

MANAGEMENT, ECONOMIA  
E POLITICA SANITARIA

MANAGEMENT, ECONOMIA E POLITICA SANITARIA  
collana della Fondazione Smith Kline

DIRETTORE  
Marco Trabucchi

CONDIRETTORE  
Francesca Vanara

La Fondazione Smith Kline, riconosciuta dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) come «Centro di Collaborazione per la Formazione del Personale Sanitario» nel 1987 e come «Centro di Collaborazione in Management Ospedaliero» nel 1997, da molti anni si occupa di economia sanitaria, come testimoniano decine di seminari e la ricca pubblicistica. Più recentemente ha esteso il proprio ambito di interesse alle politiche sanitarie e sociali per la modernizzazione e la crescita armonica del sistema di welfare. La Fondazione ha ottenuto la Certificazione di Qualità per la progettazione e l'organizzazione di eventi formativi in ambito socio-sanitario e per la progettazione e l'erogazione di servizi di formazione dedicati ai professionisti della sanità nell'ambito dell'Educazione Continua in Medicina. Con la casa editrice il Mulino di Bologna, pubblica la rivista bimestrale «Tendenze Nuove» (Materiali di lavoro su sanità e salute) e, annualmente (dal 1997), il Rapporto Sanità.

# IL GOVERNO DELL'AZIENDA SANITARIA

a cura di  
Francesca Vanara

SOCIETÀ EDITRICE IL MULINO

Impaginazione a cura di Eurologos Milano

I lettori che desiderano informarsi sui libri e sull'insieme delle attività della Società editrice il Mulino possono consultare il sito Internet: **[www.mulino.it](http://www.mulino.it)**

ISBN 978-88-15-12671-9

---

Copyright © 2008 by Società editrice il Mulino, Bologna. Tutti i diritti sono riservati. Nessuna parte di questa pubblicazione può essere fotocopiata, riprodotta, archiviata, memorizzata o trasmessa in qualsiasi forma o mezzo – elettronico, meccanico, reprografico, digitale – se non nei termini previsti dalla legge che tutela il Diritto d'Autore. Per altre informazioni si veda il sito **[www.mulino.it/edizioni/fotocopie](http://www.mulino.it/edizioni/fotocopie)**

## INDICE

Presentazione, <i>di Marco Trabucchi</i>	p. 9
Introduzione, <i>di Nicola Falcitelli</i>	13
Aziende sanitarie: struttura dell'offerta, rapporto con l'ambiente e articolazione interna, <i>di Francesca Vanara</i>	19
PARTE PRIMA: COMPLESSITÀ DELL'AZIENDA SANITARIA	
L'evoluzione normativa delle aziende sanitarie: le ragioni della loro istituzione e le criticità dei modelli istituzionali, <i>di Maria Carla Claudi</i>	53
Le aziende sanitarie e il servizio pubblico, <i>di Gianni Giorgi</i>	139
Complessità aziendale e postmodernità, <i>di Enrico Materia e Giovanni Baglio</i>	169
L'etica nel governo dell'azienda sanitaria, <i>di Salvino Leone</i>	193
Una strategia organizzativa di sistema possibile per affrontare la sfida dell'invecchiamento, delle patologie croniche e dei malati con bisogni assistenziali complessi: l'esperienza dell'Asl di Brescia, <i>di Fulvio Lonati, Fausta Podavitte e Carmelo Scarcella</i>	229

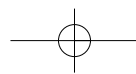
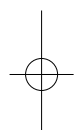
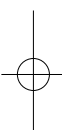
## PARTE SECONDA: RUOLO DELLA DIREZIONE

Il governo dell'azienda sanitaria e la direzione generale, <i>di Marinella D'Innocenzo</i>	317
Il governo dell'azienda sanitaria: i compiti del direttore amministrativo, <i>di Franco Brugnola ed Ernesto Petti</i>	343
Il governo dell'azienda sanitaria: i compiti del direttore sanitario, <i>di Tommaso Langiano e Massimiliano Raponi</i>	363
Il governo dell'azienda sanitaria e la direzione sociale, <i>di Luciano di Pietra</i>	383
Il governo dell'azienda sanitaria e la direzione infermieristica, <i>di Barbara Porcelli</i>	413

## PARTE TERZA: AREE FUNZIONALI DELL'AZIENDA

Aree funzionali del management di impresa: l'organizzazione nelle aziende sanitarie, <i>di Francesca Vanara</i>	435
Innovazioni organizzative in ospedale: prospettive di sviluppo per i dipartimenti, <i>di Marinella D'Innocenzo e Francesca Vanara</i>	455
La funzione ricerca e sviluppo nel sistema d'impresa: la produzione di "conoscenza" e il suo trasferimento nella clinica e nell'organizzazione sanitaria, <i>di Francesca Vanara e Marco Trabucchi</i>	473
Il marketing nelle aziende sanitarie pubbliche: una funzione in cerca di identità, <i>di Andrea Paltrinieri</i>	487

L'ospedale: produrre salute o Drg?, <i>di Cesare Catananti</i>	529
I diversi "prodotti" dell'attività ospedaliera, <i>di Andrea Cambieri e Marco Marchetti</i>	539
Le funzioni aziendali: il sistema informativo, <i>di Carlo Saitto</i>	565





MARCO TRABUCCHI <sup>(\*)</sup>

## PRESENTAZIONE

Questo volume è stato voluto nella collana di “Management, economia e politica sanitaria” della Fondazione Smith Kline perché ha un notevole significato strategico. Affronta infatti i punti cruciali di un governo che deve realizzare quanto stabilito dalle leggi, deciso dalla programmazione delle regioni e atteso dai cittadini. È il nodo principale del sistema, spesso erroneamente visto come un momento secondario, mentre più di ogni altro determina la qualità dei servizi e, quindi, il benessere soggettivo e oggettivo delle persone.

La scelta editoriale della Fondazione in collaborazione con il Mulino è sempre stata quella di trovare un equilibrio tra volumi teorici e volumi sulla concreta attuazione di programmi. Questo rappresenta l’anello di congiunzione; siamo grati a Francesca Vanara per averlo predisposto con tanta intelligente cura. La qualità di questo libro è molto elevata, essendo allo stesso tempo strumento di lavoro e di elaborazione strategica.

Il testo delinea una funzione difficile per chi ha la responsabilità dei vari livelli di governo; è quindi necessario che gli attori siano preparati tecnicamente, ma anche equilibrati e sereni nelle loro funzioni. Purtroppo, talvolta, le pressioni economiche rischiano di rendere monodimensionale l’arte di governo che deve invece essere molto articolata. L’azienda sanitaria è per definizione complessa, perché coinvolge la produzione di un bene di altissimo valore (la salute) attraverso strumenti che sono talvolta adeguati, e talvolta meno, per

*(\*) Professore ordinario, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Roma Tor Vergata; past president della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria; direttore scientifico del Gruppo di ricerca geriatrica (Grg), Brescia; responsabile dell’area politiche sociali e sanitarie, Fondazione Smith Kline, Roma.*

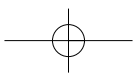
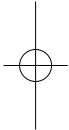
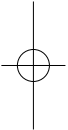
mezzo di operatori che rappresentano interessi diversi, mediati da culture e sensibilità diverse. Quando le pressioni di bilancio dominano su qualsiasi altra considerazione l'atteggiamento di chi governa diventa rigido, meno attento alle sfumature, tendente alla semplificazione. È il nodo fondamentale di questi tempi per il governo delle aziende in sanità: saper tenere assieme il macro (cioè l'economia del sistema) con il micro, cioè il bisogno e gli interessi del più indifeso tra i cittadini che si rivolgono alla sanità. Che, però, attraverso la mediazione politica e il rispetto che si deve alla sofferenza della persona, divengono obiettivo fondamentale per ogni impresa che abbia veramente significato e non sia una semplice impalcatura di interessi senza controllo.

Chi scrive queste note ha ben presente lo scenario di coloro che governano oggi la sanità italiana, per una lunga consuetudine con l'ambiente. La maggior parte degli attori ha acquisito in questi anni notevoli capacità di sintesi e di equilibrio; non ha senso quindi soffermarsi a criticare la minoranza che, invece, è incapace di un governo sereno ed utilizza ancora gli strumenti dell'arroganza e dell'aggressività. È utile, però, ricordare, in particolare per quanto riguarda l'apice del sistema, che se un direttore generale governa con serenità, cercando di convogliare il lavoro di tutti verso obiettivi condivisi di salute dei cittadini, la catena di comando funziona bene e non si creano situazioni di crisi. Se però non è così, nascono mille conflittualità tra chi governa e chi è governato, con conseguenze negative sui risultati. Molta retorica è stata fatta in questi anni sull'ascolto degli operatori rispetto alle scelte; è un nodo serio, che va affrontato con serenità ed attenzione, rifuggendo però sia dalla retorica della "sanità ai medici" sia da quella opposta, che considera gli operatori assolutamente incapaci di rappresentare gli interessi generali. Inoltre se non è sereno il rapporto verticale, chi governa non riesce a mediare tra operatori, categorie, gruppi di interesse presenti all'interno delle aziende sanitarie, con risultati spesso disastrosi.

Il governo delle aziende è vero governo o prevalgono le rigidità e gli automatismi burocratici e la logica della catena di trasmissione con la regione?

Ovviamente le situazioni sono profondamente difforni, ma con il passare del tempo prevalgono criteri di autonomia e quindi di originalità nell'organizzazione dei servizi, rendendoli sempre più vicini alle esigenze specifiche. In Italia anche in questo campo le differenze sono enormi, sia sul piano strettamente tecnico che su quello programmatico e quindi dell'innovazione. Ma in molte aree oggi è possibile dimostrare una buona funzionalità degli approcci di governo, che porta a risultati notevoli. I punti più difficili sono l'ascolto del territorio, in particolare attraverso le sue forme di aggregazione (dai comuni, ai corpi intermedi, al volontariato) per poi progettare interventi adeguati. L'azienda deve essere capace di attenzione diffusa, ma anche di sintesi, perché a lei compete indicare le vie per raggiungere i risultati di salute, utilizzando le conquiste più recenti che la scienza medica, le tecnologie e le scienze sociali mettono a disposizione. Mediazione difficile ma irrinunciabile.

Un'azione di governo è la continua messa in atto di un ricamo tra pezzi di stoffa talvolta un pò consunti, che ricevono dal ricamo stesso la possibilità di rinforzarsi, di collegarsi tra loro, di mostrare una bella facciata. Se questo volume sarà di aiuto a chi deve governare (o ricamare) un sistema complesso, allora si sarà realizzato uno degli scopi fondamentali della collana della Fondazione Smith Kline.



NICOLA FALCITELLI <sup>(\*)</sup>

## INTRODUZIONE

L'art. 15 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 prevede l'Unità sanitaria locale come "struttura operativa" dei comuni singoli o associati. Da allora e fino agli anni Novanta, l'Usl rimane tale, pur modificandosi diverse volte nei propri organi di gestione: inizialmente Assemblea generale, Comitato di gestione e Presidente; poi Comitato di gestione e Presidente; poi ancora Comitato dei garanti e Amministratore straordinario.

La riforma degli anni 1992/93 ha messo fine alla formula generica ed ambivalente di "struttura operativa" e ha definito l'Usl quale azienda regionale a conduzione monocratica tecnica.

Il superamento della primitiva definizione segna una significativa svolta della quale vanno sottolineate le principali implicazioni.

Innanzitutto è da ricordare che il riordinamento del Servizio sanitario nazionale di quegli anni è parte integrante del più generale programma politico e legislativo in corso per la revisione organizzativa e funzionale della pubblica amministrazione. La dimensione integrata delle predette strategie è ben espressa dalla legge 23 ottobre 1992, n. 421, con la quale il governo è stato delegato a provvedere alla "razionalizzazione e alla revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale". La legge delega reca, infatti, un programma di revisione organizzativa che contiene una linea generale di riforma (avente per oggetto il pubblico impiego e la pubblica amministrazione nella sua accezione più lata), la quale

<sup>(\*)</sup> *Direttore Centro studi della Fondazione Smith Kline, Roma; già Dirigente generale del Dipartimento della programmazione sanitaria, Ministero della Sanità, Roma.*

interseca trasversalmente le altre tre linee di revisione settoriale (previdenza, sanità e finanza locale) connotandole in modo uniforme.

Espressamente, infatti, l'art. 1 del D.Lgs. 29/1993 riconduce le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale all'interno del sistema delle pubbliche amministrazioni oggetto della disciplina generale contenuta nel decreto medesimo.

In virtù di tali considerazioni sembra corretto ritenere che il programma di revisione del sistema amministrativo sanitario non può essere letto ed interpretato se non come parte del più ampio programma di revisione del sistema amministrativo pubblico, i principi ispiratori del quale valgono ad illuminare anche la costruzione dell'azienda sanitaria.

Con riguardo al processo innovativo innescato dalla richiamata delega legislativa, i principi generali che rilevano sono i seguenti:

- la separazione tra i compiti di direzione politica e quelli di direzione amministrativa, con l'affidamento ai dirigenti, nell'ambito delle scelte di programma, degli obiettivi e delle direttive fissate dal titolare dell'organo, di "autonomi poteri di direzione, di vigilanza e di controllo" e, in particolare, "la gestione delle risorse finanziarie", attraverso l'adozione di idonee tecniche di bilancio, "la gestione delle risorse umane e la gestione delle risorse strumentali" al fine di assicurare "economicità, speditezza e rispondenza al pubblico interesse dell'attività degli uffici dipendenti". Si tratta di un principio di portata notevolissima in quanto assegna al livello politico le funzioni sue proprie di "governo", mentre riconduce le funzioni gestionali all'interno dell'apparato tecnico, riconoscendo a quest'ultimo, da una parte, l'autonomia nella organizzazione e nell'impiego delle risorse e, dall'altra, attribuendo allo stesso la piena responsabilità connessa al raggiungimento degli obiettivi fissati. Non deve sfuggire il parallelismo del nuovo sistema ripartitorio delle funzioni rispetto a quello vigente nel mondo aziendale, con l'ineludibile richiamo allo schema budgettario quale sistema di programmazione e controllo;

- l'attenuazione del principio del controllo preventivo di legittimità sugli atti dell'amministrazione e il parallelo avanzare del principio del controllo successivo sui risultati della

gestione, di cui è espressione anche la legge 14 gennaio 1994, n. 20 (“disposizioni in materia di giustizia e controllo della Corte dei Conti”). L’innovazione è corollario della richiamata separazione delle funzioni di governo rispetto a quelle di gestione e tende a esaltare l’autonomia della gestione, cui si accompagna l’assunzione della responsabilità per i risultati effettivamente conseguiti;

- la rimozione degli incarichi di dirigenza in caso di esito negativo della gestione, ferme restando le responsabilità penale, civile, amministrativo-contabile e disciplinare previste per i dipendenti delle amministrazioni pubbliche. Si tratta di una forma nuova di responsabilizzazione che è legata al conferimento dell’autonomia gestionale all’interno del sistema budgettario di programmazione e controllo;

- l’affermazione del principio secondo il quale è l’organizzazione dei servizi che deve adeguarsi alle esigenze dell’utenza, cioè alla domanda (e non il contrario), in un quadro di ricerca della economicità, della speditezza e della rispondenza al pubblico interesse dell’azione amministrativa;

- l’affermazione del principio secondo il quale le amministrazioni pubbliche sono ordinate, sulla base delle disposizioni di legge e di regolamento, mediante atti di organizzazione rimessi ai poteri ordinari della dirigenza. Parallelamente, la riconduzione del rapporto d’impiego pubblico sotto la disciplina del diritto civile e della regolamentazione mediante contratti di lavoro individuali e collettivi, con attribuzione alla dirigenza, in materia di organizzazione del lavoro e di gestione del rapporto di lavoro, dei poteri propri del privato datore di lavoro;

- l’affermazione secondo la quale il riordinamento del Servizio sanitario nazionale, già avviato in via transitoria con la legge 4 aprile 1991, n. 111, deve essere portato a completamento agendo sulla ripartizione dei poteri tra il livello centrale e quello regionale nella direzione dell’attribuzione alle regioni della pienezza delle funzioni di programmazione e di organizzazione dell’assistenza sanitaria e riservando conseguentemente allo stato solo la programmazione nazionale, la determinazione dei livelli uniformi ed essenziali di assistenza e delle quote capitarie di finanzia-

mento, d'intesa con la conferenza Stato-Regioni, e la verifica dei risultati conseguiti;

- la qualificazione della Usl come azienda infraregionale, con personalità giuridica, autonomia, organi di gestione propri ed articolazione secondo i principi della legge 142/1990 sulle autonomie locali e, conseguentemente, richiamo dei principi gestionali concernenti le aziende speciali (autonomia imprenditoriale, attribuzione della responsabilità gestionale al direttore, uniformazione della gestione a criteri di efficienza, efficacia ed economicità, obbligo del pareggio di bilancio, equilibrio tra costi e ricavi);

- la ridefinizione del ruolo del comune rispetto alla gestione dell'azienda, con riduzione dello stesso alla funzione di interpretazione del bisogno socio-sanitario della comunità locale e di definizione delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica delle attività nell'ambito della programmazione regionale.

Avuto riguardo alle illustrate considerazioni, la revisione del Servizio sanitario nazionale si qualifica come una riforma profonda e radicale che:

- 1) non tocca i principi informatori del Servizio sanitario nazionale come sistema istituzionale articolato, preposto alla tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività e costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio (art. 1 della legge 833/1978);

- 2) tocca significativamente il profilo istituzionale, in quanto ridefinisce i compiti rispettivamente affidati ai soggetti pubblici istituzionali rispetto al governo e alla gestione del Ssn (stato, regioni, enti locali), e introduce un nuovo soggetto istituzionale (l'azienda sanitaria). Quanto alla ridefinizione dei compiti dei soggetti istituzionali, merita di essere rimarcato il ridimensionamento delle attribuzioni del livello centrale (programmazione, determinazione ex ante delle risorse finanziarie, definizione degli obiettivi e dei livelli di assistenza, verifi-



ca dei risultati) al quale corrisponde il rafforzamento dei poteri della regione in materia di programmazione, finanziamento, organizzazione, funzionamento e controllo delle attività, accompagnato dalla responsabilizzazione totale delle stesse per i risultati finanziari della gestione. Un secondo aspetto di grande rilievo è dato dal drastico ridimensionamento del ruolo del comune rispetto alla gestione delle attività del Ssn. L'ente locale interviene solo nella "definizione delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica delle attività" senza alcun potere e responsabilità nell'amministrazione.

Quanto all'intervento di un nuovo soggetto istituzionale, merita di essere sottolineato il subentrare dell'azienda sanitaria nei compiti di gestione dei servizi prima attribuiti al comune ed esercitati attraverso la Usl, qualificata come mero strumento operativo del comune e sfornita di personalità giuridica. L'azienda sanitaria, nella duplice forma della Usl e dell'azienda ospedaliera, ha personalità giuridica pubblica, è fornita di ampia autonomia e assume la gestione delle attività del Ssn;

3) introduce una fondamentale distinzione tra il soggetto istituzionale che organizza e garantisce ai cittadini le prestazioni sanitarie (l'azienda Usl) e i presidi che materialmente erogano tali prestazioni (i presidi sanitari e ospedalieri delle Usl, le aziende ospedaliere, le altre strutture di cura pubbliche e le strutture private accreditate);

4) incide significativamente sui meccanismi che regolano la programmazione, il finanziamento e il controllo dell'attività istituzionale del Servizio, adeguando gli stessi al nuovo equilibrio nella ripartizione dei poteri tra i tre livelli considerati (stato, regione, azienda sanitaria).

La profondità delle trasformazioni sta a indicare la necessità di interpretare il contenuto sostanziale dell'autonomia dell'azienda sanitaria avendo presente il ruolo istituzionale assunto dalla stessa: investitura "esclusiva" di tutti i compiti di gestione dei servizi sanitari, i quali restano pertanto preclusi come tali sia alla regione che allo stato, ai quali competono poteri altrettanto esclusivi e fondamentali che attengono, però, al governo e non alla gestione. L'azienda sanitaria è il soggetto "necessario" per l'esistenza del Ssn, in un contesto di distribuzione dei poteri e delle responsabilità tra più soggetti istituzionali.

