

## I processi di aziendalizzazione in Italia. Le principali trasformazioni nel corso di un quarto di secolo

**Emmanuele Pavolini**

RPS

*Il saggio si concentra sull'introduzione, a partire dagli anni novanta, di forme di aziendalizzazione e managerializzazione all'interno del Servizio sanitario nazionale (Ssn). La legge istitutiva del Ssn nel 1978 attribuiva un potere limitato alla componente tecnico-gestionale, lasciando sostanzialmente i poteri in mano ai due principali gruppi di attori, che avevano giocato un ruolo centrale nel precedente assetto mutualistico: quello politico e quello medico. Con l'aziendalizzazione si intendeva limitare il potere dei medici, sottoposti a rigorose forme di controllo, nonché estromettere dalla gestione sanitaria la componente politica, adottando*

*un modello di forte separazione delle attività di gestione da quelle di indirizzo politico. Il saggio mostra come il quadro che emerge a un quarto di secolo di distanza da tali riforme è profondamente differente. Se, da un lato, la managerializzazione ha permesso forme di razionalizzazione della spesa e notevoli risparmi ed efficientamenti del Ssn (che continua a funzionare con risorse nettamente inferiori a quelle di altri Ssn), dall'altro, l'idea dell'autonomia dei manager delle aziende si è andata perdendo fortemente nel tempo in molti territori e si è in presenza di un sistema sempre più ri-verticalizzato e ri-politicizzato.*

### 1. Introduzione

Circa quindici anni dopo la sua introduzione, nel 1978 il Sistema sanitario nazionale (Ssn) si trovò coinvolto in una nuova importante stagione di cambiamento centrata attorno a tre pilastri di riforma: aziendalizzazione e managerializzazione, regionalizzazione e introduzione di norme volte a sviluppare concorrenza all'interno del Ssn, a partire da una maggiore apertura ai fornitori privati e a un utilizzo più articolato dei sistemi di remunerazione. Questi processi avvennero in maniera simile, ma con effetti differenti, anche in altri paesi occidentali (Pavolini e Guillén, 2013). In questa sede ci si concentre-

rà soprattutto sul primo aspetto e lo si farà adottando due livelli di lettura di quanto è accaduto: quello macro-istituzionale e quello meso-organizzativo.

In particolare, si cercherà innanzitutto di fare il punto sulle traiettorie di cambiamento di medio periodo (circa un quarto di secolo) negli assetti istituzionali relativi all'aziendalizzazione. Si focalizzerà poi l'attenzione sulle figure apicali, «manageriali» di tale processo. Tuttavia è opportuno rammentare come i tre pilastri della riforma sono strettamente collegati fra loro. In particolare il processo di regionalizzazione, così come quello di sviluppo delle logiche concorrenziali e di remunerazione, ha influenzato le traiettorie del processo di aziendalizzazione e di managerializzazione.

La legge istitutiva del Ssn nel 1978 attribuiva un potere limitato alla componente tecnico-gestionale, lasciando sostanzialmente inalterati i poteri in mano ai due principali gruppi di attori, che avevano giocato un ruolo centrale nel precedente assetto mutualistico: quello politico da un lato e quello medico dall'altro (Capano e Gualmini, 2011). In sostanza il Ssn si caratterizzava, prima delle riforme degli anni novanta, per un forte controllo diretto della politica locale sulla burocrazia (l'organo dirigenziale delle Usl era il «Comitato di gestione», altamente permeabile alle pressioni dei partiti, in cui si intrecciavano compiti politici di indirizzo con quelli tecnico-gestionali) e per il ruolo centrale dei medici sempre nei confronti di questa. Con i decreti 502/92 e 517/93 si sancì l'introduzione di logiche di riorganizzazione note con il termine di New Public Management (Npm).

Con l'aziendalizzazione l'obiettivo riformatore era duplice poiché si intendeva limitare il potere dei medici, sottoposti a rigorose forme di controllo, nonché estromettere dalla gestione sanitaria la componente politica, adottando un modello di forte separazione delle attività di gestione da quelle di indirizzo politico. Si prevedeva che le nuove aziende sanitarie (ospedaliere e territoriali) dovessero essere governate da un direttore generale (dg), affiancato da un direttore sanitario e da un direttore amministrativo, entrambi di sua scelta. In questa triangolazione del potere non solo si attribuiva al direttore generale funzioni preminentemente gestionali e organizzative, ma si metteva la direzione amministrativa sullo stesso piano di quella sanitaria, con il compito di governare strutture grandi e complesse.

I prossimi due paragrafi sono dedicati a considerare i livelli di lettura

«macro» e «meso» sopra indicati<sup>1</sup>. L'idea di fondo del presente saggio è mostrare come, se nelle intenzioni dei riformatori degli anni novanta vi era l'idea di tante aziende «forti» e autonome a livello territoriale, in grado di promuovere, sulla spinta dei «manager», innovazioni ed efficienza (magari tramite forme di competizione e di «quasi mercati»), il quadro che emerge a un quarto di secolo di distanza da tali riforme è profondamente differente. Se, da un lato, la managerializzazione ha permesso forme di razionalizzazione della spesa e notevoli risparmi ed efficientamenti del Ssn (che continua a funzionare con risorse nettamente inferiori a quelle di altri Ssn), dall'altro, l'idea dell'autonomia dei manager delle aziende si è andata perdendo fortemente nel tempo in molti territori e si è in presenza di un sistema sempre più ri-verticalizzato e ri-politicizzato.

## *2. Aziendalizzazione e managerializzazione: accezioni diverse nel corso del tempo*

Il processo di aziendalizzazione avviato con le riforme del 1992-93 in Italia avvenne all'interno di un dibattito, anche molto acceso, su quale direzione dovessero assumere la governance e il governo del Ssn. Durante quel decennio emersero due direzioni di cambiamento per il Ssn marcatamente differenti, associabili a visioni alternative della sanità pubblica (Vicarelli, 2005). Quella propugnata dal centro-sinistra era basata su forme di aziendalizzazione in grado di collegare una costellazione di attori pubblici, privati e del terzo settore in grado di connettersi e di articolarsi tra loro sotto la mano pubblica. L'altra, di centro-destra, mirava maggiormente alla liberalizzazione del sistema, enfatizzando la concorrenza sul mercato degli operatori economici e la mobilitazione delle risorse comunitarie (famiglia e soggetti privati in primo luogo). Se le riforme del 1992-93 spinsero verso questa se-

<sup>1</sup> Il presente saggio rappresenta il tentativo da parte di chi scrive di sintetizzare e di portare a unità una serie di ricerche compiute nel corso dell'ultimo quindicennio sulla sanità italiana e sulle trasformazioni istituzionali che l'hanno interessata a partire dai processi di aziendalizzazione. Questo percorso è stato compiuto assieme a un gruppo di colleghi con cui chi scrive ha lavorato in questi anni. Fra questi, Giovanna Vicarelli, Stefano Neri, Ana Guillén e Francesco Taroni sono stati particolarmente importanti nell'elaborazione delle idee e delle ricerche discusse in queste pagine.

conda soluzione, con il governo del centro-sinistra, nella seconda parte degli anni novanta, la discussione cambiò parzialmente di tono. Da un lato, la scelta di intraprendere la via dell'aziendalizzazione e della regionalizzazione non venne rimessa in discussione (semmai venne rafforzata da un dibattito sempre più orientato verso un ordinamento federale della Repubblica e verso una separazione quanto più netta possibile fra gestione e indirizzo politico). Dall'altro, emerse con maggior chiarezza la difficoltà del nuovo assetto del Ssn di favorire il collegamento fra le strutture ospedaliere e quelle socio-sanitarie sul territorio.

Se si rileggono gli ultimi venticinque anni di trasformazione del Ssn e del dibattito attorno a quale processo di aziendalizzazione promuovere, quello che emerge con chiarezza è che, mentre gli anni novanta sono stati un periodo di forti discussioni e di riflessioni sull'impostazione generale del sistema, in cui erano facilmente riconoscibili approcci politico-culturali differenti, a partire dagli anni 2000, e in misura sempre più chiara nell'ultimo decennio, la discussione è cambiata. Si è passati, infatti, da un'analisi centrata su due diverse visioni di quali siano gli assetti istituzionali più appropriati a una più centrata su aspetti «meso» e «micro» alla ricerca dell'efficienza economica e dell'efficacia clinica. Da un lato questo ha permesso di affrontare in maniera più pragmatica e meno ideologica una serie di nodi nel funzionamento del Ssn. Dall'altro, sempre negli stessi anni, si è andata progressivamente perdendo la volontà di riflettere su che cosa si voglia e su che cosa debba essere un Servizio sanitario nazionale. In altri termini, ci si trova sempre più in quella che Michels definiva la «tirannia dei mezzi sui fini»: l'attenzione sulle tecniche di efficientamento aziendale, fondamentale per permettere un equilibrio fra aumento dei bisogni sanitari e risorse economiche contenute, ha fatto, però, perdere progressivamente di vista i fini di equità e di universalismo che erano nel Dna del Ssn alla sua costituzione nel 1978, al punto tale che è ormai uscita dall'arena politica una discussione seria su quest'ultimo punto<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Lodevole da questo punto di vista è l'indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale, condotta e approvata dalla Commissione Igiene e sanità del Senato della Repubblica (Senato della Repubblica, 2018), sperando che abbia un seguito nell'attuale governo.

### *3. I cambiamenti a livello macro-istituzionale: da un'idea di aziendalizzazione diffusa territorialmente a un modello fortemente verticale e centralizzato*

#### *3.1 L'affermarsi del gigantismo aziendale*

Discutere di aziende sanitarie e ospedaliere oggi è profondamente differente rispetto a quanto ipotizzato dalle riforme di un quarto di secolo fa. A partire dalle trasformazioni normative intervenute nei primi anni novanta si è, infatti, sviluppato nel tempo un processo di crescita delle dimensioni delle aziende (sanitarie e ospedaliere) grazie a fusioni e ad accorpamenti che si possono definire, soprattutto negli ultimi anni, di vero e proprio «gigantismo» (Pavolini e Taroni, 2016).

Il trend verso un crescente «gigantismo» aziendale nella gestione della sanità risulta evidente dalla riduzione del numero delle Asl e dall'aumento delle loro dimensioni (figura 1). Dagli anni novanta alla metà del decennio attuale si sono verificate quattro principali fasi di accorpamento territoriale di unità/aziende.

La prima e più importante è avvenuta a cavallo della metà degli anni novanta e si è realizzata soprattutto nel biennio 1994-95 in attuazione della norma che regolamentava le nuove Usl aziendaliizzate, mentre le successive sono avvenute a partire dal decennio scorso per iniziativa di singole Regioni.

Il primo grande processo di fusione si è avuto con la normativa degli anni novanta, che segnò il passaggio a un approccio ispirato dal New public management e l'abbandono di un approccio più attento alla partecipazione (comunale): nel giro di pochi anni si passò dalle 659 Usl dei primi anni novanta alle 228 del 1996. In sostanza le Usl vennero ridotte di oltre due terzi (-70% dal 1991 al 1998) e trasformate in aziende. Questo è un processo che ha riguardato sostanzialmente tutta l'Italia.

A partire dagli anni 2000 sono avvenuti cambiamenti che, invece, hanno interessato in maniera selettiva alcune Regioni e non altre. Nei primi anni duemila prese corpo una seconda fase di cambiamento con la creazione di Asl regionali per le realtà di minori dimensioni (come ad esempio per quanto riguarda l'istituzionalizzazione dell'Azienda sanitaria unica regionale – Asur – delle Marche o di due aziende provinciali in Trentino-Alto-Adige).

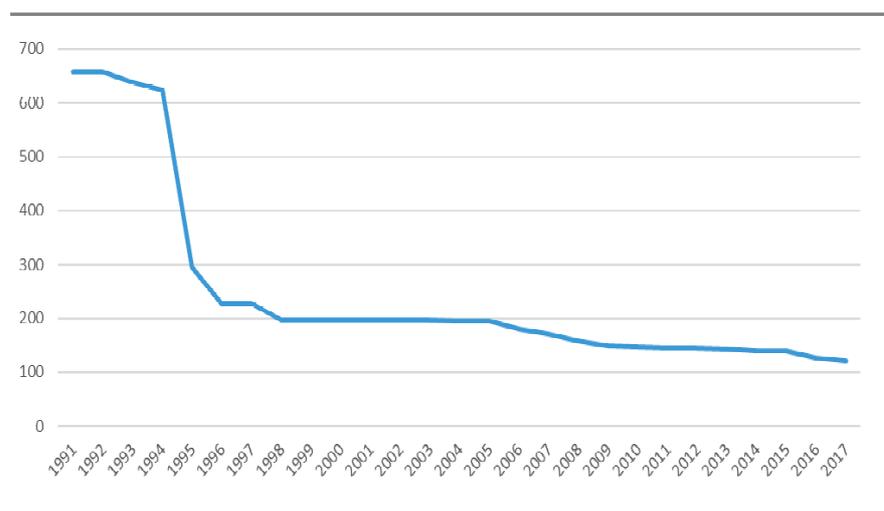
Se la seconda fase aveva visto come protagoniste principali le Regioni più piccole, la terza, che si è sviluppata a partire dalla seconda metà

RPS

Emmanuele Pavolini

del decennio passato, ha avuto al centro soprattutto quelle del Sud, sottoposte ai Piani di rientro che hanno esercitato un forte effetto sui modelli organizzativi regionali, spingendo verso accorpamenti (in tali piani il tema dell'efficientamento e della razionalizzazione dell'offerta, intesa come compresenza di fusioni e tagli, è un punto centrale).

Figura 1 - Andamento del numero delle Usl-Asl in Italia nel corso del tempo



Fonti: Istat (2018); per il 2015-2017 Cergas (2017).

Una quarta fase ha preso forma durante gli anni di austerità dell'attuale decennio e ha comportato un ulteriore processo di accorpamento delle aziende a livello sovra-provinciale interessando buona parte delle regioni medio-grandi del Centro-Nord (le uniche ad aver risentito in minor misura dei cambiamenti avvenuti durante gli anni 2000 in Italia): ad esempio, fra il 2013 e il 2014 l'Emilia-Romagna ha creato un'unica Asl romagnola, al posto delle quattro preesistenti; la Toscana ha intrapreso fra il 2015 e il 2016 un processo simile prevedendo l'accorpamento delle dodici aziende in tre sole (Toscana centro, Toscana nord-ovest e Toscana sud-est); la Lombardia, che era la regione per eccellenza del modello dei «quasi mercati», con una molteplicità di *purchasers* e di *providers*, ha seguito un percorso simile. Altre Regioni stanno rivedendo la struttura organizzativa e istituzionale del proprio sistema sanitario, scegliendo opzioni che vanno nella direzione degli accorpamenti a livello sovra-provinciale (Cergas, 2017).

Complessivamente al 2017 erano presenti centoventi Asl (rispetto alle

659 Usl del 1991 e anche alle 228 Asl del 1996): l'assetto scelto in gran parte d'Italia è stato quello di aziende di dimensione mediamente provinciale con un numero più cospicuo di Asl nei grandi centri metropolitani. Queste trasformazioni hanno comportato un aumento consistente dell'ampiezza media delle Aziende sanitarie: si è passati dai circa 86 mila residenti per Usl del 1991 ai circa 505 mila per Asl nel 2017.

Tale processo ha riguardato anche l'altro grande tipo di azienda introdotta dalle riforme degli anni novanta: le Aziende ospedaliere. Nel giro di poco più di due decenni si è passati dalle ottantadue del 1995 alle quasi cento del 2010 e infine alle quarantatré del 2017. Come si può notare in questo caso la grande trasformazione è intervenuta durante gli anni dell'austerità e ha riguardato in particolare le Regioni (a partire dalla Lombardia) che più avevano spinto verso la diffusione di tali organizzazioni.

### *3.2 Quale aziendalizzazione? I cambiamenti nei modelli di governance dagli anni novanta ad oggi*

Uno degli obiettivi di base dei processi di aziendalizzazione negli anni novanta era quello di attribuire un potere autonomo ai nuovi «manager» delle varie aziende sul territorio (sia ospedaliere che sanitarie) rispetto alla direzione politica. Tale obiettivo si basava, da un lato, su una giusta preoccupazione di separare la politica dalla direzione aziendale e, dall'altro, su un'idea in parte *naïf* di che cosa fosse (e sia) un manager in sanità, soprattutto in termini di autonomia gestionale. Sul profilo effettivo dei manager in sanità si tornerà nel prossimo paragrafo. Quello che è importante qui sottolineare è che è durato relativamente poco il processo di concessione di autonomia «forte» a direttori generali di Asl e di Aziende ospedaliere nel Ssn: tale periodo è praticamente confinabile alla seconda parte degli anni novanta (Vicarelli, 2015). A partire dagli anni 2000, e in misura crescente negli anni successivi al 2007, ha preso forza un duplice processo di ri-politicizzazione e di ri-verticalizzazione delle decisioni importanti in campo sanitario a livello regionale prima e nazionale poi. Questo duplice processo si è articolato in due fasi.

Nella prima, che coincide sostanzialmente con il decennio passato, l'aziendalizzazione spinta e centrata sulle singole aziende, introdotta con le riforme degli anni novanta, ha lasciato spazio a un centralismo regionale, in cui il dominio della componente politica e di alcuni (pochi) dirigenti regionali è tornato ad accentuarsi in misura crescente. Il

RPS

Emmanuele Pavolini

Ssn è andato, quindi, nella direzione di un sistema di holding regionali con le reti di aziende, che in precedenza dovevano essere in parte in competizione fra loro e che progressivamente diventano sistemi di erogazione unitariamente coordinati dalla capogruppo regionale (Longo, 2017). Durante il decennio passato il Ssn è diventato, pertanto, una complessa struttura multilivello, con una centralità del ruolo regionale e compiti più esecutivi, anche se dotati di una certa autonomia a livello aziendale (Pavolini, 2011). Gli attori centrali del sistema appartenevano alla «triade politico-amministrativa» regionale (il presidente della Regione, l'assessore con deleghe alle Materie sanitarie e il direttore generale dell'assessorato alla Sanità) (*ibidem*). Era questa triade che nominava sostanzialmente i direttori generali ed era a essa che questi ultimi rispondevano in maniera molto diretta (Pavolini e Vicarelli, 2012).

A partire dagli ultimi anni dello scorso decennio si è entrati in una ulteriore nuova fase di ri-verticalizzazione delle decisioni. I Piani di rientro prima (per le Regioni interessate) e le politiche di austerità poi (per tutte le Regioni italiane) hanno visto progressivamente rispostarsi l'asse decisionale nella direzione del governo nazionale (Petmesidou e al., 2013).

È in questa ottica di regolazione e di contenimento della spesa che va inquadrato uno dei principali strumenti introdotti nella seconda parte degli anni duemila per controllare i deficit delle Regioni più strutturalmente in difficoltà sotto questo profilo. I Piani di rientro sono il prodotto di negoziazioni bilaterali fra lo Stato e le singole Regioni dichiarate «in difficoltà finanziaria» in quanto i loro disavanzi superano il 5% del finanziamento ordinario e delle entrate proprie. Con i Piani di rientro la Regione si impegna ad azzerare il disavanzo complessivo accumulato e a raggiungere l'equilibrio di bilancio in un periodo massimo di tre anni, indicando in dettaglio le azioni che intende ad attuare, previa approvazione e con la costante supervisione del Ministero dell'Economia e delle Finanze. Gli interventi includono provvedimenti strutturali (come la rideterminazione degli ambiti delle Aziende sanitarie e il riordino del sistema ospedaliero), amministrativi (per esempio il blocco delle assunzioni e la riduzione delle tariffe delle prestazioni) e finanziari (come l'innalzamento automatico delle addizionali Irap e Irpef regionali e l'imposizione di nuovi ticket). Da metà degli anni 2000 al 2015 dieci Regioni italiane sono state finora assoggettate a Piani di rientro che sono risultati efficaci, avendo favorito forti riduzioni dei disavanzi (Corte dei Conti, 2015). Tuttavia i dati disponibili

mostrano anche come la riduzione dei disavanzi e il rallentamento del tasso di crescita della spesa sanitaria siano stati realizzati principalmente attraverso provvedimenti amministrativi (principalmente il blocco delle assunzioni del personale) e finanziari, come l'inasprimento delle addizionali regionali Irap e Irpef e l'aumento della compartecipazione al costo delle prestazioni (Pavolini, 2011). Sul piano dell'organizzazione, oltre all'accorpamento delle Aziende sanitarie, è stata osservata in tutte le regioni una riduzione nel numero dei ricoveri, spesso avvenuta in una situazione di carenza di strutture alternative territoriali (Taroni, 2014). Inoltre i Piani di rientro hanno comunque esercitato un notevole effetto indiretto di ri-centralizzazione sia sulle relazioni fra Stato e Regioni che fra queste e i loro territori. Infatti, all'interno delle Regioni, i Piani hanno favorito un ulteriore processo di neo-centralismo regionale «per necessità», pur di rispettare il vincolo esterno imposto dal governo centrale.

La focalizzazione sul controllo della spesa sanitaria delle Regioni sotto il diretto controllo dello Stato attraverso il Ministero dell'Economia aiuta a comprendere l'ulteriore passaggio avvenuto a partire dagli anni 2000 nel campo della *politics* delle politiche sanitarie: il loro progressivo assorbimento nell'ambito delle politiche di bilancio volte al più generale contenimento della spesa pubblica provocata dal deterioramento delle condizioni della finanza pubblica entro i vincoli dell'Unione europea. Accanto al ministro della Salute, e forse più dello stesso, un attore chiave è diventato il Ministero dell'Economia (Pavolini, 2011; del Pino e Pavolini, 2015).

In quest'ultimo decennio i governi nazionali hanno governato la sanità (formalmente regionalizzata) tramite tagli e attraverso il contenimento della spesa, mettendo ulteriormente sotto pressione le Regioni. Tutto ciò si è scaricato sui territori e sulle singole aziende rafforzando ulteriormente la richiesta di efficienza economico-finanziaria e gestionale di medio-breve periodo sulle spalle dei direttori generali e dello staff di supporto. Il lavoro fatto è stato innegabilmente buono se utilizziamo come strumento di valutazione e di misurazione il rapporto fra una spesa sanitaria pubblica di gran lunga più bassa di quella media dell'Europa occidentale (nel 2015, fatta pari a 100 la spesa media pro capite pubblica in sanità, quella italiana era pari a 69, praticamente un terzo più bassa)<sup>3</sup> e gli indicatori di performance clinica (capacità di sopravvivenza a tumori e a malattie cardiocircolatorie ecc.) in media pa-

<sup>3</sup> Elaborazione a partire da dati Oecd-Socx Online Database.

ri, se non migliori, a quelli di tanti altri paesi occidentali<sup>4</sup>. In altri termini l'Italia dell'ultimo decennio è riuscita a mantenere alti i suoi standard di cura pur impiegando molte meno risorse pubbliche rispetto ad altri paesi occidentali.

In misura crescente, quindi, l'ultimo ventennio ha rappresentato per l'aziendalizzazione una sfida per sviluppare strumenti efficaci di controllo della spesa e un tentativo di rilancio delle attività di cura in un contesto di fortissimi vincoli: da quelli dal lato decisionale a quelli relativi alle scarse risorse finanziarie e umane (soprattutto a partire dal blocco del turnover a inizio decennio).

Allo stesso tempo questa strada non è stata compiuta in maniera del tutto adeguata. In particolare è risultato largamente disatteso e inattuato quanto previsto dal d.lgs. n. 68/2011 rispetto al tema della definizione e dell'impiego dei costi standard, che avrebbe consentito di avviare un processo più virtuoso di responsabilizzazione gestionale fra i vari livelli di governo del Ssn (nazionale, regionale, aziendale) sia in termini di Lea da perseguire che dei relativi costi.

In questo quadro il dibattito sull'equità del sistema e sul rapporto tra equità ed efficienza si è sviluppato attorno a concetti difficili da tradurre sul piano operativo, come la definizione delle prestazioni sanitarie da includere nei Lea così come dei loro corrispettivi in ambito finanziario, i cosiddetti «costi standard», ovvero, a livello micro, su quello dell'appropriatezza degli interventi. In questo contesto l'aziendalizzazione ha, però, anche significato una razionalizzazione dei servizi ai limiti del sostenibile. In ottica comparata europea l'Italia è un paese che presenta attualmente un'ottima performance economico-finanziaria del proprio sistema sanitario, ma allo stesso tempo un livello di disuguaglianze nell'accesso alle cure (da quelle fra regioni diverse del paese a quelle per classe sociale) difficilmente rintracciabile in gran parte degli altri paesi dell'Ue-15 (Jessoula e al., 2018; Ocse, 2016; Osservasalute, 2018).

<sup>4</sup> Su questo si possono leggere vari rapporti, fra cui Ocse (2016) e Osservasalute (2018), oltre all'indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale, condotta e approvata dalla Commissione Igiene e sanità del Senato della Repubblica (Senato della Repubblica, 2018).

#### *4. Che cosa significare fare il «manager» nella sanità aziendalizzata italiana?*

Nel 2017 nel Ssn italiano erano presenti 163 aziende. Il numero di dirigenti apicali si è, quindi, ridotto fortemente rispetto al passato e gestire una Asl o un'Azienda ospedaliera in molti territori italiani significa gestire, sotto il profilo del personale, una delle principali aziende della provincia o della regione. Gli ultimi dati disponibili del Ministero della Salute sul personale occupato nelle Asl<sup>5</sup>, riferiti al 2013, indicavano come 97 Asl su 143 avevano almeno duemila dipendenti, mentre in quaranta di queste il loro numero superava addirittura le 3.500 unità. Un discorso simile si può fare per le Aziende ospedaliere: sempre nel 2013 trentatré aziende su cinquantanove avevano almeno 2.000 dipendenti (di cui tredici almeno 3.000). Il processo di ulteriore accorpamento delle Asl e delle Aziende ospedaliere in questi ultimi anni può fare facilmente ipotizzare che tale valore sia cresciuto ulteriormente e che ormai gran parte delle Asl abbia dimensioni superiori ai 2.000 dipendenti (se non perfino ai 3.000).

Se si tiene presente che la dimensione di un'impresa privata in Italia è inferiore ai dieci addetti e che secondo i dati del Censimento Istat industria e servizi del 2011 vi erano nel nostro paese «solo» 610 imprese con almeno 1.000 addetti, ci si rende conto del ruolo delle Aziende ospedaliere e delle Asl nel mercato del lavoro italiano.

Accanto a questi 163 dirigenti sanitari va aggiunto probabilmente un gruppo relativamente ristretto di figure apicali degli assessorati regionali per un totale complessivo di dirigenti che si attesta attorno ai duecento professionisti. Ha circa queste dimensioni numeriche la punta di diamante della sanità territoriale italiana. Chiaramente se allarghiamo il cerchio anche ad altre figure (ad esempio, ai direttori sanitari e agli amministrativi), raggiungiamo probabilmente le cinquecento, seicento unità. Si tratta, quindi, di un gruppo relativamente ristretto di professionisti.

Le riforme degli anni novanta avevano come obiettivo quello di introdurre nel Ssn delle figure «manageriali», avendo in mente quanto (teoricamente) accadeva nelle imprese private. Possiamo provare a ragionare su tali manager sanitari a partire da una serie di dati e di ricerche sviluppati in questi anni. In particolare si utilizzano in queste pa-

<sup>5</sup> [www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=2605](http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2605).

gine i risultati di una *survey* su un campione di cento direttori generali italiani effettuata nel 2011<sup>6</sup> e dati di tipo amministrativo.

Un primo risultato importante è che una metà di tali direttori generali (52%) non considera il proprio ruolo definibile come quello di un «manager» privato. Le ragioni di tale risposta vanno ricercate in varie direzioni. Da un lato una parte non maggioritaria, ma comunque consistente, di essi ritiene che la propria autonomia sia limitata in tema di gestione delle risorse finanziarie (34%) e che siano eccessive le interferenze da parte del mondo della politica (39%). La quota di direttori generali con autonomia contenuta è probabilmente più ampia di quanto queste prime risposte ci possano far pensare: a una domanda, in cui si chiedeva a tali figure dirigenziali di indicare quale sia la percentuale di budget aziendale su cui essi ritengono di avere margini di autonomia gestionale, il 52% del campione ha risposto di poter intervenire in maniera relativamente indipendente su meno del 10% di tale budget.

L'immagine che emerge da questo insieme di risposte è in chiaroscuro. Complessivamente sembra che circa una metà dei direttori generali riesca effettivamente a svolgere il proprio ruolo dentro un quadro che permette loro, seppur con una serie di vincoli, di esercitare capacità manageriali e una certa autonomia decisionale. Vi è, però, circa un'altra metà di dirigenti per i quali la definizione di «manager» mal si presta a descrivere il ridotto spazio di autonomia all'interno del quale agiscono. Questi risultati quantitativi sono sostanzialmente in linea con quelli ottenuti in una serie di studi qualitativi riferiti ad alcune Aziende sanitarie e ospedaliere italiane (Pavolini, 2011).

Secondo, il complesso rapporto con la politica si gioca, però, anche su un altro piano. Circa quattro direttori generali su dieci oltre a esperienze dirigenziali hanno ricoperto anche incarichi politici dentro ad amministrazioni pubbliche o all'interno di partiti. La commistione fra le due figure è forte e non risulta chiaro quale sia la direzione prevalente di tale intreccio: se siano i politici che diventano direttori generali o, all'opposto, se siano i direttori generali che entrino in politica. La casistica mostra la diffusione di entrambe le situazioni: si aprono spazi in politica probabilmente anche grazie alla propria esperienza di tecnici in sanità e per rafforzare tale ruolo di tecnici; si ottengono ruoli dirigenziali probabilmente

<sup>6</sup> La *survey* è stata sottoposta a un campione stratificato per regione dei direttori generali coprendo circa il 40% dell'universo di quelli delle Aziende ospedaliere e delle Asl.

anche grazie alla propria collocazione nell'arena politico-partitica. Sicuramente la doppia collocazione è una risorsa relazionale che i direttori generali possono giocare per rafforzare o per cercare di ottenere una propria autonomia decisionale: non è un caso, ad esempio, che la percentuale di direttori generali insoddisfatti per il livello di autonomia nella gestione delle risorse finanziarie sia pari al 24% fra quelli con esperienze politiche e al 39% fra quelli senza tali esperienze.

Terzo, la presenza di manager con alle spalle la professione medica è ben diffusa. Nel 2015 oltre un direttore generale su due (55,3%) era medico. Tale percentuale era inferiore al 20% vent'anni prima, nel 1995. Questo successo dei medici nel porsi nelle posizioni apicali manageriali è spiegabile in varia maniera. In questo senso spesso hanno contato due risorse. Vi è, innanzitutto, una specializzazione fra i medici che si dedicano ad attività manageriali: sono soprattutto coloro formati in igiene, medicina preventiva ed epidemiologia che hanno accesso a tali posizioni amministrativo-dirigenziali. Le tematiche affrontate nel percorso di studi e durante la carriera professionale sono, infatti, quelle che più si avvicinano alle attività tipiche dei direttori generali. I medici che hanno aspirato a ricoprire incarichi manageriali in sanità sono persone in grado di muoversi all'interno di entrambe le due principali dimensioni dell'agire di un dirigente in questo settore: la dimensione più prettamente organizzativo-gestionale e quella afferente ai saperi e alle conoscenze strettamente sanitario-professionali. Questa doppia connotazione ha probabilmente facilitato molte carriere. Inoltre i medici manager sono figure che, spesso, meglio di altre riescono a costruire reti di relazioni collaborative con i professionisti della sanità, dato che provengono da questo mondo molto più che frequentemente dei dirigenti presi da altre esperienze esterne.

Complessivamente emergono tre figure ideal-tipiche di dirigenti apicali nella sanità contemporanea, che rispondono a tre profili specifici degli studi organizzativi (Vicarelli e Pavolini, 2017):

- ♦ Il *dirigente «in grigio»*. Nonostante la definizione possa far pensare a figure dallo scarso peso, in realtà Barnard (1958) definisce un buon manager colui che riesce a gestire organizzazioni e relazioni complesse, quali le Aziende sanitarie, svolgendo un'opera di facilitatore e di comunicatore. In particolare per Barnard il dirigente deve assicurare un efficiente sistema di comunicazione, all'interno del quale venga definita una struttura di ruoli adatta a garantire un flusso ottimale delle comunicazioni, e assicurare un equilibrio fra gli obiettivi dell'organizzazione e dei singoli soggetti che ne fanno parte, otte-

RPS

Emmanuele Pavolini

nendo tale equilibrio attraverso atti discreti e poco visibili piuttosto che con atti di imperio. È essenziale per una tale figura riuscire a comunicare, mediare, rappresentare, dirigere e infondere motivazioni.

- ♦ Il *dirigente «assediato»*. Anche se non sono esattamente questi i termini utilizzati dai due studiosi, si tratta nella sostanza delle figure descritte in maniera molto puntuale da Gouldner (1954) e da Selznick (1957) nei rispettivi studi inerenti ai processi di trasformazione (oggi li definiremmo di aziendalizzazione) avvenuti in due grandi aziende americane. Si tratta di dirigenti che ricevono un forte mandato dai governi politici e dai livelli sovra-locali per trasformare in senso più efficiente e manageriale l'organizzazione che viene loro affidata e che si trovano a tentare di promuovere un cambiamento in contesti spesso fortemente contrari al cambiamento per varie ragioni: da un lato vi è l'ostilità di una parte del personale dell'azienda e della politica locale, poco disponibile a vedersi imporre modelli diversi di intervento rispetto a quelli tradizionali (in cui questi gruppi giocavano un ruolo centrale), dall'altro vi sono le resistenze da parte della popolazione locale, che vive i processi di razionalizzazione e di trasformazione dell'offerta sanitaria come un rischio all'accesso alle cure (dalla chiusura dei piccoli ospedali alle modalità di riorganizzazione dei servizi). Dal punto di vista del dirigente, che non si definisce facilmente manager, vi è la sensazione di essere stato mandato in un contesto locale ostile, avendo ricevuto un mandato dal «Centro» (regionale). Spesso, però, lo scarso radicamento sul territorio rende il suo intervento meno efficace. Sia lo studio di Selznick che quello di Gouldner si concludono con il fallimento dell'esperienza di aziendalizzazione imposta dall'alto sui singoli territori.
- ♦ Il dirigente *«guardiano delle norme»*. Il termine è ripreso da Crozier (1969), il quale sottolinea come spesso una parte consistente delle figure apicali nelle organizzazioni pubbliche complesse agisca più come soggetto che sostanzialmente si limita a controllare la corretta implementazione delle indicazioni che vengono poste dai decisori al di sopra della singola azienda piuttosto che su iniziativa individuale. In questo contesto la direzione generale svolge sostanzialmente un ruolo di basso profilo: gli obiettivi sono fissati dall'esterno, i metodi e i processi di lavoro sono stabili e non è possibile assumere né licenziare liberamente, né intervenire più di tanto sull'organizzazione del lavoro.

La tabella 1, ottenuta tramite un'analisi di cluster, riporta la diffusione di queste tre figure e il loro profilo all'interno del campione di cento diret-

tori generali considerato nella *survey*. I direttori generali dirigenti «in grigio» sono il gruppo relativamente più numeroso, ma comunque pari a circa il 42% del campione. Si caratterizzano, appunto, per considerarsi dei «manager» e per ritenere di avere un buon grado di autonomia nella gestione delle risorse e un grado limitato di interferenza da parte della politica e valutano spesso positivamente il rapporto che hanno con il personale dell'azienda in cui operano. Frequentemente hanno un background medico e, soprattutto, sono concentrati nel Centro-Nord.

RPS

Emmanuele Pavolini

Tabella 1 - Profili e caratteristiche dei direttori generali di Aziende ospedaliere e Asl in Italia (anno 2011)

	Dirigente «in grigio»	Dirigente «assediato»	Dirigente «guardiano delle norme»
<i>Diffusione (% su tot. dg)</i>	42%	24%	34%
% dg che considerano la propria figura assimilabile a quella di manager (% su totale di ciascun profilo di dg)	77%	47%	4%
% dg che ritengono insufficiente il proprio livello di autonomia nella gestione delle risorse finanziarie (% su totale di ciascun profilo di dg)	4%	32%	64%
% dg che ritengono eccessive le interferenze dei politici (% su totale di ciascun profilo di dg)	8%	45%	54%
% dg che ritengono di avere autonomia gestionale su almeno il 10% del budget (% su totale di ciascun profilo di dg)	68%	47%	6%
% dg che ritengono collaborativi i rapporti con il personale della propria azienda (% su totale di ciascun profilo di dg)	64%	32%	56%
% dg che hanno ricoperto o ricoprono incarichi politico-partitici (% su totale di ciascun profilo di dg)	24%	36%	40%
% dg con laurea in medicina (% su totale di ciascun profilo di dg)	58%	44%	22%
% dg operanti in regioni del Centro-Nord (% su totale di ciascun profilo di dg)	91%	39%	70%
% dg operanti in regioni del Mezzogiorno (% su totale di ciascun profilo di dg)	9%	61%	30%

Fonte: Elaborazioni su micro-dati indagine *survey* su campione dg (2011).

Il secondo profilo relativamente più diffuso è quello dei direttori generali «guardiani delle norme», pari a circa un terzo del totale. Praticamente quasi nessuno di loro si autodefinisce «manager», mentre dichiara spesso una scarsa autonomia nella gestione delle risorse e lamenta effettive ingerenze da parte della politica. Si tratta in molti casi di professionisti che provengono da esperienze in politica, tratto che probabilmente assicura loro un rapporto fiduciario personale con gli amministratori a livello regionale. Nei due terzi dei casi sono persone impegnate nelle Regioni del Centro-Nord.

I direttori generali con profilo da dirigente «assediato» rappresentano circa un quarto del totale complessivo. Sono soprattutto presenti nel Mezzogiorno, subiscono in quasi la metà dei casi ingerenze della politica e dichiarano un grado medio di autonomia gestionale. Quello che li distingue dagli altri due profili è una presenza molto più conflittuale con il personale dell'azienda. Data la forte connotazione territoriale di tale profilo (concentrato perlopiù nel Sud), quest'ultimo dato non sorprende, in quanto si tratta spesso di figure professionali impegnate nei processi di managerializzazione in concomitanza con i Piani di rientro.

La ricostruzione qui presentata si riferisce ad alcuni anni fa, quando i direttori generali erano più numerosi di quelli attuali (circa 240 contro i 163 del 2018). È ipotizzabile, pertanto, che il primo profilo (i dirigenti «in grigio») sia oggi più diffuso rispetto al passato a seguito della necessità, con il «gigantismo» aziendale, di assicurarsi figure apicali sempre più preparate. Sarebbe, comunque, auspicabile una nuova indagine *ad hoc* su queste figure professionali.

### 5. Conclusioni

L'analisi articolata nel corso di questo saggio ha cercato di mettere in evidenza alcuni tratti di fondo del cambiamento nell'ottica di managerializzazione e di aziendalizzazione del Ssn nell'ultimo quarto di secolo.

Da un punto di vista macro-istituzionale, dopo la fase degli anni novanta caratterizzata da un certo grado di autonomia gestionale accordato alle (tante) Aziende sanitarie, si è passati in un primo momento a un modello che prevedeva la presenza di molte aziende a controllo regionale. Negli anni 2000 nella sanità il modello aziendale ha subito una trasformazione rilevante: le singole aziende hanno progressiva-

mente perso autonomia e il vero centro decisionale e gestionale è diventato quello regionale. A partire dalla fine degli anni 2000, e in particolar modo in quelli dell'austerità, ha invece assunto un tono ancora più forte il «gigantismo organizzativo» e cioè il processo di fusione e di accorpamento di singole Asl a livello spesso sovra-provinciale.

Dentro questo quadro buona parte delle figure apicali delle singole aziende (i direttori generali) ha assunto ruoli più assimilabili a figure di *middle management* che di *top management* o si è dovuta scontrare con forti resistenze locali (soprattutto nel Mezzogiorno). Allo stesso tempo va comunque sottolineato come la forte attenzione alla dimensione manageriale e a quella organizzativa ha assicurato, in questi anni di scarse risorse per il Ssn, la sua tenuta e un utilizzo quanto più efficiente possibile di quelle disponibili. Infine, un gruppo rilevante di aziende ha visto al proprio apice professionisti che, con fatica e tramite un'azione più di intermediazione e di mediazione fra esigenze differenti che di leadership carismatica, ha cercato di ricavarci un certo grado di autonomia e di innovazione dentro un modello che rimane comunque a forte controllo regionale.

### Riferimenti bibliografici

- Barnard C., 1958, *Organization and Management: Selected Papers*, Harvard University Press, Cambridge.
- Capano G. e Gualmini E., 2011, *Le pubbliche amministrazioni in Italia*, il Mulino, Bologna.
- Cergas, 2017, *Rapporto Oasi 2017*, Egea, Milano.
- Corte dei Conti, 2015, *Rapporto 2015 sul coordinamento della finanza pubblica*, Corte dei Conti, Roma.
- Crozier M., 1969, *Il fenomeno burocratico*, Etas Kompass Editore, Milano.
- del Pino E. e Pavolini E., 2015, *Decentralisation at a Time of Harsh Austerity: Multilevel Governance and the Welfare State in Spain and Italy Facing the Crisis*, «European Journal of Social Security», n. 2, pp. 247-271.
- Gouldner A.W., 1954, *Patterns of Industrial Bureaucracy*, Glencoe, Free Press.
- Istat, 2018, *Health for All*, Roma.
- Jessoula M., Pavolini E., Raitano M. e Natili M., 2018, *Espn Thematic Report on Inequalities in Access to Healthcare. Italy*, Espn, Bruxelles.
- Longo F., 2017, *Trasformazioni istituzionali dei Ssr e delle aziende: dinamiche e impatti*, Cergas.
- Ocse, 2016, *Revisione Ocse sulla qualità dell'assistenza sanitaria in Italia. Sintesi dei dati*.

RPS

Emmanuele Pavolini

- Osservasalute, 2018, *Rapporto Osservasalute 2017*, Roma.
- Pavolini E. (a cura di), 2011, *Il cambiamento possibile. La sanità in Sicilia tra Nord e Sud*, Donzelli, Roma.
- Pavolini E. e Guillén A.M. (a cura di), 2013, *Health Care Systems in Europe under Austerity*, Palgrave, Basingstoke.
- Pavolini E. e Vicarelli G., 2012, *Una danza generativa: lo studio della sanità in Italia fra management, professioni e politica*, «la Rivista delle Politiche Sociali», supplemento n. 4, pp. 187-210.
- Pavolini E. e Taroni F., 2016, *Un difficile equilibrio: comuni e regioni fra politiche sanitarie e socio-sanitarie*, in Bolgherini S. e Dallara F. (a cura di), *La retorica della razionalizzazione. Il settore pubblico italiano negli anni dell'austerità*, Istituto Carlo Cattaneo, Bologna, consultabile all'indirizzo internet: [www.cattaneo.org/wp-content/uploads/2017/05/Misure37\\_10.05.16.pdf](http://www.cattaneo.org/wp-content/uploads/2017/05/Misure37_10.05.16.pdf).
- Petmesidou M., Pavolini E. e Guillén A.M., 2014, *Southern European Healthcare Systems under Harsh Austerity: A Progress-Regression Mix?*, «South European Society and Politics», vol. 19, n. 3, pp. 331-352.
- Selznick P., 1957, *Leadership in Administration: a Sociological Interpretation*, Row Peterson, Evanston.
- Senato della Repubblica, 2018, *Documento conclusivo dell'Indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale con particolare riferimento alla garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità approvato dalla Commissione*, Commissione Igiene e sanità del Senato, Roma, gennaio 2018.
- Taroni F., 2014, *Salute, sanità e Regioni in un Servizio sanitario nazionale*, in Salvati M. e Sciolla L. (a cura di), *L'Italia e le sue Regioni. L'età repubblicana. Vol. I*, Istituto della Enciclopedia Italiana, Roma, pp. 411-427.
- Vicarelli M.G. (a cura di), 2005, *Il malessere del welfare*, Liguori, Napoli.
- Vicarelli M.G., 2015, *Healthcare: Difficult Paths of Reform*, in Ascoli U. e Pavolini E. (a cura di), *The Italian Welfare State in a European Perspective*, Bristol, Policy Press, pp. 157-178.
- Vicarelli M.G. e Pavolini E., 2017, *Dynamics between Doctors and Managers in the Italian National Health Care System*, «Sociology of Health & Illness», vol. 39, n. 8, pp. 1381-1397.