

## Introduzione

*L'estensione alle organizzazioni pubbliche dei principi fondamentali e delle tecniche della gestione aziendale rappresenta un tema ampiamente dibattuto in letteratura. L'intensità con la quale il paradigma ha trovato applicazioni sostanziali, oltre che formali, è variata tuttavia in relazione ai vincoli di natura politica ed al grado di controllo dei manager sulle variabili che incidono sulla realizzazione delle missioni istituzionali con adeguate performance. L'"aziendalizzazione" delle unità economiche è stata, pertanto, spesso associata all'aumento del grado di autonomia dei manager e alla creazione di incentivi che orientano i comportamenti degli operatori verso il raggiungimento di livelli più elevati di efficienza e di qualità dei servizi.*

*Le direttrici che hanno orientato lo sviluppo dei sistemi manageriali, in particolare modo in ambito sanitario, hanno altresì delineato modelli che si caratterizzano non solo in relazione al grado di diffusione delle tecniche direzionali, ma anche per l'implementazione effettiva delle funzioni di general management.*

*Nondimeno, per quanto la ricerca negli ultimi anni si sia orientata ad ammettere la possibilità di individuare principi di governo uniformi a quelli del settore privato, nel nostro Paese si è spesso assistito ad sorta di "reazione di rigetto" all'interno delle organizzazioni pubbliche, fondata sui possibili effetti indesiderati dell'applicazione fin troppo dogmatica della teoria aziendale (eccessivo stress sull'efficienza a danno della qualità dei servizi e dell'equità) oppure inerenti all'incoerenza tra le responsabilità di natura economica attribuite ai dirigenti dalle norme di legge e le effettive leve gestionali governabili per realizzare obiettivi di efficienza, efficacia ed economicità. L'importazione di principi e tecniche di business administration non è stata in molti casi accompagnata dalla sostanziale modifica della cultura organizzativa ispirata anche a valori di matrice imprenditoriale, frenando così in alcuni casi la spinta innovativa riguardo ai processi di decision making.*

*L'avvento del New Public Management ha apportato innovazioni di rilievo sotto il profilo gestionale, organizzativo e contabile dirette ad accrescere la razionalità dei processi decisionali e, di qui, ottenere sensibili miglioramenti nel grado di efficienza operativa ed allocativa, nonché nell'efficacia delle attività attraverso le quali le*

aziende assolvono alle proprie missioni istituzionali. Sotto questo profilo, è stata assegnata una rilevanza cruciale alle modalità con cui vengono gestite le risorse pubbliche, ampliando la sfera di responsabilità degli enti e dei dirigenti alle condizioni di efficienza, efficacia e di economicità attraverso le quali sviluppano politiche ed organizzano servizi diretti a realizzare i bisogni della collettività.

In questa direzione sono andati gli interventi normativi che, con alterni successi, hanno disegnato il "percorso aziendale" delle pubbliche amministrazioni nel nostro Paese attraverso l'innalzamento della pressione competitiva, l'introduzione di meccanismi di finanziamento demand driven o di tipo premiale, di sistemi di controllo direzionale, di tecniche per l'analisi multidimensionale della performance, di azioni per una maggiore flessibilità organizzativa e delle risorse umane, accompagnati alla ricerca di trasparenza negli strumenti di rendicontazione e di comunicazione sia interna che esterna, sempre più orientati a soddisfare crescenti esigenze di accountability.

D'altra parte, i cambiamenti che si sono susseguiti negli anni novanta (tra cui in particolare il processo di integrazione europea ed il progressivo decentramento amministrativo sul piano interno) hanno determinato una maggiore complessità delle decisioni pubbliche. In quest'ottica, le teorie della Public Governance sono state orientate alla costruzione di modelli di management interistituzionali e intergovernativi, al fine di definire obiettivi comuni e condivisi attraverso politiche pubbliche che coinvolgono in modo cooperativo una pluralità di istituzioni.

Di pari passo agli interrogativi emersi, sono stati sottolineati negli ultimi anni una serie di elementi di forte criticità. Si fa riferimento, in primo luogo, a modelli operativi basati talvolta su approcci adempimentali e "ingegneristici" o, ancora, alle difficoltà di collegare compiutamente gli obiettivi strategici di lungo periodo con le attività di breve, e individuare, pertanto, nessi causali misurabili tra performance gestionali e strategiche.

È, inoltre, utile considerare come la letteratura non associ in modo esclusivo il concetto di management alle sole funzioni organizzative e agli strumenti. Il management, infatti, oltre a trovare sviluppo nelle "tecniche", è identificato soprattutto nella proiezione strategica degli orizzonti decisionali, con dimensioni di natura più soggettiva ed intangibile, quali ad esempio lo stile di leadership, la cultura aziendale, il grado di innovazione delle scelte decisionali, il grado di utilizzo non meramente adempimentale degli strumenti manageriali, il livello di partecipazione alla definizione degli strumenti gestionali, il grado di verticalizzazione dei processi decisionali, la multidimensionalità delle decisioni.

È peraltro utile ricordare come anche negli studi che ha focalizzato le amministrazioni pubbliche ricorrono spesso dicotomie paradigmatiche, riconducibili in gran parte a differenti approcci alla direzione aziendale. È il caso, appunto, della Public Administration, del management burocratico, del New Public Management, del financial

management, dei modelli accrual management e cash-based management. Ognuno di questi approcci, che spesso tuttavia possono sovrapporsi, è il risultato di un insieme di scelte implicite o esplicite che, in definitiva, qualificano i connotati essenziali del modello di management.

*Nel settore sanitario, in particolare, nonostante le riforme degli anni '90 abbiano – come è noto – radicalmente modificato il modello di governo delle aziende e, parallelamente, gli strumenti di supporto ai processi decisionali, ad oggi sembra ancora difforme il grado di sviluppo dei principi e delle logiche, ed ancora numerose le realtà in cui la funzione e gli strumenti di management, al di là degli adempimenti puramente formali, sono stati attivati con risultati non in linea con le aspettative.*

*Si osserva d'altronde come proprio all'interno delle aziende sanitarie pubbliche si sia assistito negli ultimi anni ad una accelerazione ulteriore nel senso dell'introduzione di tecniche avanzate di general management, in direttrici e modelli che hanno tenuto conto della peculiarità del settore e della sua rilevanza strategica per il controllo della spesa pubblica. Sono andati in questa direzione i sistemi di clinical risk management, l'implementazione della funzione di pianificazione e controllo strategico, lo sviluppo della funzione di comunicazione e marketing istituzionali secondo logiche customer based.*

*In questa prospettiva, emerge la necessità di analizzare i connotati essenziali dei modelli manageriali esistenti e le dimensioni rilevanti che li caratterizzano, al fine di individuare criticità e soluzioni innovative in grado di incrementare il grado di efficienza ed efficacia della funzione direzionale delle aziende sanitarie che è collegato alla capacità degli strumenti manageriali di fornire un supporto adeguato al governo sotto il profilo strategico ed operativo, in un'ottica di costante miglioramento qualitativo dei servizi erogati e di soddisfazione degli utenti.*

*Questo lavoro raccoglie i risultati di una ricerca finanziata dalla Regione Sardegna, nata con l'obiettivo di studiare il grado di managerialità delle aziende sanitarie, ai fini della definizione di possibili traiettorie di sviluppo nei modelli di management, funzionali al miglioramento delle performance sia nella dimensione strategica che in quella operativa. I risultati, ottenuti attraverso un'indagine empirica, sono stati ampliati con analisi inerenti ai principali profili del management in sanità.*

*Nell'articolazione del lavoro, il primo capitolo affronta il tema della autonomia manageriale nel settore sanitario, generalizzando alcune riflessioni inerenti alla reale possibilità dei manager di realizzare condizioni di equilibrio e, più in generale, di incidere in modo significativo sulle performance. La traslazione della teoria manageriale al settore pubblico è stata infatti sovente oggetto di critiche, molte delle quali concentrate sull'autonomia effettiva dei manager, talvolta apparsa non sufficientemente ampia nel governo delle variabili che incidono sui risultati.*

*Nel secondo capitolo vengono approfonditi gli assetti di governo e gli equilibri di potere che caratterizzano oggi le aziende sanitarie pubbliche, con riferimento partico-*

*lare agli organi di amministrazione e controllo che danno corpo all'architettura di governo, nonché alle fonti del potere decisionale. Il cambiamento che ha interessato il comparto sanitario pubblico ha, infatti, progressivamente favorito la formazione di nuovi organi e l'affermazione di nuove logiche di governo, rendendo di grande attualità il tema in un contesto quale quello sanitario caratterizzato, oltre che dalle peculiarità legate al particolare "bene salute" prodotto, dai tratti di complessità tipici dei contesti pubblici.*

*Il terzo capitolo tratta il tema della gestione strategica delle aziende sanitarie. Dopo una breve disamina della letteratura sul concetto di strategia e sui principali approcci di analisi, viene approfondito il processo di formulazione della strategia analizzando caratteristiche, limiti e condizionamenti nel contesto pubblico sanitario.*

*Il quarto capitolo analizza criticamente alcuni dei percorsi attraverso i quali la prospettiva della public governance ha trovato applicazione nel settore sanitario, al fine di evidenziarne peculiarità e prospettive di sviluppo. In particolare, vengono approfondite le modalità e le caratteristiche con cui i filoni teorici del governance network e della citizen participation hanno trovato applicazione in ambito sanitario.*

*Il quinto capitolo affronta il tema del risk management, evidenziando le peculiarità che tale strumento, già consolidato nelle aziende industriali, presenta nelle organizzazioni sanitarie. Si enfatizza, quindi, il rischio clinico quale componente prioritaria del profilo di rischio in tali organizzazioni e si evidenzia, accogliendo un'accezione sistemica del rischio, come il clinical risk management possa orientare la gestione delle organizzazioni sanitarie supportando il processo decisionale per realizzare la sicurezza e la qualità dei servizi erogati, nonché condizionando l'impostazione dell'intero sistema di controllo, attraverso un'attenta combinazione di meccanismi di controllo formali con quelli a valenza culturale.*

*Il sesto capitolo approfondisce il ruolo del marketing in ambito sanitario. In particolare, si evidenzia come, nonostante le molteplici resistenze all'applicazione del marketing management, l'interpretazione dei bisogni rappresenti un importante strumento strategico per avvicinare l'offerta alle esigenze della domanda e realizzare l'economicità. Acquisire gli strumenti propri del marketing consente di riprogettare i servizi erogati al fine di migliorare la percezione dei pazienti sulla qualità delle cure ricevute così da ridurre l'insoddisfazione che tradizionalmente caratterizza la sanità pubblica italiana.*

*Nel settimo capitolo si propone un innovativo sistema che, attraverso la valutazione di un ristretto numero di pratiche (15 suddivise in due dimensioni), permette di costruire una matrice per la classificazione dei modelli di management adottati dalle ASL italiane, in grado di far emergere le differenze esistenti fra le aziende di un sistema sanitario.*

*L'ultimo capitolo, infine, espone i risultati della prima applicazione della matrice di classificazione al contesto sanitario sardo. Dopo una descrizione del contesto di*

*riferimento, sono illustrate le evidenze dell'indagine e individuate le traiettorie future di evoluzione della ricerca.*

*Desidero ringraziare, infine, i componenti del gruppo di ricerca e gli altri autori che hanno accolto l'invito a fornire un contributo scientifico, per l'impegno, la professionalità e l'amicizia che ci lega al di sopra dei ruoli, delle responsabilità e dei problemi.*

LUDOVICO MARINÒ  
Ordinario di Economia Aziendale  
Coordinatore scientifico del  
Progetto di ricerca

Sassari, Università degli Studi, gennaio 2016

## Gli Autori

KATIA CORSI

Professore Associato di Economia Aziendale – Dipartimento di Scienze economiche e aziendali – Università degli Studi di Sassari

ALBERTO EZZA

Assegnista di Ricerca in Economia Aziendale – Dipartimento di Scienze economiche e aziendali – Università degli Studi di Sassari

NICOLETTA FADDA

Ricercatore di Economia Aziendale – Dipartimento di Scienze economiche e aziendali – Università degli Studi di Sassari

LUCIA GIOVANELLI

Professore Ordinario di Economia Aziendale – Dipartimento di Scienze economiche e aziendali – Università degli Studi di Sassari

LUDOVICO MARINÒ

Professore Ordinario di Economia Aziendale – Dipartimento di Scienze economiche e aziendali – Università degli Studi di Sassari

MARIELLA PINNA

Assegnista di ricerca di Economia e gestione delle imprese – Dipartimento di Scienze economiche e aziendali – Università degli Studi di Sassari

FEDERICO ROTONDO

Ricercatore confermato in Economia Aziendale – Dipartimento di Scienze umanistiche e sociali – Università degli Studi di Sassari

Ludovico Marinò

## 1. Continuità ed innovazione nel *management* del settore pubblico

La ricerca di migliori *performance* del settore pubblico rappresenta un tema da molto tempo al centro del dibattito politico, sociale ed economico<sup>1</sup>. Le politiche sviluppate per la riorganizzazione e l'introduzione di nuove modalità di governo sono la testimonianza di un ampio processo di trasformazione diretto a realizzare l'innalzamento dei livelli di efficienza operativa e della qualità dei servizi, in presenza di crescenti vincoli necessari per il controllo della spesa pubblica.

Tale rinnovamento nella gran parte dei Paesi occidentali si è fondato sulla crescente enfasi assegnata ai principi dell'economia di mercato<sup>2</sup> e, parallelamente, sulla spinta introduzione di valori, principi e tecniche di tipo *business-like*, in contrapposizione rispetto all'ortodossia della *public administration* classica di stampo weberiano<sup>3</sup>.

Il *new public management* (NPM)<sup>4</sup> ha, quindi, introdotto nelle amministrazioni

---

<sup>1</sup> Cfr. POLLIT C., BOUCKAERT G., *Public management reform*, Oxford, Oxford University Press, 2011, p. 2; BEHN R., *Rethinking democratic accountability*, New York, Brooklin Istitution Press, 2001, p. 26.

<sup>2</sup> Cfr. WALSH K., *Public service and market mechanism. Competition, contracting and the new public management*, Basingstoke, Macmillan, 1995, p. 64 ss.

<sup>3</sup> Lane propone una visione sistematica delle riforme che si sono compiutamente sviluppate negli anni '90, la quale individua tre elementi di fondo: *deregulation, privatisation e marketisation*. Cfr. LANE J.E., *Public sector reform, trends and problems*, London, Sage Publication, 1997.

<sup>4</sup> Cfr. HOOD C., *A public management for all seasons?*, "Public Administration", 69(1), 1991, pp. 3-19; STEWART J, WALSH K., *Change in the management of public services*, "Public Administration", 1992, 70(4), pp. 499-518; DUNSIRE A., *Administrative Theory in the 1980s: a view point*, "Public Administration", 1995, 73(1), pp. 17-40.

pubbliche principi di governo aziendale, ampliando la sfera di responsabilità dei dirigenti e definendo una nuova figura di manager pubblico<sup>5</sup>. Tali principi sono stati supportati da modifiche negli assetti e nei meccanismi organizzativi, dalla ampia diffusione di funzioni e tecniche di gestione aziendale.

L'ortodossia del NPM è stata sostenuta da molti studiosi nel campo delle discipline aziendali e della scienza manageriale orientati, talvolta apriosticamente, ad affermarne una sorta di superiorità rispetto al paradigma classico ritenuto superato dai profondi cambiamenti avvenuti nello scenario economico e sociale, e non in grado di rappresentare un modello di governo flessibile orientato verso l'efficienza nell'utilizzo delle risorse e l'efficacia nel soddisfacimento dei bisogni.

Il modello tradizionale burocratico, noto anche come *old public administration*<sup>6</sup>, che ha risentito dell'influenza decisiva esercitata dagli studi di Max Weber, è stato dominante fino alle riforme iniziate alla metà degli anni '70. Come è noto, centrale nella teoria weberiana è il ruolo del sistema normativo finalizzato a disciplinare in modo puntuale l'attività delle amministrazioni e le decisioni assunte dai dirigenti nell'impiego di fondi pubblici<sup>7</sup>. La norma è vista come condizione necessaria per la concreta attuazione del controllo democratico sull'operato dei dirigenti, nonché strumento essenziale per ridurre gli spazi di discrezionalità e per la "spersonalizzazione" del ruolo dei burocrati<sup>8</sup>.

Nondimeno, nell'impostazione classica assume fondamentale rilevanza la gerarchia come elemento basilare del sistema di *governance*, in accordo con le ipotesi di Weber inerenti al predominio del potere di tipo razionale quale fonte di legittimazione per lo sviluppo di relazioni di tipo gerarchico<sup>9</sup>.

La burocrazia organizzata, pertanto, si fonda su un insieme di condizioni che regolano l'equilibrio tra norme e gerarchia, tra cui assumono fondamentale rilevanza l'esercizio di funzioni vincolate alla regolamentazione normativa e la definizione punta-

---

<sup>5</sup> "The reform of public administration over the past several decades has concentrated on the managerial aspects of government, attempting to make government more efficient, effective and economical. These three Es have driven a massive change in the public sector, much of it focusing on the role of the market as an example for good management". Cfr. GUY PETERS B., PIERRE G., *Introduction: the role of public administration in governing*, in GUY PETERS B., PIERRE J. (eds.), *The SAGE handbook of public administration*, London, Sage Publications, 2008, p. 5.

<sup>6</sup> Cfr. DUNLEAVY P., HOOD C., *From old public administration to new public management*, "Public Money & Management", 1994, 14(3), pp. 9-16.

<sup>7</sup> Cfr. MOORE M.H., *La creazione del valore pubblico. La gestione strategica nella pubblica amministrazione*, Milano, Guerini, 2003.

<sup>8</sup> Cfr. LYNN L.E., *The Mith of the beurocratic paradigm: what traditional public administration really stood for*, "Public Administration Review", 2001, 61(2), pp. 197-222.

<sup>9</sup> Cfr. WEBER M., *Economia e società*, vol. I, *Teoria delle categorie sociologiche*, Milano, Edizioni di Comunità, 1980, p. 210.

le dell'insieme di doveri e dei poteri impositivi dei soggetti posti al vertice della piramide gerarchica<sup>10</sup>.

Le peculiarità dei processi decisionali nel settore pubblico hanno condotto allo studio dei rapporti tra gli organi politici, legittimati a decidere con il mandato dei cittadini attraverso il voto, ed i burocrati, legati alle amministrazioni pubbliche da rapporti di lavoro di tipo subordinato ed impegnati a declinare le linee di indirizzo politico in azioni, entro i confini tracciati dalle norme e dai regolamenti. Il paradigma classico individua una netta separazione tra i due soggetti, come condizione necessaria per la realizzazione di migliori *performance* ed a garanzia della correttezza formale nell'esercizio delle funzioni<sup>11</sup>. Il principio di separazione delle responsabilità di ordine politico rispetto a quelle di natura amministrativa, che resterà peraltro centrale anche nel NPM, ha prodotto alle origini una sorta di scissione negli studi scientifici che ha collocato nel nucleo delle scienze politiche l'analisi delle politiche pubbliche e, più in generale, dell'attività di governo, lasciando alla *public administration* in senso stretto il compito di analizzare le peculiarità organizzative, gestionali e contabili degli apparati burocratici. Il dominio delle discipline giuridiche, in particolare del diritto amministrativo, si accompagna alla diffusione dei principi dello *scientific management*, con la finalità di individuare regole generali ed universali improntate alla razionalità tecnica, necessarie per favorire la realizzazione dell'efficienza, dell'efficacia e dell'equità delle politiche pubbliche. In altri termini, il connubio tra la disciplina amministrativa e lo sviluppo dei principi e delle tecniche di matrice tayloristica porta alla convinzione che possa essere identificato un modello ideale di gestione, nel quale i burocratici assumono le vesti di meri esecutori di procedure strettamente codificate<sup>12</sup>.

Il grande cambiamento introdotto dalla riforma neomanageriale non ha, tuttavia, portato all'abbandono completo dei caratteri di fondo del modello burocratico, che tuttora dominano in molte realtà pubbliche<sup>13</sup>. La risposta del settore pubblico alla crisi

---

<sup>10</sup> Sono considerate altre condizioni basilari l'organizzazione gerarchica degli uffici, la convivenza tra il quadro regolamentare (che disciplina le attività svolte nell'esercizio delle funzioni dal punto di vista tecnico) e le norme impositive (che definiscono i limiti e le modalità di esercizio del potere in relazione alla funzione svolta), la netta separazione tra il ruolo pubblico e la sfera personale, unita alla spersonalizzazione del ruolo garantita dal sistema di norme e di regole che disciplina l'operato dell'ufficio e che, di fatto, rappresenta un sistema di decisioni *ex-ante*. Cfr. LANE J.E., *New public management*, London, Routledge, 2001, pp. 19-21.

<sup>11</sup> Cfr. SVARA J.H., *The myth of the dichotomy: complementary of politics and administration in the past and future of public administration*, "Public Administration Review", 61(2), 2001, pp. 176-183.

<sup>12</sup> Cfr. TAYLOR W.F., *The principles of scientific management*, New York, Harper & Row, 1911; FAYOL H., *Direzione industriale e generale*, Milano, Franco Angeli, 1959 (ed. or. 1916).

<sup>13</sup> Come osserva Hood, è innegabile l'influenza della cultura burocratica anche all'indomani dell'avvento delle riforme neomanageriali. La volontà di superare, inoltre, i limiti del precedente modello di governo (in particolare la semplificazione attraverso una riduzione del peso della burocrazia e la trasformazione delle pubbliche amministrazioni in organismi *business-like*) ebbe come conseguenza il paradossale

del sistema economico mondiale è consistita in un profondo ripensamento delle logiche e dei principi di funzionamento<sup>14</sup> che può essere esaminato in tre fasi fondamentali. La prima, iniziale, che vede l'introduzione di metodi gestionali legati alla pianificazione e al controllo dei costi (analisi costi/benefici, *rational planning*, ecc.); la seconda, collocabile all'inizio degli anni '90, nella quale si assiste ad una sorta di convergenza di studiosi ed operatori verso una visione unitaria ed alla vera e propria affermazione di un nuovo paradigma; la terza, attualmente in atto, che presenta una rinnovata fluidità sia nella ricerca, impegnata a formulare nuove teorie e modelli dominanti, che nella pratica, senza tuttavia un modello specifico di riferimento<sup>15</sup>.

Alla base del NPM nella prospettiva aziendale è, in primo luogo, la diffusione di uno stile di *management* partecipativo e di una figura manageriale visibile, libera di gestire e chiaramente identificabile nelle scelte, nelle azioni e nelle responsabilità, al fine di instaurare efficaci relazioni di *accountability* interne ed esterne. Sotto il profilo gestionale, assume assoluto rilievo il controllo dei risultati in termini di efficienza, efficacia ed *outcome*, in sostituzione di un controllo focalizzato esclusivamente sulle procedure, e l'enfasi crescente sul più efficiente utilizzo delle risorse, attraverso la riduzione degli sprechi ed il controllo dei costi. Dal punto di vista organizzativo, si assiste al superamento della visione monolitica della pubblica amministrazione attraverso la creazione di unità organizzative snelle, autonome e specializzate, più funzionali alla realizzazione di superiori livelli di efficienza<sup>16</sup>.

Rileva, parallelamente, come lo spostamento del focus della responsabilità dei dirigenti dalle procedure ai risultati e, parallelamente, l'introduzione di meccanismi di retribuzione di tipo premiale delineino una figura di dirigente pubblico la cui funzione non è più limitata alla conoscenza ed alla corretta osservanza della legge, ma si estende anche all'organizzazione del lavoro e all'efficienza nell'impiego delle risorse per la realizzazione di *output* in grado di soddisfare i bisogni degli utenti.

In una prospettiva di *governance*, viene ulteriormente accentuata la separazione delle

---

effetto di aumentarne il peso e l'incisività. Cfr. HOOD C., *Paradoxes of public sector managerialism, old public management and public service bargains*, "International Public Management Journal", 3, 2000, pp. 1-22.

<sup>14</sup> Nella cultura USA si fa spesso riferimento all'espressione *reinventing government*, tratta dal noto e influente contributo di Osborne e Gaebler. Cfr. OSBORNE D., GAEBLER T., *Reinventing government. How the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*, Addison, Welsey Publishing, 1992.

<sup>15</sup> Cfr. POLLIT C., BOUCKAERT G., *Public management reform*, cit., p. 11.

<sup>16</sup> Osborne e McLaughlin osservano come l'elencazione dei principali elementi dottrinali effettuata da Hood riuscì a produrre una rilevante convergenza verso una visione unitaria, anche se vi fu un ampio dibattito circa la natura ed il contenuto del NPM, nonché sulla reale capacità di introdurre innovazioni in grado di migliorare le *performance* delle amministrazioni pubbliche. Gli autori individuano la separazione tra decisioni politiche e decisioni manageriali come ulteriore elemento dottrinale. Cfr. OSBORNE S.P., MCLAUGHLIN K., *The new public management in context*, in MCLAUGHLIN K., OSBORNE S.P., FERLIE E., *New public management: current trends and future prospects*, London, Routledge, 2002, p. 10 ss.

scelte e delle responsabilità di natura politica rispetto a quelle di natura amministrativa, come condizione necessaria per la scissione degli interessi generali legati al carattere sociale delle missioni istituzionali perseguite dalle organizzazioni pubbliche, rispetto alle responsabilità del *management* sull'utilizzo più corretto delle risorse e sull'efficacia.

I cambiamenti introdotti per via normativa<sup>17</sup> nella quasi totalità delle amministrazioni pubbliche del nostro Paese a partire dagli inizi degli anni '90 hanno cercato di rompere in maniera più o meno netta gli schemi concettuali della *public administration*<sup>18</sup> e riflettono la necessità di migliorare i risultati attraverso l'aumento del grado di razionalità dei processi decisionali ed una maggiore focalizzazione sulla dimensione economica delle scelte<sup>19</sup>.

L'analisi retrospettiva dell'esperienza italiana sembra avvalorare l'ipotesi che l'insieme delle leggi di riforma non siano in tutto riconducibili al paradigma neomanageriale, ma siano piuttosto il risultato di un processo di adesione selettiva a differenti modelli teorici, sebbene nelle intenzioni iniziali i cambiamenti sembrarono diretti a favorire una netta transizione verso modelli di gestione manageriale<sup>20</sup>. Tra le caratteristiche dominanti, inoltre, è possibile identificare un processo di cambiamento esogeno, guidato per via normativa e imposto nelle diverse realtà del settore e, per contro, la quasi completa assenza di cambiamenti endogeni autodeterminati e non vincolati a norme di legge<sup>21</sup>. La copiosa normativa ha prodotto spesso il paradossale risultato di

---

<sup>17</sup> Un'analisi del percorso di riforma in Italia di ispirazione neomanageriale è contenuta in: GIOVANNELLI L., *Le amministrazioni pubbliche tra autonomia e vincoli di sistema*, "Azienda Pubblica", 2013, 3, pp. 293-307. Si veda anche MENEGUZZO M., *The study of public management in Italy. Management and the dominance of public law*, in KICKERT W. (eds.), *The study of public management in Europe and US*, London, Routledge, 2008.

<sup>18</sup> Gli studi di *public management* fin dagli albori, all'inizio del XX secolo, hanno denotato spiccati connotati di interdisciplinarietà, con particolare incidenza del contributo delle scienze politiche, della sociologia e del diritto amministrativo. Tuttavia, l'affermazione della *Public Administration* come disciplina autonoma viene fatta comunemente risalire al contributo di Woodrow Wilson del 1887. Cfr. WILSON W., *The study of administration*, "Political Science Quarterly", 2(2), 1887, pp. 197-222. Sul tema si vedano anche: RABIN J., BOWMAN J.S. (eds.), *Politics and administration: Woodrow Wilson and American public administration*, Boca Raton, CRC Press, 1984, 81; ROSEMBLOOM D., *The politics administration dichotomy in US historical context*, "Public Administration Review", 68(1), 2008, pp. 57-60; MUSSARI R., *Il management delle aziende pubbliche*, Padova, Cedam, 1984.

<sup>19</sup> Cfr. GROOT T., BUDDING T., *New public management's current issues and future prospects*, "Financial Accountability & Management", 24, 2008, pp. 1-13; FERLIE E. et al., *The new public management in action*, Oxford, Oxford University Press, 1996; OSBORNE D., GAEBLER T., *Reinventing government: how the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*, cit.; BARZELAY M., *The New Public Management. Improving research and policy dialogue*, Berkeley, University of California Press, 2001, Milano, Egea, 2002; OSBORNE S.P. (eds.), *The new public governance?*, London, Routledge, 2010.

<sup>20</sup> Cfr. KULHAM S., *New Public Management for the "Classical Continental European Administration: modernization at the local level in Germany, France and Italy*, "Public Administration", 88(4), 2010, pp. 116-1130.

<sup>21</sup> Cfr. MENEGUZZO M., MELE V., *Designing and implementing innovation policy in the public sector:*

favorire un'applicazione di tipo formale o adempimentale, che spesso non ha sortito gli effetti sperati sotto il profilo sostanziale<sup>22</sup>.

La transizione verso un modello di gestione *business-like* doveva essere accompagnata da una radicale modifica nella cultura e nei valori organizzativi delle pubbliche amministrazioni, ma tale cambiamento non sempre è sembrato realizzarsi in modo chiaro e definitivo, a causa delle resistenze interne alle amministrazioni, delle oggettive difficoltà legate all'implementazione delle innovazioni gestionali e, talvolta, per alcune incoerenze contenute nelle leggi di riforma. La risposta prevalentemente adempimentale alle innovazioni imposte per via normativa in alcuni casi ha avuto l'effetto di svuotarne i contenuti, impedendo ai meccanismi e agli strumenti manageriali di dispiegare pienamente i propri effetti.

L'entusiasmo iniziale con il quale sono state accolte le innovazioni nel mondo accademico con il trascorrere del tempo è scemato per dare spazio comprensibilmente ad approcci più prudenti e critici, se non addirittura revisionisti<sup>23</sup> e, parallelamente sono emersi non trascurabili elementi di ambiguità<sup>24</sup>. Alcuni dubbi, tuttavia, hanno riguardato la portata rivoluzionaria del cambiamento, soprattutto in Paesi quale il nostro in cui il percorso di riforma si è rivelato incerto e frammentario<sup>25</sup>.

Infine, il NPM ha prodotto in alcune circostanze risultati inattesi con riferimento specifico alle linee di innovazione introdotte. Si pensi alla definizione dei confini e delle responsabilità tra potere politico e organi gestionali<sup>26</sup>, in modo da ridurre il peso della politica, che nella realtà si è spesso tradotta in un recupero ulteriore di spazi

---

*the Italian experience*, in CEPIKU D., MENEGUZZO M., SENESE M. (eds.), *Innovations in public management and governance in Italy*, Roma, Aracne, 2008, p. 19 ss.

<sup>22</sup> Cfr. ONGARO E., VALOTTI V., *Public management reform in Italy: explaining the implementation gap*, "International Journal of Public Sector Management", 21(2), 2008, pp. 174-204.

<sup>23</sup> In letteratura si riscontrano opinioni divergenti sulla portata innovativa del NPM. Tra gli altri il contributo di Pollit, quello di Lapsey e quello di Hughes più incline a sottolinearne i limiti e la portata stessa paradigmatica. Cfr. POLLIT C., *The essential public manager*, Philadelphia, Open University Press, 2003, p. 37; LAPSEY I., *The NPM agenda: back to the future?*, "Financial Accountability and Management", 41(1), 2008, pp. 77-96; HUGHES O., *What is or was New Public Management*, The 12<sup>th</sup> Annual Meeting of the International Research Society of Public Management, Brisbane, 2008.

<sup>24</sup> Mintzberg sottolinea in particolare l'ambiguità relativa alla libertà dei manager nella loro attività. Afferma in proposito: "Let the managers manage, people say. Many have great faith in managers trained in the so-called profession of management [...]. These assumption, in my opinion, collapse in the face of what most government agencies do and how they have to work". Cfr. MINTZBERG H., *Managing government, governing management*, "Harvard Business Review", 1996, 74(3), pp. 75-83.

<sup>25</sup> Cfr. HOOD C., *Paradoxes of public-sector managerialism*, cit.

<sup>26</sup> Cfr. GIOVANELLI L., *L'area del potere aziendale nelle amministrazioni pubbliche*, in FORTUNA F. (a cura di), *Liber amicorum di Umberto Bertini. L'uomo, lo studioso, il professore*, Milano, Franco Angeli, 2012, pp. 363-373.

d'influenza attraverso il presidio dei meccanismi di nomina, valutazione, revoca o conferma dei dirigenti<sup>27</sup>.

Il fervore degli studi sul tema ha prodotto nuove visioni ed un numero abbastanza ampio di modelli nati dall'osservazione dei limiti del NPM, tra i quali hanno assunto particolare rilevanza la prospettiva della *New Public Governance*<sup>28</sup> e, in seguito, quella del *Neo Weberian State*<sup>29</sup>.

## 2. L'azienda sanitaria nel sistema di quasi-mercato: dinamiche competitive

La definizione di schemi competitivi di quasi-mercato, collocabili all'estremo opposto rispetto all'erogazione in monopolio (c.d. *State provision*), è una condizione ritenuta fondamentale per l'aumento del grado di autonomia imprenditoriale e per la creazione di incentivi che orientino le organizzazioni verso standard più elevati di efficienza e di qualità dei servizi associati all'aumento del grado di pressione competitiva<sup>30</sup>.

---

<sup>27</sup> Cfr. MAOR M., *The paradox of managerialism*, "Public Administration Review", 59(1), 1999, pp. 5-18.

<sup>28</sup> Lo spostamento del *focus* dal governo alla *governance* riflette il definitivo cambiamento del ruolo delle amministrazioni pubbliche nell'era moderna e costituisce il superamento di alcuni dei limiti più evidenti del NPM. Centrale diviene l'acquisizione della capacità di governare sistemi relazionali ibridi tra mercato e gerarchia, nell'ambito dei quali ad organismi di *meta-management* è assegnato il difficile compito di bilanciare obiettivi, interessi e competenze di soggetti diversi, attraverso la condivisione, la fiducia e lo scambio di risorse ed informazioni. Ulteriori approfondimenti sono contenuti nel capitolo IV al quale si rinvia.

<sup>29</sup> Di recente la letteratura ha affermato la dignità scientifica di un nuovo modello paradigmatico, nato dal necessario ed originale adattamento del NPM alla cultura e al contesto socio-economico continentale, definito Neo Weberian State. Il NWS nasce in primo luogo come reazione alla ossessiva ricerca della marginalità dello Stato nei sistemi economici, apparsa non coerente e quasi in antitesi con la tradizione culturale europea, basata invece sulla centralità dello Stato. In secondo luogo, il modello neoweberiano è la risposta ad un'altra critica frequentemente rivolta al NPM, le cui innovazioni non sempre sono riuscite a produrre gli auspicati incrementi di efficienza dell'attività svolta dal settore pubblico. Cfr. POLLIT C., BOUCKAERT G., *Public management reform. A comparative analysis*, II ed., Oxford, Oxford University Press, 2004; Cfr. LYNN L.E., *What is a Neo-Weberian State? Reflections on a Concept and its Implications*, "The NISPAcee Journal of Public Administration and Policy", 1(2), 2008, pp. 17-30; CEPIKU D., MENEGUZZO M., *Public Administration Reform in Italy: a shopping-basket approach to the New Public Management or the New Weberianism?* "International Journal of Public Administration", 34(1-2), 2011, pp. 19-25; DUNN W.N., MILLER D.Y., *A critique of the new public management and the neo-Weberian State: advancing a critical theory of administrative reform*, "Public Organization Review", 7(4), 2004, pp. 345-358.

<sup>30</sup> Nell'impostazione generale, i sistemi di quasi-mercato si fondano su alcuni elementi di base: l'abbandono da parte dello Stato (inteso come livello governativo centrale e istituzioni pubbliche territoriali) della funzione di produzione diretta dei servizi, a vantaggio delle funzioni di pianificazione, coordi-

In questo scenario, l'ipotesi basilare è che la libera scelta delle strutture di produzione da parte degli utenti garantisca che l'allocazione delle risorse finanziarie premi, almeno in teoria, i produttori migliori in base al gradimento espresso dalla domanda orientando l'offerta verso una maggiore attenzione ai bisogni, i produttori verso una maggiore efficienza operativa, il mercato verso una maggiore efficienza allocativa<sup>31</sup>. Parallelamente, la libertà di scelta potrebbe risultare strumentale alla riduzione dell'inequità, ponendo ognuno in condizione di accedere potenzialmente ai migliori servizi<sup>32</sup>.

L'introduzione di meccanismi di finanziamento di tipo *demand driven* d'altra parte è un presupposto fondamentale per legare i flussi di finanziamento delle unità di produzione ai servizi effettivamente erogati (e quindi al livello di domanda, anziché al livello di offerta), che è a sua volta condizione essenziale per l'autonomia economico-finanziaria alle aziende, nonché incentivo fondamentale per la realizzazione di adeguati standard di efficienza.

Nei modelli concorrenziali applicati al settore sanitario, i soggetti che operano nel mercato possono svolgere unicamente funzioni di produzione (come ad esempio gli ospedali), oppure esclusivamente una funzione di acquisto per conto degli utenti o, ancora, in una variante del *mixed market*, funzioni di committenza e di produzione (come ad esempio le Aziende Sanitarie Locali nel nostro Paese)<sup>33</sup>. In quest'ultima circo-

---

namento e finanziamento; l'affidamento della produzione ad una pluralità di organizzazioni autonome sotto il profilo giuridico ed economico, pubbliche o private che operano in competizione diretta sul mercato per l'erogazione dei servizi; l'allocazione delle risorse finanziarie alle unità di produzione secondo meccanismi legati direttamente alla domanda espressa dagli utenti o di tipo premiale. Cfr. LE GRAND J., *Quasi-market and social policy*, cit., p. 1257.

<sup>31</sup> Cfr. ENTHOVEN A., *Theory and practice of management competition in health care finance*, Amsterdam and New York, North Holland Publishing, 1988.

<sup>32</sup> Sull'introduzione di meccanismi concorrenziali in ambito sanitario si vedano tra gli altri: CULYER A.J., MCGUIRE A. (eds.), *Competition in Health Care. Reforming the NHS*, London, McMillan, 1972; MAYNARD A., *Developing the health care market*, "Economic Journal", 101, 1991, pp. 1277-86; BARTLETT W. et al., *Quasi-markets in the welfare state*, Saus, Bristol, 1994; DAWSON D., *Cost and prices in the internal market: markets versus the NHS Management. Executive guidelines*, Centre for Health Economics, Discussion Paper, 1994; FLYNN R., WILLIAMS G. (eds.), *Contracting for health, quasi markets and the National Health Service*, Oxford, Oxford University Press, 1997; GAYNOR M., *Consolidation and competition in health care markets*, Pittsburgh, Carnegie Mellon University, 1998; GAYNOR M., TOWN R.J., *Competition in health care markets*, CMPO Working Paper n. 12/282, Bristol, University of Bristol, 2012.

<sup>33</sup> Cfr. SALTMAN R.B., VAN OTTER C., *Implementing health care reforms*, Oxford, Open University Press, 1995; Cfr. FATTORE G., *Sistemi di competizione amministrata nel SSN; modelli di finanziamento a tariffa e modelli regionali*, "Mecosan", 1996, 5(19), pp. 81-85, Cfr. NICITA A., *Il pendolo delle riforme nei sistemi sanitari europei*, Quaderni CERM, aprile 2004, n. 5, p. 8; COMPAGNONI V., *Modelli di concorrenza amministrata e riforme sanitarie*, "Economia pubblica", 2006, 3, pp. 105-137; PETRETTO A., *Modelli economici di organizzazione sanitaria e finanziamento*, relazione presentata al Convegno "Diritto alla salute tra unità e differenziazione: modelli di organizzazione sanitaria a confronto", Firenze, 20 novembre 2009, "Società Italiana di Economia Pubblica", 2009, Working Paper n. 634, p. 9.

stanza, evidentemente, si crea l'incentivo alla produzione interna di prestazioni (per la quale l'azienda sanitaria sostiene un costo marginale), rispetto all'acquisto da produttori esterni che è invece remunerato con tariffe ancorate al costo pieno.

La letteratura, tuttavia, ha segnalato alcune criticità legate da un lato alla reale capacità della *public competition* di incidere effettivamente sulla qualità dei servizi offerti, sull'efficienza produttiva e sull'efficienza allocativa, dall'altro ai possibili effetti perversi in termini di ulteriore aumento dell'iniquità<sup>34</sup>.

I meccanismi di finanziamento su base premiale, in particolare, tendono ad aumentare il *gap* tra presunti *best performers*, che riceveranno progressivamente risorse aggiuntive, ed i *worst performers* che subiranno invece tagli progressivi. Se questo può ritenersi un effetto desiderato del modello concorrenziale, è altresì evidente come per le organizzazioni che denotano caratteristiche di territorialità e le cui *performance* sono fortemente influenzate dal contesto socio-economico e geografico, la progressiva restrizione delle risorse condurrà fatalmente all'accrescimento dell'iniquità.

Le più rilevanti criticità, in particolare, sono relative all'esercizio della libera scelta da parte dei pazienti (considerata l'asimmetria informativa). È stato, infatti, ampiamente sottolineato il rischio che le scelte, proprio a causa dell'informazione imperfetta, non necessariamente privilegino i produttori migliori, portando a risultati divergenti rispetto alla finalità di realizzare attraverso la concorrenza un'efficiente allocazione delle risorse, derivante dall'allineamento degli incentivi dei produttori, dei medici e dei pazienti<sup>35</sup>. Sotto il profilo dell'analisi strettamente economica, le maggiori critiche si sono concentrate invece sull'eccessiva enfasi posta sui costi di monitoraggio nei sistemi *command and control*<sup>36</sup>, non considerando le economie nei costi di transazione

---

<sup>34</sup> "As we have seen, a major justification for the introduction of quasi-markets is that they would promote X-efficiency. But this is open to question. The indeterminacy of enterprises' objectives (profits, turnover, social welfare?) makes it difficult to predict how they will respond to market incentives [...] Advocates of quasi-markets often argue that, even if there are no production costs savings, there will at least be an expansion of consumer choice – desirable in itself in that it will create greater allocative efficiency. But will there necessarily be more choice in quasi-markets than under bureaucratic system? How much choice do parents have if there is only one school in an area? [...] A common criticism of conventional markets (and a common justification for their replacement by bureaucracies) is that they foster and maintain inequalities and therefore social injustice. Quasi-markets may well have similar effects. In particular they may create problems of selectivity". Cfr. LE GRAND J., *Quasi-markets and social policy*, "The Economic Journal", 1991, 101, pp. 1256-1267, pp. 1262-1266.

<sup>35</sup> Cfr. DAWSON D., *The NHS plan: an economic perspective*, Centre for Health Economics, York, University of York, 2001.

<sup>36</sup> Si vedano in particolare: BARTLETT W., *Quasi-markets and contracts: a market and hierarchies perspective on NHS reform*, "Studies in Decentralization and Quasi-Markets", Bristol, University of Bristol, School of Advanced Urban Studies, 1991, 3; BELLI P., *La rilevanza della teoria dei diritti di proprietà per lo studio della riforma sanitaria inglese*, in PETRETTO A. (a cura di), *Economia sanitaria*, Bologna, Il Mulino, 1997.

ottenibili nei modelli gerarchici integrati, in accordo con la teoria istituzionalista<sup>37</sup>.

La *governance* della sanità italiana, nello specifico, si basa su tre livelli decisionali: il livello governativo centrale, cioè lo Stato, che assume funzioni di coordinamento e di indirizzo generale del sistema sanitario; il livello governativo intermedio, rappresentato dalle Regioni, con funzioni di indirizzo specifico e di organizzazione; il livello aziendale, riguardante la produzione dei servizi, attraverso le funzioni assistenziali assegnate alle aziende sanitarie locali (ASL) e alle aziende ospedaliere (AO)<sup>38</sup>.

L'indirizzo generale avviene in via prioritaria attraverso la definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e la ripartizione alle Regioni del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) che, nonostante il più volte annunciato avvento del federalismo fiscale, continua a rappresentare la principale fonte di alimentazione dei fondi sanitari regionali (FSR)<sup>39</sup>. Il governo del sistema è poi demandato alle Regioni e alle Province Autonome, la cui autonomia in materia sanitaria è finalizzata a favorire la *devolution* delle decisioni a carattere organizzativo e gestionale, unitamente alla attribuzione di specifiche responsabilità finanziarie ed economiche collegate alla gestione dei servizi. La definizione dei principi sull'organizzazione del settore e dei servizi, l'articolazione territoriale delle ASL, la costituzione di aziende ospedaliere autonome, la localizzazione delle specialità all'interno dei presidi ospedalieri, la determinazione dei meccanismi di finanziamento, la nomina dei vertici aziendali, l'approvazione dei bilanci e dei documenti di programmazione delle aziende sono alcune delle principali azioni nelle quali si concretizza il governo strategico.

La tutela della salute attraverso la produzione dei servizi è assegnata alle ASL e alle AO autonome, entrambe definite dal legislatore come aziende dotate di personalità giuridica ed autonomia imprenditoriale con identico assetto di *governance* che conferisce ad un organo monocratico nominato dalla Regione – il Direttore Generale – coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario dallo stesso nominati – il potere e le responsabilità aziendali. Sotto il profilo economico-finanziario, la gestione e, dunque, la responsabilità dei vertici aziendali è vincolata al pareggio di bilancio, garantito dall'equilibrio tra ricavi (comprensivi dei trasferimenti regionali) e costi. Le

---

<sup>37</sup> Cfr. WILLIAMSON O., *The economic institutions of capitalism: firms, markets relational contracting*, New York, The Free Press, 1985; GROSSMAN S., HART O.D., *The costs and benefits of ownership: a theory of lateral and vertical integration*, "Journal of Political Economy", 1986, 94, pp. 691-719.; HART O.D., MOORE J., *Property rights and the nature of the firm*, "Journal of Political Economy", 98, 1990, pp. 1120-1157.

<sup>38</sup> Si vedano il d.lgs. n. 502/1992, il d.lgs. n. 517/1993 ed il d.lgs. n. 229/1999. Più recentemente, infine, il d.l. 13 settembre 2012, n. 158, convertito nella l. n. 189/2012 ha introdotto ulteriori innovazioni alla normativa in materia di organizzazione del servizio sanitario nel nostro Paese.

<sup>39</sup> Cfr. MARINÒ L., *Dinamiche di finanziamento, economicità ed uguaglianza nei servizi sanitari. Condizioni, limiti ed implicazioni*, in GIOVANELLI L. (a cura di), *La valutazione delle performance in ambito sanitario. Profili teorici ed evidenze empiriche*, Torino, Giappichelli, 2013.

ASL sono i soggetti ai quali la Regione assegna in via prioritaria la missione istituzionale di tutela della salute della collettività, con funzioni di produzione e di committenza per conto dei propri assistiti<sup>40</sup>.

L'allocazione delle risorse finanziarie dalla Regione alle ASL avviene su base pro-capite corretta e per macro-funzioni assistenziali (assistenza ospedaliera, territoriale e collettiva) e conferisce ad esse il ruolo di *fundholder* nei confronti della popolazione assistita. Alle aziende ospedaliere è invece assegnata una funzione di produzione di servizi (in regime di ricovero o ambulatoriali), per cui il meccanismo fondamentale di allocazione delle risorse è collegato alla prestazioni erogate valorizzate attraverso tariffe regionali specifiche per caso trattato. In base alla libera scelta dei pazienti le ASL assicurano i LEA attraverso la produzione diretta di prestazioni tramite le proprie strutture oppure tramite l'acquisto di prestazioni da terzi produttori accreditati che operano nel sistema di quasi-mercato regionale o nazionale (altre ASL intra o extra-regionali, aziende ospedaliere intra o extra regionali, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e tecnologico, strutture private) con i quali instaurano rapporti di tipo contrattuale<sup>41</sup>.

Ogni sistema di finanziamento determina un campo di rischi e di opportunità ed è possibile affermare che il comportamento dei manager tenda ad allinearsi agli incentivi impliciti nei meccanismi di finanziamento<sup>42</sup>.

Nel modello generale, le ASL hanno una capacità di spesa annuale proporzionata, almeno in teoria, ai fabbisogni assistenziali prospettici della popolazione destinata tanto all'acquisizione dei fattori produttivi di tipo corrente necessari alla produzione interna di servizi, quanto all'acquisto di prestazioni sanitarie da terzi per conto dei propri assistiti. La libertà di scelta dei pazienti può determinare, infatti, la loro migrazione verso strutture diverse da quelle della ASL di appartenenza. In questi casi, le scelte effettuate muoveranno le risorse finanziarie dal *fundholder* (la ASL) verso i produttori (AO, altre ASL oppure cliniche private accreditate) che operano nel quasi-mercato. La mobilità in uscita (o passiva) assorbe virtualmente una parte del budget di spesa assegnato, mentre la mobilità in entrata (o attiva) integra le assegnazioni regionali.

Se le scelte degli utenti fossero razionali, il meccanismo di allocazione tenderebbe

---

<sup>40</sup> Ai sensi dell'art. 3, c. 1 del d.lgs. n. 229/1999, "[...] le regioni, attraverso le unità sanitarie locali, assicurano i livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, avvalendosi anche delle aziende di cui all'articolo 4".

<sup>41</sup> Lo schema descritto è quello che emerge dalla lettura del disposto normativo nazionale ed è quello applicato, tuttora, in molte realtà regionali, ma è opportuno considerare che le leggi di riforma hanno concesso un'ampia discrezionalità alle Regioni per la scelta delle modalità di organizzazione e di finanziamento, creando in realtà i presupposti per una sorta di servizio sanitario "federale". Cfr. REVIGLIO F., *Sanità. Senza vincoli di spesa?*, Bologna, Il Mulino, 1999.

<sup>42</sup> Cfr. JOMMI M., DEL VECCHIO M., *I sistemi di finanziamento delle aziende sanitarie nel Servizio Sanitario Nazionale*, "Mecosan", 2004, 13(49), pp. 9-20.

a premiare i produttori migliori, cioè quelli in grado di offrire servizi di qualità più elevata ed alle condizioni economiche più vantaggiose, creando efficienza allocativa. Tuttavia, le scelte degli assistiti non sempre sono legate agli standard qualitativi dell'offerta e, nel sistema di quasi-mercato italiano, a causa della mancata previsione di *voucher* individuali, non dipendono dal rapporto qualità/prezzo. Considerando, altresì, l'informazione imperfetta di cui gli utenti dispongono sul proprio stato di salute, sui trattamenti necessari a migliorarla, sulla qualità e sull'appropriatezza dei percorsi assistenziali, le loro scelte non possono definirsi razionali. Questo, che abbiamo visto rappresentare una delle principali criticità nei sistemi di quasi-mercato, è in realtà un problema molto complesso, date le implicazioni sul controllo dei limiti di spesa da parte delle Regioni e sulla capacità delle ASL di contenere la spesa all'interno delle assegnazioni annuali al fine della realizzazione del pareggio di bilancio.

Il quasi-mercato tende di conseguenza a creare spinte concorrenziali contrapposte tra gli acquirenti di prestazioni, incentivati a contenere le fughe dei pazienti, e i fornitori di prestazioni, incentivati a potenziare la loro capacità di attrazione, poiché da questa dipendono i flussi di finanziamento. In questo scenario, le ASL e le AO hanno, pertanto, differenti problemi competitivi. Le prime, infatti, sono chiamate a trovare le soluzioni più adeguate per contenere le fughe di pazienti, evitando comunque, quando possibile, di ospedalizzare considerato che l'assistenza in regime di ricovero presenta costi più elevati, dovuti in larga parte alla presenza di servizi alberghieri; le seconde, finanziate in base alle prestazioni (di ricovero o ambulatoriali) prodotte, sono naturalmente protese a trovare le soluzioni in grado di migliorare la loro capacità di attrazione.

Il contenimento delle fughe rappresenta evidentemente un problema critico per il governo economico delle ASL, che appare particolarmente complesso, in considerazione dei molteplici fattori da cui la migrazione può dipendere (non sempre legati a standard non adeguati di servizio) e della scarsa capacità di controllo delle aziende su molti di essi<sup>43</sup>.

### 3. L'autonomia dei *manager*

L'art. 3 del d.lgs. n. 502/1992 definiva l'Unità Sanitaria Locale "azienda dotata di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica". Successivamente, il d.lgs. n. 229/1999 ha assegnato alle ASL e alle aziende ospedaliere "autonomia imprenditoriale".

L'assetto di governo delle aziende sanitarie pubbliche è disciplinato dall'art. 3 del

---

<sup>43</sup> Cfr. PITINO A., *La mobilità sanitaria*, in BALDUZZI R., CARPANI G., *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, Il Mulino, 2013, p. 363.

d.lgs. n. 229/1999 che individua le funzioni assegnate agli organi, delimita formalmente l'ampiezza dell'autonomia, definisce i principi di gestione e le correlate responsabilità. L'organizzazione ed il funzionamento delle aziende sono regolate da atti di diritto privato, emanati nel rispetto dei principi e dei criteri generali definiti a livello regionale.

Ai sensi del c. 1-ter, le aziende "informano la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità e sono tenute al rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie". L'ampliamento della sfera di autonomia assegnata alle aziende sanitarie pubbliche si riflette nell'obbligo di realizzare gli obiettivi di salute salvaguardando l'equilibrio economico-finanziario della gestione. La responsabilità gestionale assegnata agli organi di governo, infatti, si concretizza nella realizzazione del pareggio di bilancio, a cui è subordinata la prosecuzione del mandato del direttore generale nominato dalla Regione e legato alle aziende da un contratto di lavoro di diritto privato a tempo determinato con scadenza non inferiore a tre anni e non superiore a cinque<sup>44</sup>.

Sotto il profilo della responsabilità, il direttore generale ha il compito di verificare la corretta ed economica gestione delle risorse, nonché l'imparzialità e il buon andamento dell'azione amministrativa. Il c. 5 dell'art. 3-bis prevede che le Regioni determinino i criteri di valutazione dell'operato dei manager, con riferimento specifico agli obiettivi di salute assegnati in sede di programmazione, all'efficienza, all'efficacia e alla funzionalità dei servizi sanitari.

Ai sensi del c. 7 dell'art. 3-bis, "quando ricorrano gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o del principio di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione, la regione risolve il contratto dichiarando la decadenza del direttore generale e provvede alla sua sostituzione". Spetta, poi, alle Regioni la definizione dei criteri in base ai quali una situazione eco-

---

<sup>44</sup> Per quanto riguarda nello specifico la nomina del direttore generale, l'art. 4 del d.l. n. 158/2012 introduce rilevanti innovazioni dirette ad una maggiore trasparenza nel processo di selezione, anche per quanto concerne l'assegnazione degli incarichi di struttura complessa e di struttura semplice: "La regione provvede alla nomina dei direttori generali delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale, attingendo obbligatoriamente all'elenco regionale di idonei, ovvero agli analoghi elenchi delle altre regioni, costituiti previo avviso pubblico e selezione effettuata, secondo modalità e criteri individuati dalla regione, da parte di una commissione costituita dalla regione medesima in prevalenza tra esperti indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti, di cui uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Gli elenchi sono aggiornati almeno ogni due anni. Alla selezione si accede con il possesso di laurea magistrale e di adeguata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale, nel campo delle strutture sanitarie o settennale negli altri settori, con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, nonché di eventuali ulteriori requisiti stabiliti dalla regione. La regione assicura, anche mediante il proprio sito Internet, adeguata pubblicità e trasparenza ai bandi, alla procedura di selezione, alle nomine e ai curricula. Resta ferma l'intesa con il rettore per la nomina del direttore generale di aziende ospedaliero-universitarie". Art. 4, c. 1, d.l. n. 158/2012, come modificato in sede di conversione dalla l. n. 189/2012.

nomico-finanziaria presenti i caratteri della gravità. Ciò nella maggior parte dei casi è avvenuto prevedendo *range* di tolleranza delle perdite di esercizio calcolati in rapporto al valore della produzione oppure in relazione all'ammontare dei trasferimenti regionali. Il d.l. n. 158/2012 prevede in merito che le Regioni e le Province Autonome provvedano alla definizione di criteri omogenei per la valutazione della responsabilità dei direttori generali, al fine di favorire una valutazione comparativa dell'efficacia dell'azione manageriale sul territorio nazionale<sup>45</sup>.

La previsione di un organo di governo monocratico costituisce la risposta all'esigenza di separare le responsabilità politiche da quelle gestionali e trova il suo fondamento nel riconoscimento all'interno del SSN della dimensione politica e di quella aziendale che riguarda le funzioni di produzione dei servizi e di amministrazione affidate alla dirigenza, la quale è valutata in relazione alla capacità di realizzare gli obiettivi di salute salvaguardando l'economicità della gestione.

Tuttavia, per la definizione compiuta del fenomeno aziendale è utile verificare se, al di là della sfera di autonomia formalmente assegnata dal legislatore, l'organo di governo delle aziende abbia realmente la possibilità di manovrare le leve strategiche e gestionali necessarie a realizzare l'equilibrio<sup>46</sup>. Una letterale interpretazione del concetto di autonomia imprenditoriale porterebbe, infatti, a conclusioni che non sembrano aderenti alla realtà operativa, né realistiche alla luce dei vincoli di natura istituzionale

---

<sup>45</sup> “Al fine di assicurare una omogeneità nella valutazione dell'attività dei direttori generali, le regioni concordano, in sede di Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, criteri e sistemi per valutare e verificare tale attività, sulla base di obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, all'ottimizzazione dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economico-finanziari di bilancio concordati, avvalendosi dei dati e degli elementi forniti anche dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali”. Art. 4, c. 1, b), d.l. n. 158/2012.

<sup>46</sup> “A partire dai primi anni '90, con alcuni prodromi già sul finire degli anni '80, una serie di elementi, in parte collegati, convergono nell'aprire spazi inattesi per il management. La cosiddetta aziendalizzazione aveva trovato una sua icona nel Direttore Generale, manager per eccellenza, e nel potere monocratico che esso rappresentava. Ma gli spazi non si limitavano alla sola trasformazione degli assetti di governo aziendale sul piano formale. La diffusione e l'adozione del lessico aziendale, da una parte, e l'indebolimento della legittimazione della politica come meccanismo di regolazione nelle società complesse, dall'altra, contribuivano ad aprire al management nuovi spazi per l'esercizio del potere e l'assunzione di responsabilità. Bisogna inoltre considerare come l'emergere della Regione in qualità di “azionista” – se non unico, almeno largamente prevalente – rendeva il contesto pubblico più simile a quello privato [...]. Da ultimo, l'introduzione dei “quasi mercati” e, in generale, di meccanismi impersonali nell'allocatione delle risorse rafforzava l'autonomia aziendale e di chi era a chiamarla, fornendo un terreno di verifica e legittimazione apparentemente sganciato dal consenso e dalle sue forme di espressione [...]. Le criticità che emergono traggono origine non tanto dagli inevitabili “rendimenti marginali decrescenti” che si accompagnano all'adozione di approcci generici, quanto dalla mancata ricostituzione e dal mancato rinnovo di un capitale di legittimazione, di visioni e concetti, cui attingere quando cambiano elementi significativi del contesto, quando mutano le sfide alle quali bisogna dare risposta”. Cfr. DEL VECCHIO M., *Le organizzazioni pubbliche tra autonomia aziendale e priorità politiche*, “Mecosan”, 17(65), 2008, pp. 3-6.

ed ambientale che necessariamente limitano il comportamento delle aziende. Negli studi aziendali, infatti, l'espressione "autonomia imprenditoriale" indica la più ampia sfera di discrezionalità, ravvisabile appunto in organizzazioni di natura imprenditoriale, e direttamente collegata al rischio di impresa. Tale discrezionalità si traduce, in concreto, nelle scelte che collocano le imprese in certi *business* e non in altri, con determinati prodotti e non con altri, o che conducono ad abbandonare alcuni mercati perché non economicamente convenienti. Si tratta, insomma, di una autonomia piena, che riguarda tanto le scelte strategiche (organizzative, competitive, sociali, economico-finanziarie) quanto quelle gestionali.

È evidente, tuttavia, come l'autonomia assegnata alle aziende sanitarie in uno scenario di quasi-mercato non sia (né potrebbe essere) illimitata, considerate le conseguenze sotto il profilo dell'equità nell'accesso alle cure e del controllo della spesa sanitaria. Se, pertanto, è pacifico sostenere che l'autonomia delle aziende sia materialmente esercitata dagli organi di governo, i quali sono una diretta emanazione dell'organo politico, è altrettanto pacifico ipotizzare che l'autonomia reale possa subire rilevanti condizionamenti e limitazioni.

Può essere invece utile declinare sinteticamente l'autonomia nei diversi ambiti originariamente individuati dal d.lgs. n. 502/1992: autonomia organizzativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.

L'autonomia organizzativa si esplica nella possibilità di definire, nell'ambito delle funzioni assistenziali assegnate, le modalità di architettura e organizzazione dei servizi ritenute più idonee; l'autonomia patrimoniale si sostanzia nel possesso di proprio patrimonio e nella possibilità di attuare, anche tramite alienazione, opportune azioni di valorizzazione; l'autonomia contabile indica la presenza di un proprio sistema informativo-contabile (contabilità generale, analitica, bilancio e documenti di programmazione); l'autonomia gestionale si sostanzia nella previsione di propri organi di governo a cui è demandata la responsabilità di effettuare scelte strategiche e gestionali, entro i limiti dettati dalle norme di legge e dagli indirizzi regionali; l'autonomia tecnica, infine, può essere interpretata come facoltà di scelta delle modalità di organizzazione dei processi produttivi, nell'ambito delle linee guida e dei percorsi assistenziali definiti a livello politico e professionale.

La trasformazione aziendale deve essere necessariamente inquadrata e valutata alla luce dei vincoli che caratterizzano l'operato delle aziende sanitarie, primo tra i quali la funzione sociale di tutela della salute contenuta nella missione istituzionale delle aziende sanitarie pubbliche, che impone ad esse di garantire gli obiettivi di salute definiti in sede di programmazione e specificati operativamente nella definizione dei LEA. I più significativi margini di manovra sembrano limitarsi principalmente alle modalità di organizzazione e funzionamento dei servizi (localizzazione, accentramento, decentramento, accorpamento, ridimensionamento, espansione, ecc.). La Regione traccia, inoltre, i confini geografici (cioè i bacini di utenza potenziale) in cui possono muover-

si le ASL attraverso la definizione dei rispettivi ambiti territoriali, nonché quelli economico-finanziari attraverso l'assegnazione in sede di programmazione dei trasferimenti necessari a finanziare la gestione.

In particolare, i trasferimenti a quota capitaria, che definiscono la capacità di spesa prospettica annuale delle ASL commisurata ai fabbisogni assistenziali stimati della popolazione, sono destinati a coprire il fabbisogno finanziario dell'esercizio generato dalla gestione corrente (personale, servizi, farmaci, materiale sanitario, prestazioni esterne, ecc.), ma non includono la remunerazione delle componenti di costo "non monetarie" (ammortamenti delle immobilizzazioni e accantonamenti). Non possono, altresì, essere utilizzati per la copertura finanziaria degli investimenti di lungo termine, garantita invece dall'erogazione di contributi in conto capitale. Le risorse assegnate alle ASL hanno, inoltre, un vincolo di destinazione definito dai criteri regionali di riparto della spesa per macro-livelli di assistenza a loro volta articolati in ulteriori sottolivelli<sup>47</sup>.

Il vincolo di bilancio assume nella sostanza natura finanziaria e non economica e, pertanto, è ragionevole considerare il risultato economico dell'esercizio un indicatore non del tutto adeguato a rappresentare sinteticamente la responsabilità gestionale della direzione aziendale, poiché condizionato da componenti di costo non monetarie (ammortamenti e accantonamenti) che non trovano copertura nelle assegnazioni di parte corrente, ma che tuttavia incidono in modo sensibile sul risultato economico stesso<sup>48</sup>.

I trasferimenti a quota capitaria erogati dalla Regione (raffigurati nel valore della produzione del conto economico poiché assimilati a proventi propri) stabiliscono, pertanto, un vincolo finanziario stringente per le ASL, che non è superabile se non attraverso il reperimento di proventi aggiuntivi (quote di compartecipazione alla spesa, prestazioni a pagamento, ecc.). La fisionomia economica e finanziaria delle ASL è, inoltre, condizionata dal vincolo di destinazione delle assegnazioni regionali, le quali sono ripartite *pro quota* tra le macro-funzioni assistenziali, configurando di fatto dei tetti di spesa complessiva per i livelli di assistenza.

---

<sup>47</sup> I criteri generali stabiliti a livello governativo impongono le seguenti percentuali di riparto: il 5% delle risorse all'assistenza collettiva, il 51% all'assistenza territoriale, il 44% all'assistenza ospedaliera. Le Regioni, nell'ambito dell'autonomia finanziaria assegnata, hanno tuttavia il potere di modificare i criteri di allocazione delle risorse tra le macro-funzioni o tra i sottolivelli.

<sup>48</sup> La natura finanziaria delle assegnazioni ha condotto le regioni a studiare due principali correttivi per la verifica del rispetto del vincolo di bilancio. Il primo è basato sulla neutralizzazione extracontabile delle componenti di costo non monetarie, al fine cioè di depurare il reddito dalle componenti prive di copertura finanziaria, in modo da calcolare di fatto il pareggio di bilancio al netto degli ammortamenti e degli accantonamenti; il secondo consiste nella neutralizzazione contabile degli effetti economici dell'ammortamento, attraverso la cosiddetta "sterilizzazione". Cfr. RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO, *Linee guida*, aprile 1995, p. 20 ss.; ZUCCARDI MERLI M., *Il sistema informativo contabile per la determinazione dell'equilibrio economico*, in ANSELMINI L. et. al., *L'equilibrio economico nelle aziende sanitarie*, cit.; SANTESSO E., SOSTERO U., *La sterilizzazione degli ammortamenti: alcune riflessioni critiche*, "Mecosan", 8(30), 1999, pp. 37-43.