, anche in virtù dell'aumento dell'associazionismo medico – a riconoscere i vantaggi perseguibili attraverso la *clinical governance* e l'implementazione del modello dipartimentale. Tuttavia questa ipotesi non è confermata dai risultati della presente analisi.

Sebbene i risultati del presente lavoro rappresentino un interessante contributo nella prospettiva delle pressioni istituzionali, lo studio non è libero da alcune limitazioni. Il primo limite concerne la classificazione delle tipologie organizzative dipartimentali e la loro riconduzione ai meta-criteri di accorpamento sulla base delle evidenze presenti in letteratura. Modificare tale classificazione comporterebbe inevitabilmente una modificazione anche dell'elencazione presentata in Allegato 2, influenzando i risultati. Nel presente lavoro, inoltre, non vengono prese in considerazione altre “strade” o logiche contingenti, non per forza derivanti da pressioni di natura istituzionale, che spingono le aziende sanitarie all'adozione del modello dipartimentale. Tali logiche sono sia di tipo manageriale, dettate dalla dimensione del “potere” del management aziendale che potrebbe condizionare le dinamiche di creazione e strutturazione di nuovi modelli organizzativi, sia di tipo professionale, legata al “potere” dei primari di negoziare una nuova posizione organizzativa condizionando le scelte di raggruppamento delle unità operative. In entrambi i casi, il focus dell'analisi è orientato soprattutto alle variabili interne alle organizzazioni sanitarie.

Nonostante questi limiti, il presente studio offre spunti di riflessione soprattutto per policymaker e responsabili dell'organizzazione dei servizi sanitari ai differenti livelli di governo, nazionale e regionale. Il lavoro consente, ad esempio, di misurare – anche se indirettamente – la capacità degli interventi normativi di modificare l'assetto organizzativo delle strutture sanitarie. L'impatto può essere misurato sia valutando il numero di strutture che rispondono alle pressioni dei vari stakeholder, sia osservando il ritmo con cui i nuovi modelli si affermano all'interno del sistema sanitario. Un'altra importante implicazione concerne la particolare natura delle pressioni che sono alla base del cambiamento e della diffusione di nuovi modelli organizzativi. Alla base del cambiamento ci sono le leggi che hanno come obiettivo quello di esercitare un cambiamento per migliorare la performance generale del sistema (economica, assistenziale, manageriale), ma anche l'evoluzione delle caratteristiche socio-culturali del management e soprattutto dei professionisti che - come ben noto- esercitano potere e influenza non trascurabili all'interno delle burocrazie professionali.

BIBLIOGRAFIA

- Aldrich, H.E., 1979. *Organizations and Environments*. Englewood Cliff, N.J, Prentice hall.
- Anessi Pessina E., Baraldi S., Cicchetti A., Cifalinò, Memmola M. 2003. *Il punto di vista delle aziende*, in S.Baraldi (a cura di), L'organizzazione dipartimentale nelle aziende sanitarie, Collana di sanità Pubblica Mario Zanetti. Accademia Nazionale di Medicina.
- Anessi Pessina E., Cantù, E., 2000. *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*. Egea. Milano.
- Anessi Pessina E., Cantù, E., 2002. *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*. Egea. Milano.
- Anessi Pessina E., Cifalinò A., D'Angelo G., Memmola M., 2003. *Un'analisi critica della letteratura*. in S.Baraldi (a cura di), L'organizzazione dipartimentale nelle aziende sanitarie, Collana di sanità Pubblica Mario Zanetti, Accademia Nazionale di Medicina
- Bailey J., 1995; "Rethinking Consultants: Time for Change in Traditional Working Practices?" *BMJ* 310: 788-790 (25 March).
- Blau P.M., Schoenner R.A., 1971. *The Structure of Organizations*. Basic Book, New York.
- Braithwaite J., 2006 (A) . "An Empirical Assessment of Social Structural and Cultural Changes in Clinical Directorates". *Health Care Analysis* 14: 185-193 (December 2006).
- Braithwaite J., 2006(B) "Analysing Structural and Cultural Change in Acute Settings Using a Giddens-Weick Paradigm Approach". *Health Care Analysis* 14: 91-102 (November 2006).
- Braithwaite J., Westbrook M., 2005. "Rethinking Clinical Organizational Structures: an Attitude Survey of Doctors, Nurses and Allied Health Staff in Clinical Directorates". *Journal of Health Service Research & Policy*. 10: January.
- Braithwaite J., Westbrook M., Hindle D., Iedema R.A., Black D.A., 2006. "Does Restructuring Hospitals Result In Grater Efficiency?- An Empirical Test Using Diachronic Data". *Health Service Management Research*, 19: 1-12.
- Burns L.R., Wholey D.R., 1993. "Adoption and Abandonment of Matrix Management Programs: Effects of Organizational Characteristics and Interorganizational Networks". *Academy of management journal*, vol.36, n.1: 106-138.
- Cameron A.C., Trivedi P.K., 1998. *Regression Analysis of Count Data*. Cambridge University Press.
- Cicchetti A., 2004; *La progettazione organizzativa*. Franco Angeli editore.
- Cicchetti A., Ceccarelli A., Palmieri A., 2007. "Nuove forme di organizzazione nella medicina territoriale: l'associazionismo in medicina generale". In *Rapporto Osservasalute*. Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane.
- Cicchetti A., Ghirardini A., Mascia D., Morandi F., Ceccarelli A., Vigiliano V., Poletti P., Cardone R., Murolo G., 2007. "Il modello organizzativo dipartimentale nel SSN: risultati dall'indagine nazionale". Paper presentato al Convegno AIES, Firenze 18-19 ottobre 2007.
- Dacin T., 1997, "Isomorphism in Context: the Power and Prescription of Institutional Norms". *Academy of management journal*, Vol.40, No.1, (48-61).
- Di Maggio P., Powell W., 1983, "The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields". *American Sociological Review*, 48 (April).
- Damiani G., Ricciardi G., 2005. *Manuale di programmazione e organizzazione sanitaria*, Idelson-Gnocchi Editore.
- Fiss P.C., Zajac E.J., 2006. "The Symbolic Management of Strategic Change: Sensegiving Via Framing and Decoupling". *Academy of Management Journal*, 46: 1173-1193.
- Fontana F., 2005, *Clinical Governance: una prospettiva organizzativa e gestionale*. FrancoAngeli, Milano.
- Hanlon P., Beck S., Robertson G., Henderson M., McQuillan R., Capewell S., Dorward A., 1997. "Coping With the Inexorable Rise in Medical Admissions: Evaluating a Radical

- Reorganization of Acute Medical Care in Scottish District General Hospital". *Health bulletin* 55(3) May.
- Hannan M.T., Freeman J.H., 1977. "The Population Ecology of the Organizations". *Academy Journal of Sociology*, n.83.
- Haveman H.A., 1993. "Follow The Leader: Mimetic Isomorphism And Entry Into New Market". *Administrative science quarterly*, 38: 593-627.
- Hawley, 1968. Human ecology. In: Sills, David L. (Ed.), *International encyclopedia of the social sciences*, Macmillan, New York.
- Hewett D.J., Saxton H.M., Jackson G., Johnson J.N., 1990. *Clinical Directorates*. BMJ, volume 300 (24 March).
- Hopkins A., 1993. *The role of hospital consultants in Clinical Directorates: the Syncromesh Report*. Royal College of Physicians, London.
- Jacobs K., 1994. "The Management of Health Care: a Model of Control". *Health Policy*, 29: 157-171.
- Johnson J.N. 1990. "Clinical Directorates. Consultant's Clinical Independence Needs to Be Preserved". *BMJ*, volume 300 (24 February 1990).
- Johnston I.H. 1991. "What Will Medical Director Do?" *BMJ*, volume 302 (2 February).
- Keen H., 1990. "Clinical Directorates". *BMJ*, volume 300 (7 April).
- Lega F., 2008. "The Rise And Fall(Acy) of Clinical Directorates in Italy". *Health Policy*, 85: 252-262.
- Lega F., De Pietro C., 2005. "Converging Patterns in Hospital Organization: Beyond Professional Bureaucracy". *Health Policy*, 74: 261-281.
- Ministero della Salute, 2008. *I dipartimenti ospedalieri nel Ssn. Rapporto sulla indagine nazionale*. Dipartimento della qualità, Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, ufficio III.
- Meyer J.W., Rowan B. 1977. "Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony". *American Journal of Sociology*, 83: 340-363.
- Oliver C., 1991. "Strategic Response to Institutional Process". *Academy of management review*, 16: 145-179.
- Powell W., Di Maggio P., 1991. *The new institutionalism in organizational analysis*, II. University of Chicago press. Chicago.
- Ruef M., Scott W.R. 1998. "A Multidimensional Model of Organizational Legitimacy: Hospital Survival in Changing Institutional Environments". *Administrative Science Quarterly*, 43: 877-904.
- Scott W.R. 1992. *Organizations: Rational, Natural and Open Systems*. Englewood Cliffs, N.J. Prentice-Hall.
- Scott W.R., 1994. *Conceptualizing Organizational Fields: Linking Organizations and Social System*. In Hans Ulrich Derlien (eds). Systemrationalitat und partialinteresse. Baden-Baden, Germany.
- Scott W.R. Meyer J.W., 1983. *The Organization of Societal Sectors*. In Meyer J.W. and Scott W.R. (eds.), *Organizational Environments: Ritual and Rationality*. Beverly Hills Ca (sage).
- Scott W.R. Meyer J.W., 1991. *The Organization of Societal Sectors: Proposition and Early Evidence*. In Powell W.W. and Di Maggio P.J (eds.), *The new institutionalism in organizational analysis*. University of Chicago Press.
- Scott W.R., Ruef M., Mendel P.J., Caronna C.A., 2000. *Institutional Change and Health-care Organizations. From Professional Dominance to Managed Care*. The University of Chicago Press: London.
- Selznick P. 1957. *Leadership in Administration*. Harper & Row: New York.
- Smirich L. 1983. "Organizations as Shared Meanings". In L. R. Pondy, P. Frost, G. Morgan, & T. Dandridge (Eds.), *Organizational symbolism*: 55-65. Greenwich, CT: JAI.

- Stuart J., Spurgeon P.C., Cook A., 1995. "Management for Doctors: Making Finance Work for You Strategic Issues in Clinical Directorates". *BMJ* 310: 224-246. (28 January).
- Taroni F., Grilli R., "Governo clinico" Il Pensiero Scientifico Editore, 2004
- Thompson J.D., 1967. *Organizations in Action*. Mc Graw Hill, New York.
- Tolbert P.S., Zucker L.G., 1983. "Institutional Sources of Change in Formal Structure of Organization: the Diffusion of Civil Service Reform", 1880-1935. *Administrative Science Quarterly*, 28: 22-39.
- Wooldridge J.M., 2002. *Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data*. Massachusetts Institute of Technology.
- Zorab J.S.M, Lloyd A., 1995 "Management for Doctors: Analysing Your Organisation and Environment and Setting Its Strategy". *BMJ*, 310:514-517 (25 February).
- Zucker L.G. 1987. "Institutional Theories of Organization", *Annual Review of Sociology*, 13: 443-464.

Box 1: review della letteratura sul dipartimento

La letteratura nazionale e internazionale ha ampiamente analizzato gli aspetti legati alla diffusione, all'implementazione e alle caratteristiche organizzative del modello dipartimentale. E' possibile rintracciare quattro diversi filoni di ricerca che perseguono altrettanti obiettivi di conoscenza. In primo luogo il riferimento è a quei contributi che chiariscono motivazione e obiettivi dell'adozione del modello organizzativo dipartimentale nell'ambito delle organizzazioni ospedaliere: Cicchetti (2004); Braithwaite (2006b). Oltre a ciò si rintracciano in letteratura studi empirici e case studies che analizzano i driver dell'efficacia del modello dipartimentale: Stuart, Spurgeon e Cook, 1995; Zorab e Lloyd, 1995; Hanlon, Beck, Robertson, 1997; Braithwaite, 2006A; Braithwaite, Westbrook, Hindle et al., 2006. Un altro filone interessante è rappresentato dalle analisi che approfondiscono gli approcci adottati per la gestione del cambiamento organizzativo, e dagli studi sull'evoluzione delle competenze e dei modelli di professionalità a seguito della dipartimentalizzazione: Johnson, 1990; Keen, 1990; Johnston, 1991; Hopkins, 1993; Bailey, 1995; Hewett, Saxton et alii, 1990; Braithwaite, 2006B; Braithwaite e Westbrook, 2005. Infine, a livello nazionale vengono rilevate indagini sulla diffusione del modello dipartimentale nei sistemi sanitari: Anessi Pessina & Cantù, 2000; 2002; Anessi Pessina, Baraldi, Cicchetti et al., 2003.

Box 2: Metodologia di indagine

La ricerca è stata condotta mediante un questionario strutturato, articolato in due sezioni: denominate Scheda A e Scheda B, presentate schematicamente di seguito.

SEZIONI	REFERENTE COMPI- LAZIONE	ESTRATTO DEGLI ITEMS
SCHEDA A	Referente aziendale incaricato della compilazione	<ul style="list-style-type: none"> - Anagrafica; - Attuazione/non attuazione del dipartimento; - Anno I delibera istitutiva
SCHEDA B	Direttore di dipartimento	<ul style="list-style-type: none"> - Denominazione dipartimento; - Anno istituzione; - Soluzioni organizzative adottate: <ol style="list-style-type: none"> 1. funzionale/strutturale 2. aziendale/interaziendale - Complessità organizzativa - Profili gestionali; - Strumenti di gestione; amministrativo / finanziaria; - Meccanismi operativi per il governo clinico.

La Scheda A, è rivolta ai referenti delle direzioni aziendali di ASL, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, Irccs e Policlinici Universitari. Essa si articola in diversi items utili a rilevare la descrizione anagrafica della struttura istituzionale in cui è inserito il dipartimento; l'attuazione o la non attuazione del modello organizzativo dipartimentale e infine l'anno della prima delibera istitutiva del dipartimento. La seconda scheda, rivolta ai Direttori di Dipartimento della struttura sanitaria oggetto dell'indagine, è finalizzata invece alla raccolta di informazioni inerenti le caratteristiche interne di ciascun dipartimento quali: la denominazione che la struttura ha indicato per il dipartimento; l'anno dell'effettiva implementazione del modello organizzativo oggetto dell'indagine; le soluzioni organizzative adottate in particolare: struttu-

rali o funzionali; aziendali/interaziendali. La Scheda B ha inoltre rilevato: la complessità organizzativa, ovvero il numero e la tipologia delle unità operative semplici o complesse afferenti al dipartimento; gli organi collegiali presenti nel dipartimento: comitato di dipartimento e assemblea di dipartimento. Infine gli strumenti gestionali (es. sistema di budget attivato) e i meccanismi operativi per la clinical governance (es. linee guida di dipartimento, audit clinico). La costruzione del questionario è avvenuta sulla base di una revisione della letteratura e della documentazione grigia disponibile. Un test "pilota" è stato effettuato sottoponendo il questionario all'attenzione di esperti del Servizio sanitario nazionale. Il questionario è stato inoltre validato in termini di analizzabilità statistica delle risposte che sarebbero state fornite. Il questionario nel corso del 2005 è stato inviato attraverso il canale istituzionale delle Regioni a tutta la popolazione di aziende sanitarie presenti sul territorio nazionale, ed è attualmente disponibile sul sito web del Ministero della Salute (www.ministerosalute.it).

Fonte: Nostra elaborazione da Ministero della salute (indagine conoscitiva 2005)

Tabella 1: Periodi storici e legittimazione istituzionale: le forme di isomorfismo nel Ssn

Epoche storiche	Interesse verso efficienza e razionalità economica	Interesse del legislatore nell'adozione del modello dipartimentale	Ruolo dei professionisti nella decisione di adozione del modello dipartimentale	Tipologia di isomorfismo
1978 - 1991	Basso	Basso	Medio	Mimetico
1992 - 1998	Alto	Alto	Basso	Coercitivo
1999 - 2005	Alto	Medio	Alto	Normativo

Fonte: nostra elaborazione da Ruef & Scott, 1998.

Tabella 2: Stime maximum-likelihood - pressioni istituzionali e accorpamento di Uu.Oo. nei dipartimenti ospedalieri

	Modello I alto isomorfismo mimetico	Modello II alto isomorfismo coercitivo	Modello III alto isomorfismo normativo
Periodo 1 : 1978-1991	1,673*** (0,177)	-	-
Periodo 2 : 1992-1998	-	0,177* (0,093)	-
Periodo 3 : 1999-2005	-	-	0,013 (0,137)
Tipologia aziendale ASL	-0,677*** (0,141)	-0,054 (0,093)	-0,697*** (0,140)
Tipologia aziendale Policlinico Universitario	-0,884 (0,672)	-0,163 (0,323)	-0,905 (0,673)
Tipologia aziendale Azienda Ospedaliera	-0,308* (0,168)	0,03 (0,111)	0,331** (0,168)
Tipologia aziendale IRCCS	0,511*** (0,18)	-0,903*** (0,277)	0,489*** (0,180)
Localizzazione geografica: Sud e Isole	0,061 (0,161)	-0,094 (0,099)	0,058 (0,160)
Localizzazione geografica: Centro	-0,014 (0,137)	-0,257*** (0,094)	-0,018 (0,136)
Governance: Programmatorio/ Quasi-mercato	-0,596*** (-0,107)	-0,393*** (0,073)	-0,586*** (0,124)
Dipartimento Aziendale /Interaziendale	-0,48*** (0,138)	-0,064 (0,104)	-0,479*** (0,140)
Dipartimento Strutturale/ Funzionale	0,105 (0,117)	0,243*** (0,078)	0,098 (0,120)
N° Osservazioni	1093	1093	1093
Wald Chi ²	652,23	521,01	652,08
Prob > Chi ²	0,0000	0,0000	0,0000

p ≤ 0,01 *** ; p ≤ 0,05 ** ; p ≤ 0,1 * . (standard error in parentesi); stime robuste

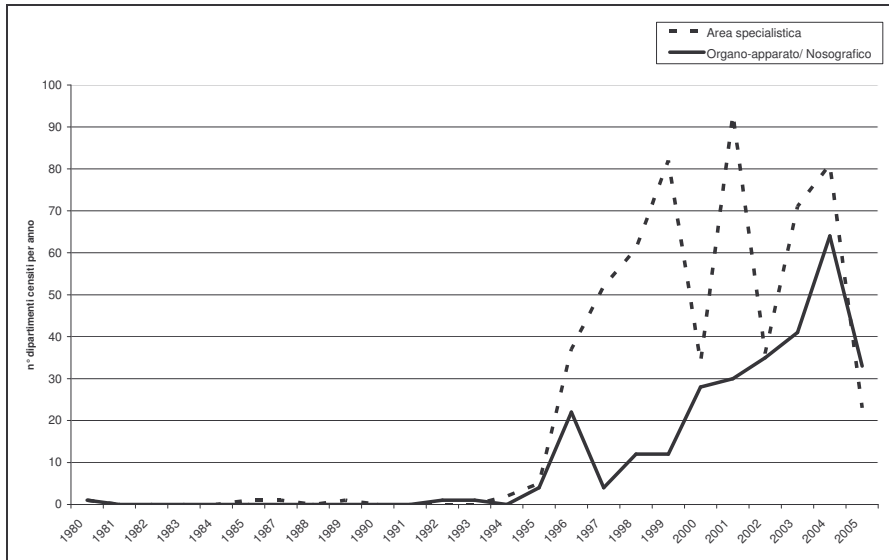


Figura -1 Distribuzione dipartimenti “Area Specialistica” e “Organo-Apparato e Nosografico” per anno

Allegato 1: analisi qualitativa delle normative regionali in tema di dipartimenti

Regione	Riferimento normativo	
Abruzzo	L.R. n. 37 del 2/7/1999	Piano Sanitario Regionale per il triennio 1999-2001
	DGR n. 1115 del 9/10/2006	Direttiva regionale-guida alle Aziende Sanitarie Locali d'Abruzzo per l'adozione degli atti aziendali
	DGR n. 21 del 9/1/2007	Modifiche alla DGR n. 1115 del 9/10/2006
	DGR n. 173 del 24/2/2007	Modifiche alla DGR n. 1115 del 9/10/2006
Basilicata	L.R. n. 39 del 31/10/2001	Riordino e razionalizzazione del servizio sanitario regionale
Calabria	DGR n. 2489 del 20/11/2000	Piano regionale per la salute 2004-2006
	L.R. n. 11 del 19/3/2004	
	DGR n. 313 del 2/5/2006	
Campania	L.R. n. 10 del 11/7/2002	Atto di indirizzo alle aziende del SSR per l'adozione dell'atto aziendale di cui all'art. 3 del Decreto Legislativo n. 229/99
	L.R. n. 24 del 19/12/2006	Norme per il piano regionale sanitario per il triennio 2002-2004 Piano Regionale Ospedaliero per il triennio 2007 – 2009
Emilia-Romagna	Direttiva 1882/2000	Norme per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del D.Lgs n. 502 del 30/12/1992 modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517
	L.R. n. 19 del 12/5/1994	
	L.R. n. 11 del 25/2/2000	
Friuli Venezia Giulia	L.R. n. 29 del 23/12/2004	Modifiche della l.r. 12 maggio 1994, n. 19 "norme per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 e della l.r. 20 dicembre 1994, n. 50 "norme in materia di programmazione, contabilità, contratti e controllo delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere" ai sensi del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229
	DGR n. 86 del 30/1/2006	Norme generali sull'organizzazione e il funzionamento del servizio sanitario regionale
	DGR n. 5016 del 5/11/1996	Direttiva alle aziende sanitarie per l'adozione dell'atto aziendale
	L.R. n. 8 del 9/3/2001	Linee guida regionali sulla istituzione e regolamentazione dei dipartimenti ospedalieri verticali Disposizioni urgenti in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e altre disposizioni in materia di sanità e politiche sociali
Lazio	L.R. n. 18 del 16/6/1994	Disposizioni per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 di-

		cembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere
Liguria	DGR n. 2034 del 21/12/2001 DGR n. 1528 del 28/12/2000	
Lombardia	L.R. n. 31 del 11/7/1997	Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali
Marche	DGR n. 14049 del 8/8/2003 L.R. n. 26 del 17/7/1996 L.R. n. 13 del 20/6/2003	Linee-guida regionali per l'adozione del piano di organizzazione e funzionamento aziendale delle aziende sanitarie della Regione Lombardia Riordino del Servizio Sanitario Regionale Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale
Molise	L.R. n. 2 del 21/2/1997 L.R. n. 9 del 2005	Organizzazione generale delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) Riordino del Servizio sanitario regionale
Piemonte	DGR n. 153 del 12/2/2001 L.R. n. 10 del 24/1/1995 DGR n. 80-1700 del 11/12/2000	Ordinamento, organizzazione e funzionamento delle Aziende Sanitarie Regionali Principi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale, per l'organizzazione dipartimentale delle aziende sanitarie
P.A Bolzano	L.P. n. 7 del 5/3/2001 L.P. n. 9 del 2/10/2006	Riordinamento del servizio sanitario provinciale Modifiche del riordinamento del servizio sanitario provinciale
P.A. Trento	DGP n. 3184 del 9/9/2002 L.P. n. 10 del 1/4/1993	Nuova disciplina del servizio sanitario provinciale
Puglia	L.R. n. 36 del 28/12/1994 D.G.R. n. 4268 del 3/12/1998 L.R. n. 24 del 03/08/2006	Norme e principi per il riordino del Servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 'Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421', così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n.517 Linee Guida sui Dipartimenti Ospedalieri Principi e organizzazione del Servizio sanitario regionale

Sardegna	L.R. n. 10 del 24/3/1997	Norme in materia di programmazione, contabilità, contratti e controllo delle Aziende Sanitarie Regionali, modifiche alla legge regionale 26 febbraio 1995, n. 5, e abrogazione della legge regionale 8 luglio 1981, n. 19
	L.R. n. 10 del 28/07/2006	Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della legge regionale 26 gennaio 1995, n. 5
Sicilia	L.R. n.30 del 3/11/ 93 Decreto Presidenziale del 11/6/2000	Piano Sanitario Regionale 2000-2002
Toscana	L.R. 22/2000 L.R. n. 40 del 24/2/2005	Disciplina del Servizio Sanitario Regionale
Umbria	DGR n° 781/97	
	L.R. n. 3 del 20/1/98 PSR 1999-2001	Ordinamento del sistema sanitario regionale
	PSR 2003-2005	Linee guida per l'atto aziendale

Allegato 2: Denominazioni delle tipologie organizzative dipartimentali e meta-criteri di riferimento.

COLONNA A Tipologie Dipartimenti Censiti	COLONNA B Meta-criteri di Riferimento
Area medica	Area specialistica
Area chirurgica	Area specialistica
DEA	Intensità di cura
Patologia clinica	Servizi
Materno infantile	Classi di età
Diagnostica per immagini	Servizi
Salute mentale	Area specialistica
Cardiovascolare	Organo o apparato
Neuroscienze	Organo o apparato
Riabilitazione	Intensità di cura
Oncologia medica	Area nosologica
Oncologia medico chirurgica	Area nosologica
Anestesia e rianimazione	Intensità di cura
Nefrourologia e dialisi	Organo o apparato
Ortopedia e traumatologia	Organo o apparato
Farmacia	Servizi
Pediatria	Classi di età
Geriatrica	Classi di età
Trasfusionale	Servizi
Malattie infettive	Area specialistica
Ostetricia e ginecologia	Area specialistica
Gastroenterologia	Area specialistica
Pneumologia	Area specialistica
Dermatologia	Area specialistica
Odontoiatria	Area specialistica

Trapianti	Intensità di cura
Testa e collo	Organo o apparato
Mono unità	Area specialistica
Specialità miste	Altro
Amministrativo e tecnico	Altro
Direzione medica ospedaliera	Altro
Altro	Altro

Fonte: Cicchetti et al., 2007