

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi

Rapporto OASI 2013

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano), il CERGAS ha voluto confermarsi quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel mondo della sanità italiana, adottando l'approccio economico-aziendale. OASI rappresenta un tavolo comune dove ricercatori e professionisti del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2013:

- presenta l'assetto complessivo del SSN, del settore sanitario (con un particolare focus sui consumi privati), nonché del sistema socio-sanitario e i principali dati che li caratterizzano (parametri di struttura, di attività, di spesa), anche in una prospettiva di confronto internazionale;
- approfondisce quattro temi di *policy* rilevanti per il sistema sanitario: gli investimenti e le relative modalità di finanziamento, la gestione dei tempi di pagamento, la selezione dei Direttori Generali, l'evoluzione del ruolo delle Società Medico Scientifiche;
- a livello aziendale, discute lo sviluppo di due innovazioni, il *lean management* e il fascicolo sanitario elettronico; propone due tematiche rilevanti per la gestione del personale nelle aziende sanitarie: il cambiamento dello *skill mix* e la gestione di assenze (permessi *ex lege* 104/92) e inidoneità alla mansione; approfondisce i sistemi multidimensionali di misurazione della performance e i nuovi strumenti per accrescere competitività e fiducia nel mondo sanitario (*HealthCare Retailization*).

Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Negli ultimi 35 anni, il CERGAS ha contribuito all'elaborazione e alla diffusione delle conoscenze sulle logiche e sulle problematiche di funzionamento peculiari del settore sanitario. Le principali aree di studio e ricerca sono: confronto tra sistemi sanitari e analisi delle politiche sanitarie pubbliche; applicazione dei metodi di valutazione economica in sanità; introduzione di logiche manageriali nelle organizzazioni sanitarie; modelli organizzativi e sistemi gestionali per aziende sanitarie pubbliche e private; impatto sui settori industriali e di servizi collegati (farmaceutico e tecnologie sanitarie) e sul settore socio-assistenziale.

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



150 Years
Science For A Better Life

ISBN 978-88-238-5122-1



9 788823 851221

€ 60,00

www.egeaonline.it



Rapporto OASI 2013

CERGAS - Bocconi

a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2013

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

SDA Bocconi
School of Management

CERGAS CENTRO DI RICERCHE SULLA GESTIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE DELL'UNIVERSITÀ BOCCONI

Egea



Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi





a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2013

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

SDA Bocconi
School of Management

CERGAS CENTRO DI RICERCHE
SULLA GESTIONE
DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE
DELL'UNIVERSITÀ BOCCONI

 Egea

8 Il curriculum vitae dei Direttori Generali

di Giovanni Fattore, Francesco Longo e Marco Sartirana¹

8.1 L'inarrestabile ascesa del performance management

Uno dei temi più attuali del management, a prescindere dalla natura pubblica, privata profit o privata non-profit delle aziende, è la valutazione della performance, di seguito intesa come valutazione del contributo dell'azienda ai portatori d'interesse rispetto alle risorse impiegate. Si tratta di un tema che ha sicuramente guadagnato attenzione da parte delle istituzioni pubbliche e di chi le studia, rimanendo al centro del dibattito scientifico e dello sviluppo di approcci concreti anche a fronte di stagioni politiche e mode profondamente diverse tra loro.

Da un punto di vista pratico, negli ultimi decenni sono state promosse numerose iniziative volte governare e gestire le aziende sulla base di misure di performance (si veda ad esempio il volume a cura di Sabina Nuti (2008) per un contributo sulle aziende sanitarie). Lavorando a diversi livelli, da quello micro-organizzativo a quello macro e di sistema, è sempre più marcata la tendenza a sviluppare sistemi di misurazione delle risorse impiegate, aspetto chiaramente più semplice, e dei risultati conseguiti, tema chiaramente più complesso per le aziende pubbliche ma in misura minore anche per quelle private.

All'interno del panorama delle aziende pubbliche è particolarmente interessante analizzare il fenomeno del performance management in ambito sanitario, per le peculiarità del settore e per il significato che iniziative in un ambito così centrale per il benessere della popolazione possono avere su altri settori di pubblico interesse. L'affermazione della misurazione della performance come aspetto fondamentale dei sistemi di management in sanità è stata facilitata da tre importanti tendenze in atto, due di carattere generale e trasversali alle am-

¹ Il capitolo è frutto di un lavoro comune di ricerca e riflessione. I §§8.1 e 8.2 sono in ogni caso da attribuirsi a Giovanni Fattore, i §§ 8.6 e 8.7 a Francesco Longo, i §§ 8.3, 8.4 e 8.5 a Marco Sartirana. Gli autori ringraziano i colleghi del gruppo di lavoro del progetto «Management Matters» Eugenio Anessi Pessina, Federico Lega, Elena Cantù, Anna Prenestini, Domenico Salvatore e Dino Numerato per la preziosa collaborazione e Andrea Contaldo per il supporto fornito alla ricerca.

ministrazioni pubbliche se non alle organizzazioni di qualsiasi natura, l'altra più specifica del settore sanitario. Una prima tendenza riguarda il tramonto del modello burocratico, almeno nella sua formulazione più tradizionale. Il paradigma amministrativo basato sulla chiara distinzione tra obiettivi (prerogativa della politica) e loro attuazione (prerogativa dell'amministrazione), sul controllo dei processi e delle attività e su una visione sostanzialmente meccanicistica del funzionamento degli apparati pubblici è stato fortemente criticato sul piano concettuale (si veda ad esempio proprio il contributo dell'azionalismo pubblico italiano, in particolare di Elio Borgonovi (Borgonovi, 1984)) e in termini di agenda per le riforme della pubblica amministrazione. Forse anche in modo eccessivo e, a volte, sulla base di ragionamenti superficiali, il millenario modello burocratico, i cui elementi di fondo si possono identificare in culture e sistemi amministrativi anche molto lontani tra loro (Hood, 1998), appare ormai ampiamente delegittimato. Una delle risposte concrete alla crisi del modello burocratico è proprio il «management by performance»: quello che contano sono i risultati e quindi l'intera architettura dei sistemi informativi e delle funzioni aziendali deve essere rivolta a misurare, valutare e decidere in base a metriche di performance, dal livello strategico a quello più operativo.

L'affermazione del performance management deriva anche dagli effetti delle recenti innovazioni tecnologiche che hanno reso molto più economico raccogliere, analizzare, custodire e distribuire dati. Le innovazioni relative alle tecnologie dell'informazione consentono di rilevare dati sulle attività svolte e sui loro (supposti) effetti, analizzarli tramite modelli replicabili e sintetizzarli in articolati sistemi di reporting finalizzati a supportare i processi decisionali. Il crescente ruolo delle misure di performance è quindi anche l'esito di un cambiamento tecnologico che ha reso il controllo tramite la responsabilizzazione *ex post* sui risultati più conveniente e facilmente attuabile rispetto ad altre modalità di controllo. D'altra parte, proprio lo spostamento dei sistemi di gestione sulla performance ha costruito un mercato dell'IT che non è solo risposta ad una domanda di servizi, ma anche motore per ulteriori investimenti e sviluppi tecnologici.

Queste tendenze sono più marcate nel settore sanitario per la natura dei bisogni a cui esso risponde (la salute e in sostanza la vita delle persone) e per lo straordinario sforzo di misurazione che caratterizza la medicina moderna e la sanità pubblica. Il performance management trova pertanto nel settore sanitario un terreno fertile perché da un lato la valutazione dei risultati fa parte dell'orientamento cognitivo dei professionisti, fortemente orientati all'utilizzo di misure per leggere ed interpretare i fenomeni, e dall'altro anche a livello di opinione pubblica sembra crescere l'interesse e l'attenzione per misure di qualità dell'assistenza.

Queste tendenze appaiono strutturali e pertanto suggeriscono che il tema della misurazione della performance continuerà ad essere dominante nei pros-

simi anni. Dato questo scenario, e concentrando l'attenzione sul management, si possono identificare almeno due grandi linee di ricerca. La prima, come ricordato anche sopra, si concentra sullo sviluppo di modelli di gestione, ma anche di organizzazione del lavoro e di rendicontazione, in cui le misure, e in particolare quelle di natura non monetaria, giocano un ruolo centrale. Questa linea di ricerca applicata cerca sia di mettere a punto modelli di rappresentazione quali-quantitative delle aziende sia di ragionare e proporre indicazioni su come organizzare e gestire il lavoro utilizzando le misure di performance. In questo capitolo, e nel programma di ricerca che qui viene presentato, si fa riferimento ad una seconda linea di ricerca, che si posiziona ad un livello più valutativo perché cerca di comprendere le determinanti della performance delle aziende e dei sistemi sanitari. Tipicamente questa linea di ricerca è dominata da modelli econometrici che rappresentano il sistema e le aziende tramite variabili misurabili, spesso apertamente riconosciute come proxy di fenomeni complessi. Questo tipo di ricerca utilizza generalmente misure di capacità produttiva (ad esempio i posti letto), di mix sulle risorse umane impiegate (ad esempio il rapporto tra personale infermieristico e medico) e di rappresentazione dell'ambiente di riferimento (misure delle condizioni socio-economiche come il reddito pro-capite o il tasso di disoccupazione) per spiegare la performance delle aziende. Ad esempio, un recente lavoro pubblicato su una prestigiosa rivista economica ha mostrato che gli ospedali inglesi inseriti in contesti maggiormente competitivi hanno ottenuto migliori risultati in termini di mortalità per infarto miocardico acuto (Cooper e al., 2011). Le tendenze descritte sopra spingono con forza la comunità scientifica, ma anche gli organi tecnici a supporto dei sistemi sanitari, a produrre studi di questo tipo. Se le misure di risorse e risultato sono i pilastri dei sistemi di governo della sanità appare immediato cercare conferme della bontà delle politiche con approcci quantitativi a livello di sistema, valutando così se effettivamente tali politiche abbiano gli effetti desiderati.

Rispetto alla prospettiva di OASI e della ricerca in ambito aziendale questo filone di ricerca è particolarmente critico perché tende a non considerare esplicitamente il ruolo del management o, nella migliore delle ipotesi, di vederlo come una variabile determinata da fattori di tipo ambientale, economico e tecnologico. Solo recentemente il tema della qualità del management nello spiegare la performance dei sistemi sanitari sembra avere iniziato ad attirare una certa curiosità scientifica, come testimonia un recente working paper del National Bureau of Economic Research che ha valutato il ruolo del management nello spiegare la performance delle aziende sanitarie pubbliche del National Health Service inglese (Bloom et al., 2010). Si tratta di un contributo importante, che riprende una metodologia utilizzata in altri settori industriali per valutare la qualità del management, ma che, almeno quando applicata al settore sanitario, sembra proporre una visione troppo parziale e semplicistica.

8.2 Management Matters: i curriculum vitae dei Direttori Generali

In questo capitolo viene presentato un primo elemento di un programma di ricerca che si pone proprio l'obiettivo di costruire e validare misure per valutare la qualità del management e il suo contributo alla performance delle aziende sanitarie. Con tale programma, denominato «Management Matters», si intende pertanto affrontare il tema della qualità del management nella sanità italiana e delle modalità per misurarla e valutarla. Si tratta di una linea di ricerca ambiziosa che trae sicuramente vantaggio dall'esperienza accumulata in questi decenni nell'analisi e interpretazione della funzionalità dei sistemi aziendali della sanità italiana; ma si tratta anche di un progetto che richiede un lavoro aggiuntivo di sistematizzazione e validazione di modelli e misure.

Il primo ambito di questo lavoro di valutazione del management delle aziende sanitarie pubbliche riguarda le potenzialità e i limiti dei curriculum vitae (di seguito CV) per segnalare la qualità dei manager. Sebbene sia evidente che i CV siano un documento troppo sintetico per rappresentare le qualità professionali, soprattutto quando si tratta di caratteristiche multiformi e poco oggettivabili come quelle manageriali, si è ritenuto fondamentale partire da questi semplici e facilmente accessibili documenti per iniziare il percorso sulla valutazione del management. D'altra parte, malgrado le loro limitazioni, i CV sono comunque un elemento informativo ampiamente usato per valutare, almeno in una logica di screening, i candidati per molte posizioni nelle Amministrazioni Pubbliche italiane, anche a livello apicale. In altre parole, è un dato di fatto che i CV vengano utilizzati per valutare, anche se solo preliminarmente, promozioni, assunzioni e incarichi. I CV sono inoltre facilmente accessibili e comprensibili e pertanto sono spesso utilizzabili per fare prime valutazioni sul profilo di chi dirige le aziende pubbliche.

L'obiettivo del nostro lavoro è valutare se i CV dei Direttori Generali (DG) delle aziende sanitarie pubbliche contengano informazioni in grado di segnalare gli orientamenti professionali e le capacità. Chiaramente, non si intende testare l'ipotesi che i CV contengano tutte le principali informazioni per effettuare valutazioni puntuali, e vi è piena consapevolezza del limitato contenuto informativo che può essere tratto dalle poche righe di un CV. Tuttavia si è ritenuto comunque importante cercare di capire se i CV possono dire qualcosa sul profilo dei DG e se, almeno in parte, le storie raccontate in questi documenti possono produrre elementi utili per la valutazione del top management della sanità italiana. Pur riconoscendo che il top management delle aziende sanitarie pubbliche include almeno anche i Direttori Sanitari e Amministrativi, in questa fase si è ritenuto utile limitare l'analisi ai soli Direttori Generali perché sono oggetto specifico di valutazione da parte delle Regioni.

Nel prosieguo del capitolo viene presentata la prima parte del lavoro sull'analisi dei CV con l'obiettivo di fornire un quadro della loro disponibili-

tà su internet, della loro qualità e delle principali caratteristiche dei DG che emergono da una loro lettura, e di sviluppare alcune prime analisi interpretative.

8.3 Top management e performance aziendali

Anche il tema dell'influenza del profilo personale dei top manager sulle scelte strategiche e quindi sulle performance aziendali è da tempo approfondito da alcuni filoni della letteratura manageriale. In particolare dalla *upper echelon theory* (Hambrick e Mason, 1984), secondo cui le caratteristiche demografiche dei direttori delle aziende, quali il percorso di formazione o gli anni e i settori in cui hanno maturato la propria esperienza professionale, possono essere utilizzate come proxy valide, per quanto incomplete ed imprecise, delle loro scelte strategiche e, attraverso di esse, delle performance dell'azienda (Hambrick, 2007). In ciò peraltro tale prospettiva conferma i risultati dei numerosi studi di psicologia del lavoro sulla relazione tra educazione, esperienza lavorativa e performance (si veda ad es. Quinones et al., 1995 o Ng e Feldman, 2009). Al contempo è riconosciuto come alcuni fattori di contesto abbiano un'influenza importante in questa relazione. Vi sono infatti numerose variabili esterne (il settore industriale il momento storico, la cultura nazionale, ecc.) che possono limitare la discrezionalità e l'autonomia strategica dei manager (Crossland e Hambrick, 2011) e che appaiono, evidentemente, particolarmente rilevanti nelle aziende sanitarie pubbliche.

Lo studio dell'impatto delle caratteristiche dei top manager della sanità sulle performance aziendali rappresenta un campo di notevole complessità, estremamente rilevante in termini sia teorici che pratici, ma in cui le analisi disponibili sono ancora poco numerose. Alcuni studi (che pur in certi casi scontano, come già rilevato, qualche eccessiva semplificazione) hanno riscontrato una correlazione positiva tra la presenza di un direttore di ospedale con background clinico e le performance aziendali in termini di riduzione di mortalità, aumento della soddisfazione dei pazienti, miglioramento dei risultati finanziari e adozione di buone pratiche (Bloom et al., 2010) o indicatori di qualità clinica (Goodall, 2011). Una recente ricerca di Mascia e Piconi (2013) sui direttori generali del SSN ha mostrato come al crescere dell'esperienza professionale dei DG, misurata come numero e capacità formativa delle organizzazioni in cui hanno lavorato, cresce la performance finanziaria delle aziende da loro dirette. Tale filone di ricerca è tuttavia ancora ad un livello iniziale Lega et al. (2013); obiettivo della ricerca nel suo complesso è quindi quello di contribuire a tale dibattito, sviluppando un framework teorico di riferimento e producendo materiale empirico utile a valutarne la validità nel contesto della sanità italiana.

8.4 Metodologia della ricerca

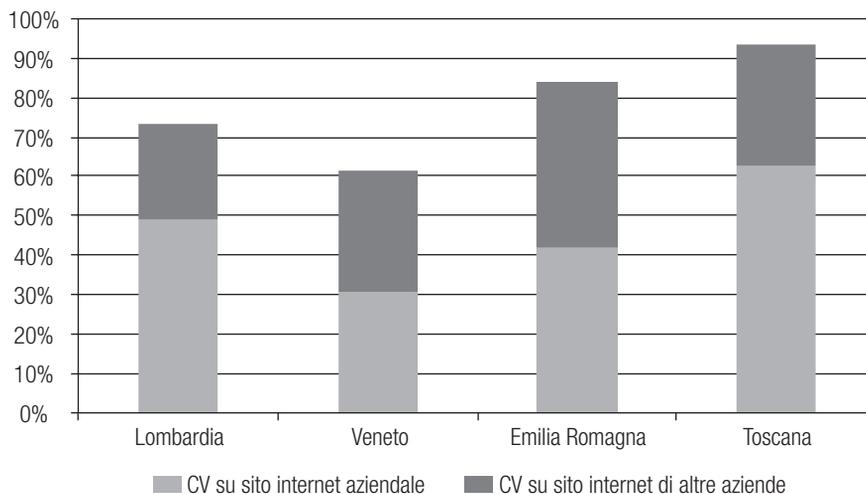
La ricerca ha sviluppato un'analisi delle informazioni biografiche disponibili sui CV dei DG. Lo studio si è concentrato su un campione di quattro Regioni: Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Toscana, che includono un numero di aziende sufficiente per sviluppare una prima analisi descrittiva. Sono stati ricercati e analizzati i CV dei DG sui siti internet di tutte le aziende delle quattro Regioni. Nel caso sui siti aziendali i CV non fossero disponibili o non riportassero alcune informazioni rilevanti per l'analisi (ad esempio la data di nascita) è stata effettuata un'ulteriore indagine tramite motori di ricerca che ha consentito, in non pochi casi, di recuperare i CV su siti internet di aziende in cui i DG avevano lavorato precedentemente. Tale fase dello studio è stata realizzata nei mesi di marzo-aprile 2013; i DG inclusi nella ricerca sono pertanto quelli in carica in tale periodo. L'analisi dei CV è stata realizzata adoperando una griglia di indagine sviluppata dagli autori e validata dal comitato scientifico del programma di ricerca. Tale griglia prevedeva la rilevazione di informazioni relative ai dati anagrafici (nome, cognome, anno di nascita e sesso), al percorso formativo universitario e postuniversitario, all'eventuale esperienza professionale come DG di aziende sanitarie (anni di esperienza, numero di Regioni e aziende, età al primo incarico, ecc.), all'esperienza professionale in ruoli manageriali apicali precedente alla nomina da DG (anni come Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, top manager di aziende private, numero di aziende, età al primo incarico apicale, natura del percorso professionale seguito, ecc.) e ad altre informazioni potenzialmente rilevanti quali le esperienze professionali all'estero o la conoscenza della lingua inglese. Bisogna ad ogni modo precisare che varie di queste informazioni erano presenti solo in un numero ridotto dei CV pubblicati su internet e pertanto non verranno commentate in dettaglio di seguito. Da ultimo, è stata effettuata una valutazione di due dimensioni relative alla qualità del CV stesso: il livello di approfondimento dei dati riportati e la qualità dell'organizzazione e della presentazione delle informazioni.

La ricerca dei curriculum sui siti internet e l'estrazione delle informazioni sulla base della griglia è stata effettuata da uno studente sotto la supervisione di uno degli autori.

8.5 Analisi dei Curriculum Vitae

Tramite l'analisi sono stati recuperati i curriculum di 83 DG: 36 DG di aziende della Lombardia, pari al 73% del totale regionale, 16 del Veneto (il 62% del totale regionale), 16 dell'Emilia Romagna (pari all'84% del totale regionale) e 15 della Toscana (94%). La Figura 8.1 riporta tali informazioni con l'indicazio-

Figura 8.1 **Il campione di indagine**



ne della fonte informativa (aziendale o meno). Un primo dato da rilevare è quindi il numero elevato di aziende che non riportano il curriculum del DG sul sito, o quantomeno lo rendono difficilmente accessibile.

La qualità media dei curriculum in termini di livello di approfondimento (presenza o meno dei dati previsti da un CV in formato europeo) delle informazioni riportate e della qualità della presentazione (in termini di organizzazione dei contenuti e grafica) è medio-bassa. Una valutazione qualitativa di queste due dimensioni (in una scala da 1-basso a 3-elevato) mostra che in tutte le Regioni il livello di approfondimento del CV è in media inferiore a 2 e che la qualità del documento è poco superiore a 1,5 per tutte le Regioni tranne che la Lombardia e (Figura 8.2).

Il primo dato che si evidenzia è la netta prevalenza di uomini, che rappresentano oltre l'85% del campione; unica eccezione è rappresentata all'Emilia Romagna (Figura 8.3). Interessante è poi la fotografia relativa agli studi universi-

Figura 8.2 **Livello di approfondimento e qualità dei CV (scala da 1 a 3)**

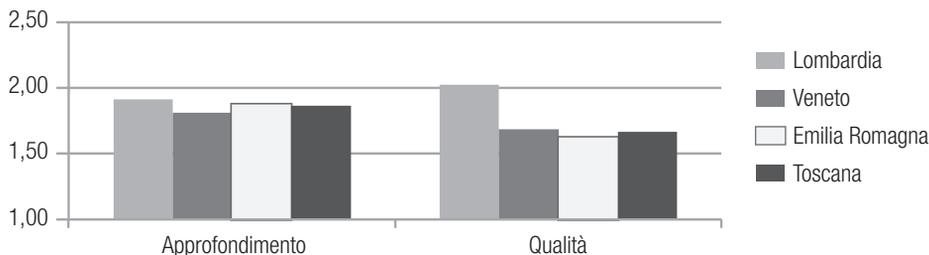
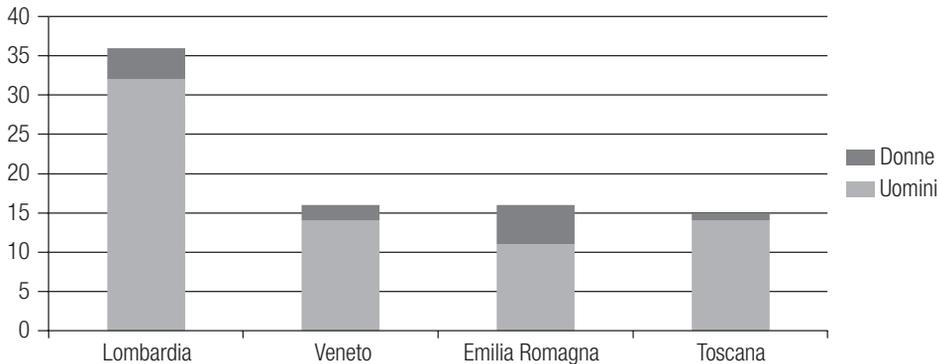


Figura 8.3 **DG uomini e donne**

tari dei DG. La Figura 8.4 mostra come quasi il 70% del campione analizzato abbia conseguito una laurea in medicina e chirurgia. I medici sono seguiti dai laureati in giurisprudenza (13%), scienze politiche (4%), lettere e filosofia (4%) e sociologia (2%). In fondo alla classifica gli ingegneri e i laureati in economia (2% ciascuno).

Con riferimento all'analisi del tipo di esperienza professionale precedente alla nomina, i percorsi di carriera dei DG sono stati ricondotti nell'ambito di cinque aree: percorso igienico/organizzativo (esperienza in direzioni sanitarie, di presidio o di distretto), percorso clinico, percorso amministrativo (uffici quali gli affari generali, la gestione del personale, il protocollo, ecc.), percorso gestionale (unità quali la programmazione e controllo, o ruoli in imprese nell'ambito di finanza, strategia, vendite), percorso tecnico (ad es. ingegneria clinica o sistemi informativi). La Figura 8.5 mostra una decisa prevalenza del percorso igienico organizzativo (43%), coerente con la percentuale di coloro che hanno una specializzazione in igiene e prevenzione, seguito al secondo posto dal percorso clinico (19%). Al terzo posto vi sono i DG che hanno seguito un percorso amministrativo (17%), seguiti da un 14% che ha un background di natura gestionale, un 4% che ha ricoperto incarichi in organi di rappresentanza politici e infine un 2% con background tecnico. Dall'analisi dei dati emerge inoltre che una quota estremamente ridotta di DG ha maturato esperienze gestionali apicali nel settore privato, sia sanitario (5 su 83) che non sanitario (4 su 83).

La Tabella 8.1 riporta il dettaglio delle quattro Regioni, da cui si evince in termini comparativi una presenza rilevante di medici di direzione sanitaria in Toscana, di clinici e di politici in Lombardia e di amministrativi in Veneto. Risulta inoltre interessante (Figura 8.6) analizzare le specificità dei percorsi dei pochi DG donna: non vi sono infatti tra di esse figure con background clinico, mentre risulta sovra-rappresentata la quota di profili amministrati-

Figura 8.4 **Titolo di studio dei DG**

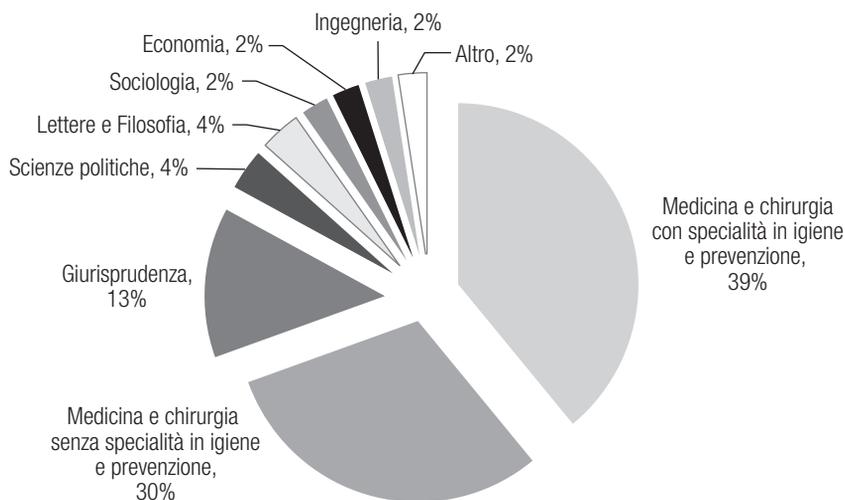


Figura 8.5 **I percorsi lavorativi dei DG**

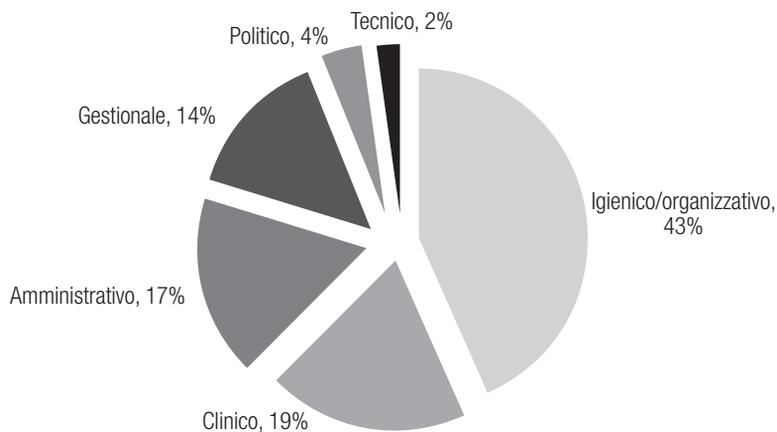
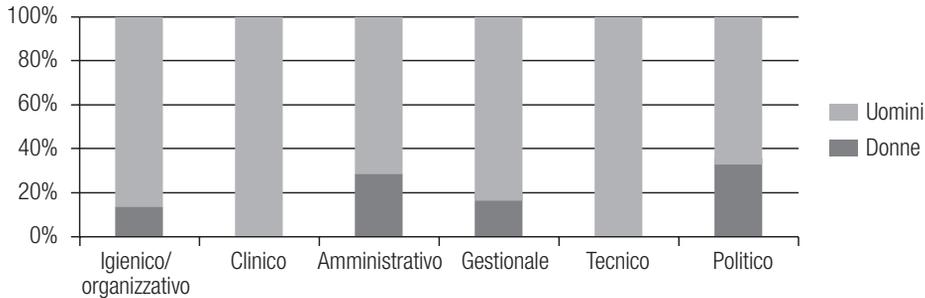
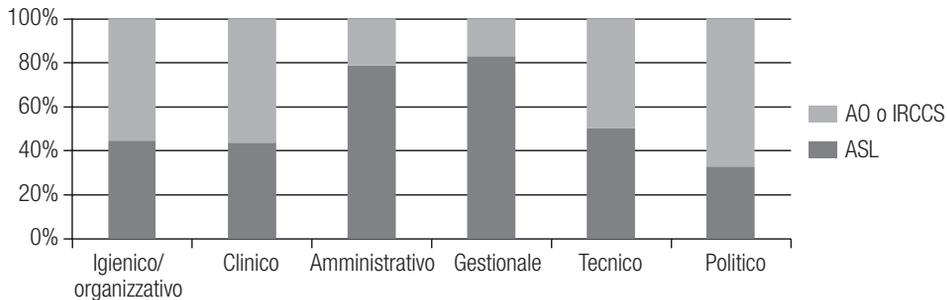


Tabella 8.1 **I percorsi lavorativi dei DG nelle quattro Regioni**

	Lombardia	Veneto	Emilia Romagna	Toscana
Igienico/organizzativo	39%	38%	44%	60%
Clinico	28%	13%	19%	7%
Amministrativo	8%	31%	19%	20%
Gestionale	14%	13%	19%	13%
Politico	8%	0%	0%	0%
Tecnico	3%	6%	0%	0%
TOTALE	100%	100%	100%	100%

Figura 8.6 **Percentuale di uomini e donne tra i DG con diversi percorsi**Figura 8.7 **Tipologia di azienda in cui lavorano i DG con diversi percorsi**

vi². Da ultimo (Figura 8.7), una quota ridotta dei DG con background amministrativo o gestionale (rispettivamente il 20 e 21%) sono a capo di una AO o IRCCS, in quanto prevalentemente in servizio presso le ASL.

Venendo all'analisi dell'età anagrafica, si riscontra un'età media complessiva di poco più di 59 anni. La Figura 8.8 riporta un'analisi dell'età dei DG in carica per Regione, sesso e percorso professionale, distinguendo tra età media alla nomina e età attuale. Da esso si evince come in Veneto l'età media dei DG sia inferiore alla media (57,9 anni) e come in Emilia Romagna i DG siano stati nominati giovani e rimangano nel ruolo per un numero medio di anni relativamente elevato (8,1). Emerge inoltre come gli uomini siano in media più anziani delle donne di circa due anni, e come i DG che provengono da un percorso clinico siano stati nominati mediamente tre anni più tardi dei loro colleghi igienisti. I DG con un percorso gestionale sono invece quelli di età inferiore.

La Figura 8.9 riporta l'esperienza di direzione aziendale accumulata dai DG, evidenziando la somma degli anni di esperienza come DG, DS, DA o come top

² Tuttavia bisogna considerare che questo dato potrebbe essere inficiato dalla scarsa numerosità del campione.

Figura 8.8 **Età media di nomina e attuale dei DG**

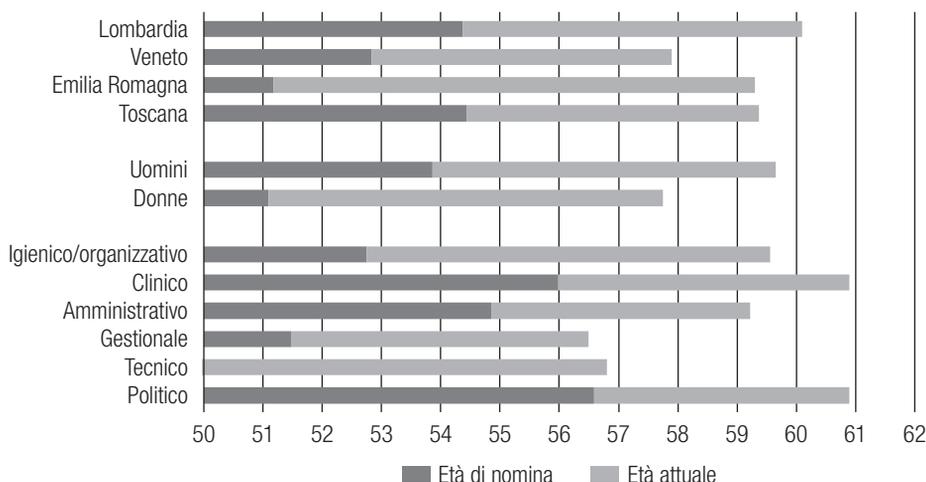


Figura 8.9 **L'esperienza di direzione dei DG**

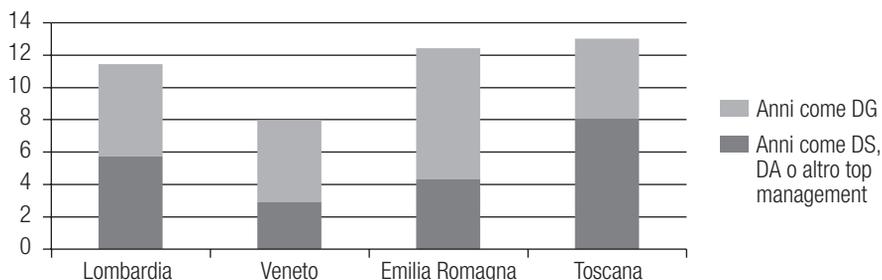
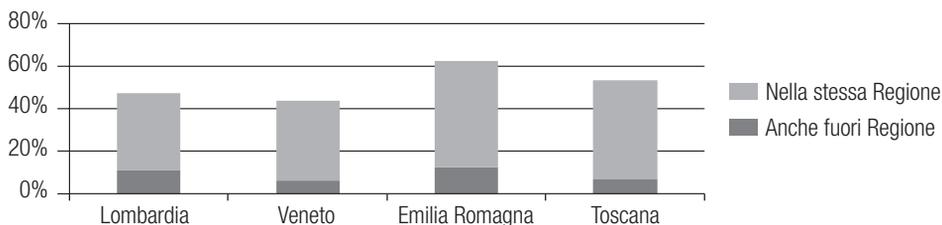


Figura 8.10 **L'esperienza dei DG in altre aziende**



manager di altri enti pubblici o imprese private. In tre delle Regioni analizzate i DG attualmente in carica hanno maturato una media di anni di direzione superiore a undici; unica eccezione è il Veneto, che presenta un dato pari a otto. La Figura 8.10 consente invece di visualizzare la percentuale di DG con esperienze di top management in altre aziende, evidenziando anche coloro che le hanno

maturate fuori Regione. Emerge come quasi i due terzi dei DG emiliano-romagnoli hanno avuto esperienze in altre aziende, mentre le altre Regioni, e in particolare il Veneto, si attestano su valori inferiori.

Da ultimo, si segnala che meno del 50% dei DG riporta sul curriculum il dato relativo alla conoscenza dell'inglese, e nessuno di essi segnala un'esperienza professionale significativa all'estero nel corso della propria carriera gestionale.

8.6 Riflessioni gestionali e implicazioni di policy

Il SSN ha strutturato un assetto di governance in cui il DG gioca un ruolo cruciale, a cui sono assegnate molte delle speranze di sviluppo e miglioramento del sistema sanitario. Non esistono delle declaratorie ufficiali o delle policy esplicitate sui processi di selezione e sulle traiettorie di sviluppo del top management del SSN, né a livello centrale, né a livello regionale. Le evidenze raccolte evidenziano però dei criteri piuttosto nitidi e complessivi del sistema, con delle specifiche caratterizzazioni delle singole Regioni. Esiste pertanto una politica emergente, che si può ricostruire e rendere visibile ex post, nei processi di selezione e di carriera dei DG del SSN. La ricostruzione e l'analisi retrospettiva di queste traiettorie è tuttavia resa difficile dalla variabilità con cui i sistemi regionali rendono consultabili i CV dei loro DG, ma soprattutto dalla loro modesta ricchezza descrittiva, a riprova che non è un oggetto di lavoro esplicito, ma tende ad essere una policy implicita.

Discutiamo prima le caratteristiche generali dei CV del campione di Regioni selezionato, per analizzare successivamente le differenze inter-regionali.

Dai dati disponibili emerge innanzitutto che è un ruolo occupato prevalentemente da uomini (85%), molto senior (59 anni di media), in coerenza con quanto succede nel resto del paese in molti settori economici, caratterizzati da una prevalenza di manager uomini e orientati verso un management anziano. C'è poco spazio per le donne e quasi nessuno per giovani quarantenni. Questo ci segnala che il ruolo di DG è considerato un riconoscimento di fine carriera più che una professione che si sviluppa ed esercita nel tempo. Peraltro, la nomina in età matura e l'esercizio del ruolo di DG durante la parte finale della carriera, a cui segue il ritiro totale o parziale dalla professione, riduce la possibilità di rilevanti processi di mobilità tra settori, tra Regioni, dentro e fuori il SSN. Se sono avvenuti, sono tutti precedenti alla nomina di DG. Pertanto pochissimi direttori hanno lavorato in più Regioni (con l'eccezione degli emiliano-romagnoli, l'unico sistema che esporta ed importa con una certa regolarità top manager sanitari). La scarsa mobilità inter-regionale è un'evidenza preoccupante perché segnala l'assenza di un corpo professionale nazionale, di meccanismi di contaminazione culturale inter-regionale e di supporto alle Regioni con minori competenze e soprattutto la presenza di tanti mercati locali e non di un più ampio mercato

nazionale. È più probabile che in tanti piccoli mercati locali prevalgano logiche di selezione e sviluppo professionali più politiche rispetto a quelle che si potrebbero dare in un mercato nazionale dove, pur agendo il principio dello *spoils system*, con più probabilità si ricercerebbe i «tecnici d'area» con le migliori competenze e il percorso professionale più convincente.

Il genere maschile e l'avanzata età sono in contrasto con la relativa bassa retribuzione del ruolo (Longo et al., 2011), sia se paragonata con la retribuzione per posizioni analoghe nella sanità privata, sia se paragonata con altri comparti dell'economia, a parità di dimensione e complessità aziendale. Ciò segnala che il riconoscimento più forte è di status e di potere, coerente con un percorso di fine carriera.

Il DG è un medico nel 70% dei casi, con una netta prevalenza di percorso igienico-organizzativo. Questo dato è ancora più marcato nelle aziende ospedaliere e negli IRCCS, che segnala la loro rappresentazione come istituti prevalentemente tecnico-professionali e meno gestionali rispetto all'azienda USL. Le provenienze gestionali sono residuali (solo il 14% viene da un percorso nell'ambito di strutture gestionali e meno del 5% è laureato in economia o ingegneria) anche nelle Regioni del nostro campione, che sono probabilmente le più avanzate del paese dal punto di vista dello sviluppo delle loro tecnostutture. Questa evidenza ci segnala che non vi è stata l'ideazione di un percorso di formazione e selezione di professionisti della gestione pensato ad hoc, ma come ci si sia invece rivolti al personale esistente, cercando di adattare le traiettorie di sviluppo professionale già disponibili. Professionisti non formati e non specializzati nel management all'inizio del loro percorso universitario, ma in grado di adattarsi a questo ruolo, sono progressivamente emersi nel processo di selezione dei vertici aziendali. Da un altro punto di vista, questo segnala anche come, in processi di sviluppo professionale impliciti e non formalmente strutturati, possa essere più facile per un medico acquisire competenze gestionali, piuttosto che per un professionista della gestione apprendere la complessità e la specificità della sanità.

È molto interessante osservare che i DG con profili gestionali siano più giovani, a riprova del fatto che un investimento specifico su competenze manageriali sanitarie possa rappresentare una professione a sé stante, da esercitare potenzialmente come mestiere e non solo come riconoscimento di fine carriera. Anche le poche donne DG sono più giovani in media dei colleghi maschi e provengono prevalentemente da profili amministrativi. Questo dimostra, ancora una volta, che le donne hanno più facilità ad emergere in ambiti molto formalizzati (esistono più donne dirigenti nelle PA che non nelle imprese private), in cui la valutazione è correlata a maggiori elementi oggettivi, diversamente dai ruoli gestionali, dove la valutazione è più soggettiva.

Colpiscono le rilevanti differenze inter-regionali, seppur tra Regioni qualificabili per i migliori sistemi sanitari del paese. Abbiamo tre distinte caratterizzazioni.

In Toscana la grande maggioranza dei DG provengono dal profilo igienico-organizzativo. Questo è coerente con un sistema in cui rilevanti prerogative decisionali sono assegnate alla politica regionale e locale e alle aziende viene assegnato prevalentemente un ruolo attuativo di natura tecnico-professionale, per cui un vertice aziendale di impronta medico-organizzativa è perfettamente coerente con la geografia dei poteri decisionali.

In Veneto e in RER è più robusta la quota dei DG con profili amministrativi, gestionali o tecnici (50% in Veneto e 38% in RER), essendo due Regioni che tradizionalmente hanno investito sull'autonomia aziendale e lo sviluppo di tecnostutture ad hoc. In particolare la RER ha la più alta quota di profili gestionali «puri» (19%) e di DG più giovani, seguita immediatamente dal Veneto. La Lombardia è il sistema che nell'esercizio del ruolo seleziona profili più politici o più vicini alla politica (36%) essendo gli ex politici all'8% e i clinici al 28%. Di conseguenza è la Regione con la quota più modesta di profili gestionali e amministrativi. Il profilo più politico e quello più tecnico-professionale sono anche quelli con la più alta anzianità al momento della nomina.

Osserviamo quindi tre caratterizzazioni distinte e specifiche: quella più tecnico-professionale (prevalenza di igienisti), quella più gestionale (amministrativi e background manageriali), quella più politica. Sono tre posizionamenti legittimi e plausibili che però caratterizzano in modo diverso le competenze dei DG e quindi prefigurano l'esercizio del ruolo in maniera distinta. Sarebbe interessante aprire un dibattito su quale profilo, o mix di profili, sarebbe più appropriato per il SSN e soprattutto su quali spazi di autonomia e differenziazione regionale siano opportuni. L'evidenza emergente ci segnala che i sistemi regionali con strutture di governance molto eterogenee tra di loro selezionano profili distinti, alla ricerca di una coerenza tra le competenze distintive dei top manager e il fabbisogno di governo specifico del singolo sistema.

La Regione Toscana e quella con il più alto tasso di pubblicazione dei CV (63%), mentre Veneto, RER e Lombardia registrano minore attenzione al tema (rispettivamente 31%, 42% e 49%), ma nel complesso in tutte le Regioni si tratta di un adempimento prevalentemente formale, come mostra la relativa qualità dei dati resi pubblici (un po' meglio quelli lombardi). Questo è forse coerente con il fatto che in nessuna delle Regioni si osserva un dibattito esplicito sul tipo di profili da selezionare e sulla policy di sviluppo professionale della categoria. È tuttavia interessante notare come in tutte le Regioni analizzate non si presti particolare attenzione a presentare in modo approfondito e accattivante i vertici delle aziende sanitarie pubbliche. Malgrado l'affermazione di internet e il richiamo alla centralità del rapporto con il cittadino-cliente, la sanità pubblica non sente la necessità di presentare e valorizzare le persone che la dirigono.

8.7 Conclusioni

La struttura di governance disegnata nel SSN con l'aziendalizzazione ha posto molta enfasi sul ruolo strategico del DG. A questa centralità assegnata dal sistema non è seguito un coerente sviluppo di un modello di formazione, selezione e crescita di un corpo professionale nazionale. Il quadro emergente osserva i DG del SSN essere prevalentemente maschi, medici, professionalmente anziani, a fine carriera. Nelle singole Regioni si sono sviluppati tanti piccoli mercati locali, ognuno caratterizzato da un proprio posizionamento implicito distintivo, senza rilevanti processi di mobilità e contaminazione reciproca. Nel nostro campione di Regioni «mature e sviluppate» abbiamo identificato tre relative prevalenze nei profili dei DG: il modello tecnico professionale basato su igienisti-organizzatori, il modello gestionale con profili manageriali o amministrativi, il modello politico. Sono tre profilature legittime e plausibili: sarebbe importante discutere per ogni Regione e per l'intero SSN quale è il mix desiderabile e coerente alle caratteristiche assegnate al ruolo.

L'analisi dei CV dei DG di quattro Regioni ha permesso di fare alcune considerazioni sul top management della sanità pubblica italiana. Ne deriva un quadro per certi aspetti atteso e che mostra come i CV possano essere un facile e accessibile strumento per raccogliere informazioni sui DG. In prospettiva, nell'ambito del programma di ricerca Management Matters ci proponiamo di verificare se i CV possano anche essere di supporto alla valutazione delle qualità manageriali. In particolare si intende verificare la correlazione tra alcune caratteristiche dei DG desumibili dai CV e valutazioni di merito raccolte tramite questionari strutturati sottoposti ad accademici, politici, dirigenti regionali della sanità pubblica ed ex DG. Probabilmente le informazioni contenute nei CV non sono sufficienti a dare una valutazione, neppure approssimativa, delle qualità manageriali dei CV. In ogni caso, anche solo avere conferma di questo limite fornirebbe un contributo al dibattito su come misurare la qualità del management nella sanità pubblica italiana.

Bibliografia

- Bloom N., Propper C., Seiler S. e Van Reenen J. (2010), «The Impact of Management Quality: Evidence from Public Hospitals», *NBER Working Paper 16032*.
- Bloom N., Homkes R., Sadun R. e Van Reenen J. (2010), «Management in healthcare. Why good practice really Matters», McKinsey&Company and LSE Centre for Economic Performance.
- Borgonovi E. (1984), *Introduzione all'economia delle amministrazioni pubbliche*. Milano: Giuffrè.

- Cooper Z., Gibbons S., Jones S. e McGuire A. (2011), «Does Hospital Competition Save Lives? Evidence From The English NHS Patient Choice Reforms», *The Economic Journal*, 121(554): 228-260.
- Crossland C. e Hambrick D.C. (2011), «Differences in managerial discretion cross countries: how nation-level institutions affect the degree to which ceos matter», *Strategic Management Journal*, 32(8), 797-819.
- Goodall A. (2011), «Physician-leaders and hospital performance: is there an association?», *Social Science & Medicine*, 73 (4): 535-539.
- Hambrick D.C. (2007), «Upper echelons theory: an update», *Academy Of Management Review*, 32(2), 334-343.
- Hambrick D.C. e Mason P.A. (1984), «Upper Echelons: The Organization as a Reflection of Its Top Managers», *Academy Of Management Review*, 9(2), 193-206.
- Hood C. (1998), *The Art of the State: Culture, Rhetoric and Public Management*. Oxford: Oxford University Press.
- Lega F., Presenti A. e Spurgeon P. (2013), «Is management essential to improving the performance and sustainability of health care systems and organizations? A systematic review and a roadmap for future studies», *Value in Health*, 16(1): 46-51.
- Longo F., Ferrè F., Russo Valentini R. e Sartirana M. (2011), «I livelli retributivi del top management: un'analisi comparata», in Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI 2011. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, Egea.
- Mascia D. e Piconi I. (2013), «Career Histories and Managerial Performance of Health Care CEOs: An Empirical Study in the Italian National Health Service», *Health Care Management Review*, 38(1): 71-80.
- Ng T. e Feldman D. (2009), «How broadly does education contribute to job performance?», *Personnel Psychology*, 62: 89-134.
- Nuti S. (a cura di) (2008), *La valutazione della performance in sanità*. Bologna: il Mulino.
- Quiñones M.A., Ford J.K. e Teachout M.S. (1995), «The relationship between work experience and job performance: a conceptual and meta-analytic review», *Personnel Psychology*, 48: 887-910.