

## 10 Governance professionale nelle aziende sanitarie pubbliche: il ruolo del Collegio di direzione e del Consiglio dei sanitari

di Carlo De Pietro e Anna Prenestini<sup>1</sup>

### 10.1 Oggetto e obiettivi dell'analisi

Il capitolo discute ruolo e funzionamento dei Collegi di direzione e dei Consigli dei sanitari delle aziende sanitarie pubbliche italiane, e cioè dei due principali organismi previsti dalla normativa sul SSN per coinvolgere in modo sistematico i professionisti nei sistemi di governo delle aziende.

Le aziende sanitarie, in quanto organizzazioni fortemente professionalizzate, hanno fisiologicamente riconosciuto o delegato ampie responsabilità di gestione a unità operative, servizi, ecc., a volte anche accompagnando i professionisti attraverso interventi formativi volti a sviluppare capacità gestionali adeguate. Tale azione, in termini molto sintetici, può essere considerata una «managerializzazione della *line*».

Un'altra via per coinvolgere i professionisti nelle attività di amministrazione aziendale passa attraverso la loro partecipazione ad organismi che affianchino la direzione aziendale e si occupino, quindi, del complesso delle attività aziendali, con compiti di programmazione, gestione, controllo, ecc. In questo caso si può parlare di cooptazione dei professionisti nella direzione aziendale.

---

<sup>1</sup> Il capitolo si basa sulla disponibilità delle tre aziende oggetto dei casi di studio e, soprattutto, delle persone intervistate. Per l'Azienda Ospedaliera Santa Maria degli Angeli di Pordenone si ringraziano in particolare il dott. Paolo Saltari, direttore generale, il dott. Willy Pierre Mercante, direttore dipartimento di emergenza-urgenza e cure intensive, il dott. Antonio Alfano, direttore area staff direzione strategica. Per l'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Alessandria si ringraziano il dott. Stefano Manfredi, direttore amministrativo aziendale, il dott. Vincenzo Castella, direttore dipartimento materno-infantile, la dott.ssa Maria Grazia Pacquola, responsabile unità operativa di senologia, la dott.ssa Angela Fumarola, responsabile segreteria generale. Per l'Azienda Usl 11 di Empoli si ringraziano il dott. Enrico Roccatò, direttore sanitario aziendale, il dott. Massimiliano Biagini, direttore dipartimento medico, il dott. Sergio De Cesaris, dirigente medico dell'unità operativa di analisi cliniche, il dott. Salvatore Iannucci, responsabile segreteria della direzione aziendale. La responsabilità di quanto scritto rimane in ogni caso degli autori. Il testo è frutto del lavoro comune dei due autori. Tuttavia, ad Anna Prenestini è attribuito il paragrafo 10.3.1 e a Carlo De Pietro il resto del capitolo.

Il presente capitolo tratta di questa seconda accezione di coinvolgimento dei professionisti nel management, soffermandosi sul Collegio di direzione e sul Consiglio dei Sanitari. Nella *ratio* della normativa nazionale il primo rappresenta un collegio del management allargato, che comprende – oltre a direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario – i responsabili delle principali macroarticolazioni aziendali (distretti, dipartimenti, presidi ospedalieri, ecc.). Il secondo invece ha un potere maggiormente consultivo, in rappresentanza delle diverse professioni sanitarie (eventualmente suddivise per inquadramento contrattuale o collocazione organizzativa) che lavorano nelle aziende sanitarie pubbliche.

Guardando anche ad alcuni casi aziendali, l'obiettivo è quello di tentare una valutazione – ancorché parziale – dell'esperienza fatta dal SSN a oltre 15 anni dalla previsione normativa di tali due organismi, che risale al D.lgs. 502/1992 e cioè alla primissima fase della cosiddetta aziendalizzazione. Più in generale, tale rilevazione permette di indagare un aspetto importante dei rapporti tra manager e professionisti o, meglio, tra professionalismo e managerialismo.

## 10.2 Struttura del capitolo e metodi di ricerca

La struttura del capitolo è di seguito sinteticamente presentata.

Il § 10.3 offre un inquadramento concettuale del rapporto tra managerialismo e professionalismo nelle aziende sanitarie, distinguendo tre piani diversi:

- ▶ il piano della letteratura internazionale, citando alcuni riferimenti teorici degli ultimi decenni;
- ▶ il piano della normativa nazionale relativa a Collegi di direzione e Consigli dei sanitari;
- ▶ il piano del dibattito pubblico in Italia, guardando a quanto è stato scritto sui principali quotidiani italiani.

I § 10.4, 10.5 e 10.6 descrivono le esperienze di Collegio di direzione e Consiglio dei sanitari in tre aziende sanitarie pubbliche italiane. La rilevazione è stata effettuata analizzando il materiale documentale fornito dalle aziende (eventuale normativa regionale rilevante per i temi trattati; dati di base circa l'organizzazione e le attività delle aziende; articoli dell'atto aziendale relativi al ruolo e al funzionamento dei due organismi; eventuali regolamenti d'istituzione e/o funzionamento; convocazioni fatte dal 2007 in poi). In seguito, in ciascuna azienda sono state svolte interviste semi-strutturate (della durata di circa 60 minuti ciascuna) ad un componente della direzione strategica, per capire qual è il ruolo che la direzione vuole affidare ai due organismi, ad un componente del Collegio di direzione, ad un

componente del Consiglio dei sanitari e al responsabile di una funzione amministrativa o di staff coinvolta nella gestione amministrativa degli incontri di tali organismi (es. segreteria generale).

Ovviamente, i tre casi indagati non hanno l'ambizione di rappresentare in modo esaustivo le esperienze fatte dall'insieme delle aziende del SSN per quel che riguarda i due organismi di *governance* professionale. Al contrario, tali casi hanno il solo l'obiettivo di dare evidenza di alcuni fenomeni reali e di aiutare a comprendere come e perché tali esperienze si sono sviluppate in un certo modo, quali sono state le condizioni aziendali, di composizione, ecc. che ne hanno influenzato il ruolo e il funzionamento (Yin 1994). Queste considerazioni sono ancora più vere e la rilevazione attraverso casi tanto più necessaria in quanto gli argomenti qui trattati si prestano particolarmente bene a comportamenti di «isomorfismo mimetico» tipici di molte aziende pubbliche, portate a dichiarare il funzionamento «secondo norma» dei propri meccanismi anche quando tale funzionamento è più formale che sostanziale (Anessi Pessina, 2001, p. 6).

Infine, il § 10.7 fa un'analisi trasversale di quanto rilevato nei tre casi di studio.

### 10.3 Inquadramento teorico e rilevanza nel dibattito sul SSN

#### 10.3.1 Managerialismo e professionalismo nelle aziende sanitarie

L'opinione pubblica e i professionisti hanno sempre posto particolare enfasi sulla contrapposizione tra i ruoli del medico e del manager all'interno delle aziende sanitarie. Nel SSN, tale contrapposizione è sovente sfociata in una tenace opposizione da parte dei professionisti rispetto all'introduzione di approcci aziendalistici e strumenti manageriali per la gestione delle aziende<sup>2</sup>.

Sebbene tale argomento sia all'ordine del giorno sui mezzi di informazione e nel dibattito pubblico, la letteratura che se ne è occupata ha avuto alterne fortune nel corso degli anni. Il presente paragrafo si propone di riprendere il tema del confronto tra medici e manager riportando i contributi della letteratura internazionale e facendo chiarezza sugli elementi che contraddistinguono il difficile equilibrio tra professionalismo, managerialismo e burocrazia.

Il termine *professionalism* è un termine anglosassone che solo di recente la letteratura ha tradotto in italiano col termine professionalismo, che noi adot-

---

<sup>2</sup> Si pensi, ad esempio, ai molti professionisti che affermano che «l'ospedale non è un'azienda» (seguendo la dizione comune che utilizza il termine azienda come sinonimo di impresa e che implica finalismi istituzionali volti all'efficienza produttiva e al contenimento dei costi) e che auspicano un ritorno di un modello gestionale «medico-centrico». Sul confronto tra approcci manageriali e professionali cfr. Borgonovi (2004). Riguardo le applicazioni del concetto di azienda al sistema sanitario cfr. Borgonovi e Zangrandi (1988) e Borgonovi (1994).

teremo. Tale concetto ha alla base l'idea che esista una categoria di lavoratori che possiedono il controllo tecnico, politico e/o economico su una particolare tipologia di conoscenza (Fitzgerald e Ferlie 2000). Una serie di caratteristiche distinguono una professione da altri tipi di lavoro (Hall 1968). Da un lato abbiamo caratteristiche strutturali che includono l'istituzione di scuole e facoltà appositamente destinate alla formazione, la definizione di alcuni meccanismi che abilitano all'esercizio della professione (ad es. esami di stato), la costituzione di associazioni professionali e la definizione di codici deontologici ed etici. Dall'altro lato si distinguono caratteristiche di tipo attitudinale, ossia che riflettono il modo in cui i professionisti si pongono rispetto al proprio lavoro. Come conseguenza di ciò, il professionista è fortemente legato al proprio gruppo professionale ed è portato a ritenere che il controllo sul lavoro possa essere esercitato solo da pari, per via delle conoscenze e delle competenze necessarie per poter valutare e giudicare l'operato. L'attributo principale della professione è, dunque, la presenza di un'autonomia professionale che, in linea di principio, rende il professionista libero di prendere decisioni relative allo svolgimento del lavoro con l'unico vincolo delle regole decise dall'associazione professionale.

In questo capitolo ci si soffermerà sul professionalismo dei medici, benché vi siano molteplici gruppi professionali che svolgono un ruolo importante all'interno delle aziende sanitarie (De Pietro 2005, pp. 37-82). La professione medica si distingue, in particolare, poiché ha da sempre esercitato un ruolo di gestione dei servizi sanitari e di controllo sulle altre professioni. Quest'ultimo aspetto è stato però rimesso in discussione negli ultimi anni; (Tousijn 2002).

Le aziende sanitarie, seguendo lo schema concettuale proposto da Mintzberg (1980 e 1985), vengono identificate proprio come «burocrazie professionali», nelle quali il nucleo operativo (ossia quella parte dell'organizzazione che si occupa direttamente della produzione di beni o servizi) domina l'organizzazione, in quanto composto da professionisti altamente specializzati che svolgono il proprio lavoro in autonomia rispetto all'amministrazione. La burocrazia professionale è quindi caratterizzata da una forte decentralizzazione verticale, poiché le decisioni sono delegate ai professionisti che fanno parte del nucleo operativo. La *middle line*, che comprende quei manager che hanno autorità formale sulla gestione e si collocano tra il vertice strategico e il nucleo operativo, è invece meno sviluppata rispetto ad altri tipi di organizzazione. Inoltre, secondo Mintzberg, tale management intermedio deve necessariamente essere composto da professionisti, in modo da mantenere il supporto da parte dei membri del nucleo operativo e preservare l'organizzazione da eventuali conflitti.

Più in generale, con riferimento alla letteratura è possibile identificare alcuni filoni di studi sui temi del professionalismo e dei rapporti con burocrazia e managerialismo, che si collocano in orizzonti temporali diversi.

Un primo filone, sviluppatosi tra gli anni sessanta e la fine degli anni settanta, è di stampo prevalentemente nordamericano e sociologico. Esso si occupa delle caratteristiche delle organizzazioni professionali (Hall 1967; Lee 1969; Bucher e Stelling 1969) e del presunto declino del professionalismo in relazione alla progressiva burocratizzazione di tali organizzazioni (Hall 1968; Engel 1969; Engel 1970). Già a partire da questi anni gli studiosi facevano emergere due fenomeni che osteggiavano la predominanza del professionalismo: l'organizzazione «burocratica» del lavoro, concetto che nella letteratura sociologica tende a comprendere anche la gestione manageriale, e la «proletarizzazione» del professionista. I medici, soprattutto nei sistemi sanitari in cui sono dipendenti «salariati», perdevano parte dell'autonomia che contraddistingueva il loro ruolo in quanto controllati dall'apparato burocratico. Tali studi, tuttavia, non erano concordi nel ritenere che la burocrazia andasse necessariamente a detrimento dell'autonomia professionale.

Occorre aspettare la seconda metà degli anni novanta perché tali temi vengano ripresi con intensità, a partire dal processo di riforma del settore pubblico che, dai paesi anglosassoni, si è diffuso nel continente europeo sotto il nome di *new public management* e ha investito in modo importante la sanità (Ong e Shepers 1998; Southon e Braithwaite 1998; Fitzgerald e Ferlie 2000). Tali studi si focalizzano su un altro fenomeno che viene contrapposto al professionalismo: il managerialismo. La letteratura ricerca le cause della de-professionalizzazione e della perdita di autonomia della categoria medica nella progressiva introduzione di modelli e strumenti manageriali per la gestione delle organizzazioni sanitarie. Gli approcci manageriali, ritenuti indispensabili per ottenere una maggiore responsabilizzazione nell'uso delle risorse e per contenere gli aumenti della spesa sanitaria, presuppongono l'introduzione di nuove figure all'interno delle aziende sanitarie – i *manager* – che rimettono in discussione gli equilibri delle burocrazie professionali e la forza del nucleo operativo.

Gli studiosi concordano nel ritenere che la dialettica tra professionisti e manager assuma spesso, almeno nelle percezioni e nel vissuto delle organizzazioni, le vesti di una contrapposizione più o meno esplicita (Davies e Harrison 2003; Degeling et al. 2003; Garelick e Fagin 2005). Tale contrapposizione esiste in quanto diversi sono gli obiettivi e i valori che appartengono ai due ruoli. Un aspetto che sembra interessante sottolineare è che i clinici si focalizzano sul singolo paziente, sull'efficacia della cura, sull'*evidence based practice* e, di conseguenza, aspirano a mantenere una propria autonomia di giudizio ed essere giudicati solo da pari. I manager hanno invece una visione orientata all'intera «popolazione» e non al singolo caso, proprio per questo enfatizzano la necessità di una maggiore attenzione sull'efficienza allocativa e il controllo dei costi.

Tuttavia, non è possibile né auspicabile che il managerialismo informi la gestione delle aziende sanitarie superando e sostituendo il professionalismo proprio di tale settore. Ed è per questo motivo che il dibattito si è innestato sui pos-

sibili meccanismi attraverso i quali risolvere – o quanto meno gestire – tale confronto. In letteratura sembra esserci una certa convergenza nel ritenere che la soluzione passi attraverso il coinvolgimento dei clinici nel management (Allen 1995; Walker e Morgan 1996; Davies e Harrison 2003; Vlastarakos e Nikopulos 2007) e, nello specifico, nei processi decisionali e strategici dell'azienda sanitaria<sup>3</sup>, suggerendo che esso può condurre a significativi benefici per le performance aziendali, comprese quelle legate alla qualità dell'assistenza.

Il coinvolgimento dei medici nel management si può ottenere in due modi: i) attraverso la costituzione di organi collegiali o consigli di amministrazione (c.d. *boards*), cui partecipino i clinici, con compiti decisionali e strategici (Fitzgerald e Ferlie 2000) e ii) attraverso il rafforzamento dei livelli di management intermedio composto da professionisti ai quali vengono delegati in misura crescente responsabilità e sistemi di gestione come, ad esempio, è accaduto in alcuni casi con i dipartimenti, ma anche grazie allo sviluppo di competenze manageriali da parte dei responsabili delle strutture operative sanitarie.

La letteratura internazionale, corposa in particolare rispetto a questa seconda soluzione, riflette le riforme sanitarie che, per esempio, in diversi paesi hanno portato all'introduzione dei dipartimenti con a capo un clinico (Kitchener 2000; Lega 2008). Sul piano organizzativo, il modello dipartimentale spinge verso il superamento della tradizionale burocrazia professionale (Willcocks 1994; Lega e De Pietro 2005) e verso l'affermazione di una struttura organizzativa divisionale decentrata, dove le responsabilità gestionali sono poste in capo ai direttori clinici di dipartimento<sup>4</sup>.

Dal punto di vista delle attitudini e delle conoscenze necessarie per svolgere tale ruolo, inoltre, il sistema si è attivato attraverso iniziative di formazione con l'obiettivo di sviluppare o rafforzare competenze manageriali che tradizionalmente non rientrano nel curriculum formativo dei medici e degli altri professionisti sanitari (Harrison e Miller 1999; Atun 2003).

La letteratura internazionale, come già evidenziato, sembra non soffermarsi altrettanto sul ruolo degli organi collegiali di cui fanno parte i clinici. Risulta quindi interessante valutare l'esperienza italiana che ha promosso entrambe le modalità di coinvolgimento dei medici sopra ricordate.

---

<sup>3</sup> Se, da un lato, larga parte degli studiosi si è soffermata sul tema del governo clinico-assistenziale (c.d. *clinical governance*; cfr. ad esempio Baraghini et al. 2007), che ha come focus la ridefinizione e la condivisione di processi clinici e assistenziali in un'ottica di utilizzo appropriato delle risorse, dall'altro vi è una corrente di letteratura, su cui si concentra questo capitolo, che tratta del coinvolgimento dei clinici nel management (c.d. *doctors in management*).

<sup>4</sup> In ogni caso, il ruolo del direttore di dipartimento risulta particolarmente complesso. Infatti, non solo egli deve conciliare le esigenze dettate dalla propria professione di clinico con le istanze manageriali per la gestione del dipartimento di cui è a capo, ma deve anche rispondere, in sede di organo collegiale, della strategia dell'intera azienda (Ong e Shepers 1998).

### 10.3.2 La normativa italiana

Il Collegio di direzione è disciplinato dall'omonimo articolo 17 del d.lgs. 502/1992 e successive modifiche. L'articolo prevede quanto segue:

1. In ogni azienda è costituito il Collegio di direzione, di cui il direttore generale si avvale per il governo delle attività cliniche, la programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria. Il Collegio di direzione concorre alla formulazione dei programmi di formazione, delle soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici. Il direttore generale si avvale del Collegio di direzione per l'elaborazione del programma di attività dell'azienda, nonché per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, anche in attuazione del modello dipartimentale e per l'utilizzazione delle risorse umane.
2. La regione disciplina l'attività e la composizione del Collegio di direzione, prevedendo la partecipazione del direttore sanitario e amministrativo, di direttori di distretto, di dipartimento e di presidio.
- 2-bis. Fino all'entrata in vigore della disciplina regionale sull'attività e la composizione del Collegio di direzione e del Comitato di dipartimento, i predetti organi operano nella composizione e secondo le modalità stabilite da ciascuna azienda sanitaria, fermo restando per il Collegio di direzione la presenza dei membri di diritto.

Sempre il testo aggiornato del D.lgs. 502/92 prevede che «l'attribuzione dell'incarico di direzione di struttura complessa è effettuata dal direttore generale, previo avviso da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, sulla base di una rosa di candidati idonei selezionata da una apposita commissione. [...] La commissione, nominata dal direttore generale, è composta dal direttore sanitario, che la presiede, e da due dirigenti dei ruoli del personale del Servizio sanitario nazionale, preposti a una struttura complessa della disciplina oggetto dell'incarico, di cui uno individuato dal direttore generale e uno dal Collegio di direzione. Fino alla costituzione del collegio all'individuazione provvede il Consiglio dei sanitari» (art. 15-ter, comma 2). Inoltre, l'art. 15-quinquies, comma 2, lettera a), prevede che il direttore generale individui, d'intesa con il Collegio di direzione, le strutture aziendali nelle quali i dirigenti sanitari con rapporto di lavoro esclusivo possono esercitare «attività libero professionale individuale, al di fuori dell'impegno di servizio».

Alla normativa nazionale si è poi aggiunta quella emanata da alcune Regioni. La principale innovazione in tal senso è forse rappresentata dalla normativa della Regione Emilia-Romagna, la quale con la L.R. 29/2004 promuove il Collegio di direzione a organo delle aziende (art. 3, comma 3), affidandogli «compiti di

proposta per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi e delle attività di ricerca ed innovazione e la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori», «prevedendo la presenza del personale medico convenzionato» tra i suoi componenti secondo le regole fissate dagli atti aziendali e indicando «la partecipazione del Collegio di direzione all'elaborazione del programma aziendale di formazione permanente ed alla formulazione di proposte in materia di libera professione, ivi compresa l'individuazione di strumenti e modalità per il monitoraggio dell'attività libero-professionale intramuraria», sempre secondo le modalità indicate dall'atto aziendale<sup>5</sup>.

Infine, sembra utile ricordare il disegno di legge presentato a fine 2007 dall'ex Ministro della Salute Livia Turco<sup>6</sup>, che rafforzava in modo sensibile il ruolo del Collegio di direzione nei processi decisionali aziendali. La relazione introduttiva individua «l'aspetto sostanziale dell'intervento» nel «potenziamento del ruolo attribuito al collegio di direzione, cui le regioni possono riconoscere la qualificazione di organo. Il collegio di direzione concorre alla pianificazione, alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi per il governo delle attività cliniche, alla programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie. L'articolo ridefinisce i rapporti con il direttore generale, prevedendo l'espressione di un parere obbligatorio su specifici atti quali: l'atto aziendale, i programmi di ricerca e di formazione, gli obiettivi della contrattazione integrativa aziendale, il piano aziendale di educazione medica e delle professioni sanitarie, le modalità generali di esercizio della libera professione intramuraria. Il direttore generale è tenuto a motivare le determinazioni eventualmente assunte in contrasto con il suddetto parere. Viene demandata alla regione la disciplina dell'attività e della composizione del collegio di direzione», prevedendo in ogni caso (art. 7 del d.d.l.) «la partecipazione del direttore sanitario e del direttore amministrativo, dei direttori di distretto, dei direttori di dipartimento e di presidio, compreso il responsabile del servizio infermieristico, di un rappresentante dei medici di medicina generale e di un rappresentante dei pediatri di libera scelta e degli specialisti convenzionati». Inoltre, «la nomina del direttore di dipartimento è preceduta da consultazione del collegio di direzione e del comitato di dipartimento». Ancora, la selezione per gli incarichi di direzione di struttura complessa prevede una «Com-

<sup>5</sup> Per un'interpretazione che vede tale scelta quale strumento di partecipazione interna e per «assicurare una maggiore collegialità nei processi decisionali dopo più di un decennio di accentuata monocraticità della funzione di direzione generale», cfr. Del Vecchio (2006: 424-9).

<sup>6</sup> Il D.D.L. «Interventi per la qualità e la sicurezza del Servizio sanitario nazionale. Delege al Governo in materia di assistenza primaria e di emergenza sanitaria territoriale, riorganizzazione degli enti vigilati, farmacie, riordino della normativa di settore» è stato trasmesso alla presidenza del Senato della Repubblica l'11 dicembre 2007 dal Ministro della salute, di concerto coi Ministri dell'università e della ricerca, per gli affari regionali e le autonomie locali, dell'economia e delle finanze, per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione, per i rapporti con il Parlamento e le riforme istituzionali.

missione di selezione [...] costituita da cinque componenti scelti dal collegio di direzione, di cui uno interno all'azienda sanitaria (il direttore del dipartimento presso il quale l'incarico è vacante, che svolge le funzioni di presidente) e quattro nell'ambito di una rosa di almeno otto nominativi di direttori di struttura complessa appartenenti alla medesima disciplina dell'incarico, individuati tramite pubblico sorteggio tra il personale del Servizio sanitario nazionale, iscritti negli elenchi della regione ed eventualmente di una regione aggiuntiva. La commissione seleziona non più di tre candidati ed è tenuta a motivare adeguatamente la propria scelta. I curricula dei candidati selezionati devono essere resi pubblici dall'azienda sanitaria. Il direttore generale sceglie motivatamente il candidato a seguito di un colloquio attitudinale svolto dalla commissione in sua presenza, sulla base dei criteri individuati dalla regione».

Il Consiglio dei sanitari è disciplinato dal comma 12 dell'art. 3 del testo aggiornato del d.lgs. 502/1992: «Il consiglio dei sanitari è organismo elettivo dell'unità sanitaria locale con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è presieduto dal direttore sanitario. Fanno parte del consiglio: medici in maggioranza ed altri operatori sanitari laureati – con presenza maggioritaria della componente ospedaliera medica se nella unità sanitaria locale è presente un presidio ospedaliero – nonché una rappresentanza del personale infermieristico e del personale tecnico sanitario. Nella componente medica è assicurata la presenza del medico veterinario. Il consiglio dei sanitari fornisce parere obbligatorio al direttore generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad esse attinenti. Il consiglio dei sanitari si esprime altresì sulle attività di assistenza sanitaria. Tale parere è da intendersi favorevole ove non formulato entro il termine fissato dalla legge regionale. La regione provvede a definire il numero dei componenti nonché a disciplinare le modalità di elezione e la composizione ed il funzionamento del consiglio». Lo stesso articolo, al comma 6, prevede che «il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal [...] consiglio dei sanitari».

Appare significativo sottolineare come la L.R. 29/2004 dell'Emilia-Romagna non citi mai il Consiglio dei sanitari ma citi soltanto il Collegio aziendale delle professioni sanitarie, senza peraltro specificarne il ruolo. Allo stesso modo, anche il disegno di legge presentato nel dicembre 2007 dall'allora ministro della salute Turco si limita a rinominare il Consiglio dei sanitari in «Consiglio delle professioni sanitarie», senza però modificare il suo ruolo rispetto a quanto oggi previsto.

### 10.3.3 Il dibattito sui mezzi di comunicazione di massa

«Il pianeta dei manager fa quadrato: “Benvengano un dialogo e una collaborazione più serrata con i clinici [...]. Ma la responsabilità delle decisioni e delle scelte deve rimanere solo nostra”. [...] Nel mirino c'è soprattutto l'intenzione, trat-

teggiate in più bozze del Ddl di ammodernamento (c.d. Turco; *N.d.A.*), di trasformare il collegio di direzione in un vero e proprio organo che affianchi il Dg e metta bocca in temi extra-clinici come il bilancio o il piano investimenti. “Il rischio – spiegano i Dg – è quello di trasformare le Asl in un mostro a due teste”. Il collegio di direzione deve restare, insomma, un organismo consultivo e non un organo, con la funzione “importante – ci tengono a precisare i manager – di dare voce ai clinici, in modo da farli partecipare alle scelte e alle decisioni di programmazione”» (Il Sole 24 Ore Sanità, 29 maggio – 4 giugno 2007, p. 2).

«Per eliminare l'ingerenza della politica nella sanità il capogruppo della lista [...] in consiglio regionale [...] ha presentato ieri una proposta di legge: dispone che il Consiglio dei sanitari diventi organo di Usl e aziende ospedaliere al pari del direttore generale e del collegio sindacale. I compiti del Consiglio, composto in maggioranza da medici, sono di consulenza tecnico-sanitaria» (La Repubblica – Roma, 23 gennaio 2008, p. 2).

Quelli sopra citati sono solo due tra i numerosi articoli apparsi sulla stampa e che trattano rispettivamente di Collegio di direzione e Consiglio dei sanitari, all'interno del più ampio tema del confronto tra management e professionisti nelle aziende del Ssn<sup>7</sup>. Nel secondo caso, in particolare, è interessante notare come il rafforzamento del ruolo del Consiglio dei sanitari sia considerato anche una misura atta a ridurre l'ingerenza della politica nelle attività di gestione delle aziende. Si tratta di un argomento che rimanda alle frequenti critiche di direttori generali «totipotenti» ma politicizzati, che dovrebbero trovare contrappesi più forti nei meccanismi di *governance* aziendale.

In generale, le citazioni relative al Collegio di direzione che è possibile trovare sui quotidiani si riferiscono a decisioni gestionali assunte da quell'organismo, oltre che alle sue prerogative nel partecipare alla formazione della cosiddetta «rosa» di candidati per gli incarichi di direzione di struttura complessa. Nel caso del Consiglio dei sanitari, invece, le citazioni sui quotidiani si riferiscono alle presentazioni dei progetti aziendali fatte a tale organismo e ai pareri positivi o negativi che esso ha espresso.

#### 10.4 Il caso dell'Azienda Ospedaliera di Pordenone

L'Azienda Ospedaliera Santa Maria degli Angeli di Pordenone ha circa 1.900 dipendenti, di cui circa 300 medici, e 525 posti letto. L'azienda effettua oltre 25.000 ricoveri all'anno, più di 60.000 prestazioni di pronto soccorso e oltre 3 milioni di

---

<sup>7</sup> Dal 2006 a oggi sul Corriere della Sera sono apparsi due articoli che richiamavano esplicitamente il Collegio di direzione, mentre sulla Repubblica (comprese le sue edizioni locali) gli articoli sono stati diciotto. Nove gli articoli apparsi su Repubblica (pagine nazionale e locali) che citano il Consiglio dei sanitari nello stesso arco di tempo.

prestazioni ambulatoriali (comprese 1.600.000 prestazioni di laboratori di analisi). Il valore della produzione è di circa 160 milioni di euro.

Nell'esperienza dell'azienda il Consiglio dei sanitari è stato attivato con regolari elezioni dei componenti e con regole di funzionamento previste dall'atto aziendale, ma attualmente sta attraversando un periodo di «stasi operativa», dovuta anche agli impegni dei componenti delle varie professioni relativi al lavoro clinico e assistenziale. Per questo motivo la rilevazione ha riguardato il solo Collegio di direzione, composto dai nove direttori di dipartimento, i tre direttori aziendali e il responsabile dello staff. I dipartimenti sono: Chirurgia generale, Chirurgia specialistica, Diagnostica per immagini, Emergenza-urgenza e cure intensive, Materno-infantile, Medico-specialistico, Medico specialistico e riabilitativo, Medicina di laboratorio, Medicina trasfusione.

Gli incontri del Collegio di direzione si tengono generalmente con cadenza mensile. L'ordine del giorno è formalmente definito dal DG, spesso tenendo conto di esigenze e/o richieste espresse dai professionisti o dagli stessi componenti del Collegio. Tra il 2007 e il 2008 le riunioni hanno trattato, tra gli altri temi:

- ▶ il bilancio: la direzione aziendale ha illustrato le indicazioni provenienti dagli organi regionali circa il finanziamento previsto per le attività aziendali e il bilancio preventivo, con una discussione approfondita delle principali voci che lo compongono;
- ▶ il budget: il Collegio ha discusso le linee del budget aziendale, esprimendo una sua valutazione complessiva sulla proposta della direzione aziendale;
- ▶ i documenti di programmazione aziendali e sovra-aziendali, sui quali, a volte, sono state apportate modifiche anche rilevanti. Un esempio recente riguarda l'angioplastica che, inizialmente, la programmazione regionale non aveva previsto per l'azienda di Pordenone. A seguito di una discussione in seno al Collegio su identità, ruolo e posizionamento dell'azienda nel sistema regionale e sulle conseguenze in termini di reputazione e prospettive di sviluppo, la direzione aziendale ha rinegoziato con la Regione (Direzione centrale salute e protezione sociale e Agenzia regionale della sanità) tale programmazione, riuscendo a includere Pordenone tra le strutture in cui è presente tale metodica di cardiologia o radiologia interventistica mini-invasiva e facendo dell'Azienda il centro di riferimento regionale per le attività di chirurgia della mano;
- ▶ le scelte relative a struttura e sviluppo organizzativo: si tratta di questioni che coinvolgono in modo diretto e concreto i professionisti e i dipartimenti, e per tale ragione le discussioni in seno al Collegio «non trovano ostacoli ma facilitatori» (ad es., una decisione particolarmente importante presa in Collegio di direzione ha riguardato la collocazione di servizi e risorse, prima gestiti direttamente dalle chirurgie, sotto la diretta responsabilità del dipartimento dell'emergenza-urgenza e delle cure intensive);

- ▶ il piano della formazione, presentato al Collegio di direzione sia le iniziative di aggiornamento professionale, sia per quelle di formazione gestionale e organizzativa<sup>8</sup>;
- ▶ il piano degli investimenti, con un'informazione preventiva sulla bozza del medesimo. A tale proposito si consideri che per gli investimenti d'importo superiore ai 100.000 euro, i dipartimenti sono già chiamati a predisporre delle schede in cui descrivono obiettivi, caratteristiche e condizioni dell'investimento proposto. In tal modo il Collegio di direzione diviene il luogo in cui le diverse proposte dei dipartimenti e quelle della direzione aziendale trovano una sintesi;
- ▶ la libera professione intramuraria, sebbene spesso il Collegio di direzione evidenzia posizioni diverse tra la direzione aziendale e i responsabili dei dipartimenti, sulle quali non è sempre possibile trovare soluzioni condivise.

Si tratta di temi coerenti con quanto previsto dall'atto aziendale, che sottolinea il coinvolgimento e la responsabilizzazione dei direttori di dipartimento nella gestione aziendale<sup>9</sup>. La discussione in seno al Collegio di direzione si svolge anche su temi di miglioramento della qualità e gestione del rischio. L'azienda ha in corso progetti trasversali *ad hoc*, primo tra tutti il processo di accreditamento Joint Commission International, con l'attivazione di numerosi gruppi di lavoro sui singoli temi d'intervento e con una responsabilizzazione forte dei direttori di dipartimento nel conseguire i risultati previsti dal progetto.

Una prima conclusione che si può trarre dall'analisi riguarda il ruolo sostanziale svolto dal Collegio nella gestione complessiva dell'azienda che, in parte, può essere stato favorito dal numero limitato di componenti e dal coinvolgimen-

---

<sup>8</sup> La formazione presso l'azienda è gestita da una struttura semplice che dipende dalla struttura complessa «Area staff della direzione strategica». Istituita con l'atto aziendale del 2006, svolge le sue attività in un'ottica di Area Vasta, offrendo servizi anche all'ASS n. 6 «Friuli occidentale».

<sup>9</sup> L'articolo 6.2 dell'atto aziendale del 2006, prevede per il Collegio di direzione «specifiche attribuzioni in ordine alle seguenti materie: programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie, tramite proposizione di obiettivi aziendali, individuazione e successivamente valutazione delle attività che in ambito aziendale possono rivestire valenza strategica; programmazione e valutazione delle attività che richiedono la partecipazione all'integrazione di aree di diversa appartenenza allo scopo di garantire servizi integrati funzionali alle scelte strategiche aziendali; formulazione degli aspetti organizzativi in materia di funzionamento dei servizi e sviluppo delle tecnologie; formulazione di programmi di formazione per il personale diretti sia all'acquisizione di nuove tecniche assistenziali e/o cliniche, sia all'acquisizione di metodi e strumenti gestionali in tema di sistemi di programmazione, controllo e valutazione; formulazione di ipotesi organizzative per l'esercizio dell'attività libero-professionale, a tal fine valuta la congruità dei volumi di prestazioni in libera professione in relazione alle attività istituzionali e individua, suggerendo alla direzione aziendale, spazi e/o locali per l'espletamento dell'attività libero-professionale allo scopo di assicurare il regolare e ottimale svolgimento della medesima; individuazione dei componenti delle commissioni esaminatrici di concorso nei casi previsti dalla normativa concorsuale».

to costante della direzione strategica, i cui tre direttori partecipano con assiduità ai lavori del Collegio. Da ciò discende la capacità di incidere in modo visibile su decisioni aziendali anche importanti. Un esempio riguarda l'oculistica, per la quale il Collegio di direzione ha svolto il ruolo di «enzima delle decisioni», accelerandole rispetto a quanto sarebbe successo in assenza di un proprio intervento. Un secondo esempio riguarda la radiologia, per la quale la direzione aveva proposto investimenti soprattutto a favore dell'interventistica, poi riequilibrati in seno al Collegio di direzione per tener conto anche delle necessità della diagnostica più tradizionale.

Un secondo commento riguarda le condizioni del dibattito interno al Collegio. In tal senso, sembra interessante notare come nell'azienda di Pordenone tale organismo rimanga un luogo di confronto del management interno: nel 2007 è capitato infatti soltanto una volta che un consulente esterno abbia partecipato ai lavori del Collegio di direzione. Si tratta dunque di un consesso in cui le questioni possono essere affrontate in modo sufficientemente diretto e che favorisce quella che un nostro interlocutore ha definito un atteggiamento di «*captatio benevolentiae*», in quanto capace di «ammortizzare le possibili tensioni», informare e responsabilizzare la prima linea interna all'azienda, fugando anche possibili fraintendimenti e ambiguità che la complessità organizzativa e l'eterogeneità delle attività svolte possono fisiologicamente generare.

Infine, un terzo commento riguarda l'importanza di un buon lavoro istruttorio in preparazione delle riunioni e, ancor di più, di un'adeguata legittimazione istituzionale e organizzativa di tale organismo all'interno dell'azienda, condizioni fondamentali per l'utilità e l'efficacia della sua azione.

### **10.5 Il caso dell'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Alessandria**

Dal gennaio 2008 l'Asl 20 di Alessandria e Tortona, l'Asl 21 di Casale Monferrato e l'Asl 22 di Acqui Terme, Novi Ligure e Ovada si sono fuse nella nuova Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Alessandria.

La nuova azienda provinciale impiega quasi 4.000 dipendenti di cui circa 600 medici. Il territorio, suddiviso in sette distretti, comprende 195 Comuni con una popolazione complessiva di 450.000 residenti. Gli ospedali sono sei con circa 1000 letti in totale (sia di ricovero ordinario, sia di ricovero diurno).

Il recente accorpamento delle tre precedenti aziende ci ha portato a considerare, ai fini della nostra analisi, le attività svolte dal Collegio di direzione nella precedente Asl 20 di Alessandria e Tortona<sup>10</sup>. Per il Consiglio dei sanitari abbiamo invece considerato le recenti elezioni svolte nell'azienda provinciale e abbiamo intervistato un neo-eletto in tale organismo. Tale scelta è stata operata perché

## Box 10.1 La disciplina dei due organismi nella ex Asl 20 e nella nuova Asl provinciale tratta dagli Atti Aziendali

### Ex Asl 20 di Alessandria e Tortona

#### Art.14 – Il Collegio di Direzione

Il Collegio di Direzione, costituito ai sensi dell'art.17 del D.Lgs. n. 502/92 s.m.i., è composto dal Direttore Generale che lo presiede, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario nonché da Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero, Direttori dei Dipartimenti Ospedalieri, Direttore del Dipartimento di Salute Mentale, Direttore del Dipartimento di Prevenzione, Direttori dei Distretti, Direttore del Dipartimento Tecnico-Logistico, Direttore del Dipartimento Amministrativo.

I Responsabili sopraindicati sono individuati da apposito atto coerente con gli indirizzi regionali ed approvato dal Direttore Generale. Esso costituisce un momento di incontro tra i vari professionisti in ordine alla elaborazione delle linee strategiche di sviluppo dell'Azienda concordando con proposte, suggerimenti ed adeguamenti alla funzione di governo complessivo affidato al Direttore Generale.

Il Collegio di Direzione è l'organo nel quale si integrano le scelte clinico-assistenziali e le scelte gestionali, con particolare riferimento:

- alla definizione dei piani per la programmazione e per la valutazione dell'attività tecnico-sanitaria e ad alta integrazione sanitaria,
- all'orientamento delle scelte in materia di organizzazione e sviluppo dei servizi e delle tecnologie,
- agli aspetti organizzativi legati all'esercizio della libera-professione intramuraria principalmente per valutare i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi proposti,
- alla definizione delle politiche generali di gestione delle risorse umane ed alla elaborazione, su delega del Direttore Generale, dei piani formativi e di aggiornamento dell'Azienda.

Il Collegio di Direzione è convocato dal Direttore Generale in ordine all'assolvimento delle funzioni attribuite e in ogni caso almeno una volta per semestre.

#### Art.15 – Il Consiglio dei Sanitari

Il Consiglio dei Sanitari, costituito ai sensi dell'art.3, comma 11 del D.Lgs. n. 502/92 s.m.i., è presieduto dal Direttore Sanitario e svolge le funzioni consultive attribuite dalla normativa vigente in materia tecnica e sanitaria.

È competente ad esprimere parere obbligatorio sulla proposta di Piano di attività annuale e pluriennale. La composizione, le modalità di elezione e di funzionamento nonché le competenze del Consiglio dei Sanitari sono disciplinate da apposito regolamento nel rispetto della normativa regionale vigente.

### Nuova Asl della Provincia di Alessandria

#### Art. 14 – Il Collegio di direzione

Il Collegio di direzione, costituito ai sensi dell'art. 17 del D.Lgs. n. 502/92 s.m.i., è composto dal Direttore Generale che lo presiede, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario d'Azienda nonché dai Responsabili delle Strutture organizzative dell'Azienda, individuati da apposito regolamento coerente con gli indirizzi regionali e approvato dal Direttore Generale.

Esso svolge le funzioni previste dalla normativa vigente e assicura alla Direzione Generale una gestione operativa dell'Azienda su basi collegiali e integrate.

È strumento della Direzione Generale per la comunicazione e condivisione di informazioni gestionali tra la Direzione dell'Azienda e le sue Strutture.

Rappresenta, a livello centrale, l'ambito di definizione di mediazione e di sintesi delle attività negoziali che si sviluppano all'interno dell'azienda.

#### Art. 15 – Il Consiglio dei sanitari

Il Consiglio dei sanitari è organismo elettivo dell'Azienda, è costituito ai sensi dell'art. 3 comma 12 del D.Lgs. n. 502/92 s.m.i., è presieduto dal Direttore Sanitario d'Azienda e svolge le funzioni di consulenza tecnico sanitaria attribuite dalla normativa vigente.

La composizione, le modalità di elezione e di funzionamento del Consiglio dei Sanitari sono disciplinate da apposito regolamento nel rispetto della normativa regionale vigente.

nella ex Asl 20 il Consiglio era stato costituito nel 1994 ma poi aveva presto perso slancio, finendo per non essere più convocato.

Dal punto di vista normativo, appare interessante sottolineare come, per entrambi gli organismi, il nuovo atto aziendale dell'Asl provinciale prevede una disciplina più sintetica di quella definita nell'atto aziendale della ex Asl 20 (cfr. Box 10.1)<sup>11</sup>

### 10.5.1 Il Collegio di direzione

Nell'Asl 20 il Collegio di direzione è stato costituito nel 2001 e da allora ha svolto un'attività costante. Nel 2007 le convocazioni sono state sei, seguita da una comune per la nuova Asl provinciale nel giugno 2008.

Nel 2001 i componenti del Collegio erano 11 più Dg, Da e Ds. A seguito di successive modifiche, il numero è aumentato a 14 più i tre direttori aziendali. Partecipa poi il dirigente degli Affari Generali con funzione di verbalizzazione.

Nelle convocazioni dal gennaio 2007 ad oggi, le materie all'ordine del giorno hanno riguardato:

- ▶ la nomina di uno dei membri delle commissioni esaminatrici per i concorsi del personale del comparto<sup>12</sup> e per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa<sup>13</sup>;
- ▶ la nomina del terzo componente dei Collegi Tecnici (il regolamento aziendale della valutazione dei dirigenti prevede che uno dei tre componenti dei collegi tecnici – più un suo supplente – sia indicato dal Collegio di direzione);
- ▶ l'autorizzazione a svolgere attività libero-professionale intramuraria;
- ▶ la discussione del piano di formazione;

<sup>10</sup> La Asl 20 di Alessandria e Tortona serviva 190.000 residenti su 67 Comuni e impiegava poco più di 1.100 dipendenti (di cui circa 170 medici) dislocati su due distretti, i dipartimenti territoriali e l'ospedale di Tortona, con circa 200 posti letto complessivi.

<sup>11</sup> I riferimenti normativi regionali sono la Dgr 80-1700 dell'11 dicembre 2000 «Principi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale, per l'organizzazione ed il funzionamento delle Aziende Sanitarie Regionali» e la Dgr 81-1701 dell'11 dicembre 2000 «Composizione, modalità di elezione e funzionamento del Consiglio dei sanitari». Quest'ultima prevede per il Consiglio 20 componenti: sette medici ospedalieri, due infermieri, due tecnici sanitari, un farmacista, uno psicologo, un biologo o chimico o fisico, un veterinario, un medico dei servizi, un Mmg, un Pls, un medico di medicina specialistica convenzionata, un medico di guardia medica. La stessa Dgr stabilisce che i pareri obbligatori richiesti al Consiglio dei sanitari dal Dg devono pervenire allo stesso Dg entro «15 giorni dal ricevimento della richiesta. Decorso tale termine, il parere si intende favorevole».

<sup>12</sup> Il d.p.r. 220/2001 «Regolamento recante disciplina concorsuale del personale non dirigenziale del Servizio sanitario nazionale» prevede che il Collegio di direzione nomini uno dei due operatori di profilo corrispondente a quello messo a concorso (l'altro è scelto dal Dg, insieme al presidente della commissione esaminatrice; artt. 28, 38, 44 e 50).

<sup>13</sup> Secondo quanto previsto dall'art. 15 ter del d.lgs. 502/1992 e s.m.i., ripreso poi dalla Dgr 55-8865 del 26 maggio 2008 della Regione Piemonte.

- ▶ l'affidamento di incarichi di responsabilità per strutture semplici a valenza dipartimentale;
- ▶ la presentazione della nuova organizzazione definita per uno dei due distretti della Asl 20;
- ▶ la modalità della rilevazione presenze per i direttori di struttura complessa;
- ▶ l'andamento gestionale ed economico dell'azienda;
- ▶ la bozza di atto aziendale per la nuova Asl provinciale;
- ▶ la bozza di «Piano strategico di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario (Prr) – Anni 2008-2010»;
- ▶ altre comunicazioni della direzione aziendale.

In alcuni casi si tratta di temi evidentemente importanti, ma che lasciano fuori, tra gli altri, eventuali discussioni sul bilancio preventivo o consuntivo e il processo di budget. Sono stati invece discussi – ma in modo considerato «formale e sbrigativo» – alcuni rilevanti documenti di programmazione, primo tra tutti il Prr. Anche nel caso degli investimenti, la sensazione dei partecipanti è che la discussione vertesse su questioni sostanzialmente già decise dalla direzione aziendale e che quindi il Collegio non potesse incidere sui processi decisionali.

Quest'ultimo punto è sintomatico di un più generale sentimento di aspettative disattese circa la possibilità di partecipare in senso proprio alle attività di programmazione aziendale. Tuttavia, viene fatto presente che ciò potrebbe essere il frutto di situazioni contingenti e, in particolare, dell'accorpamento aziendale, che ha assorbito e distolto l'attenzione della direzione aziendale e non ha reso possibile un confronto approfondito tra la stessa direzione e la linea clinico-assistenziale.

### 10.5.2 Il Consiglio dei sanitari

Le elezioni per il Consiglio dei sanitari della nuova Asl della Provincia di Alessandria si sono tenute nel maggio 2008, con una partecipazione di quasi il 20% degli aventi diritti al voto. Per alcune categorie di personale le candidature sono state numerose e spontanee; per altre figure professionali meno numerose l'azienda ha dovuto sollecitare alcune candidature. Il Dg ha deliberato la nomina degli eletti a inizio giugno e il primo incontro del nuovo Consiglio dei sanitari si è tenuto a fine giugno per discutere la bozza di atto aziendale e il regolamento per di funzionamento dello stesso Consiglio. Un'altra riunione è stata indetta per i primi di agosto al fine di illustrare il piano di riorganizzazione aziendale, conseguente all'accorpamento delle tre ex Asl.

La breve vita del Consiglio dei sanitari non permette di giudicare dell'esperienza fatta. È vero peraltro che il mancato funzionamento di tale organismo presso l'ex Asl 20 costituisce di per sé un sintomo delle difficoltà cui era andato incontro in passato. In ogni caso, sembra interessante analizzare alcune percezio-

ni e le aspettative che, nei confronti del Consiglio, ha un medico ospedaliero appena eletto tra i suoi membri, responsabile di una struttura semplice a valenza dipartimentale e mai coinvolto, in passato, in ruoli particolari di tipo gestionale-organizzativo.

Il primo aspetto è che tale neo-eletto, nonostante una lunga esperienza in aziende sanitarie pubbliche, non sapeva dell'esistenza di tale organismo tra quelli previsti dalla normativa. Inoltre, al momento di candidarsi, il medico aveva chiesto a un collega – che siede nel Consiglio dei sanitari di un'altra azienda – cosa ciò comportasse. Questi aveva affermato che si trattava di partecipare a uno o due incontri all'anno, durante i quali il Consiglio è chiamato a esprimere un parere del quale però, alla fine, «non importa niente a nessuno». L'aspettativa che ne è scaturita è, quindi, quella di partecipare a un organismo che permette di avere alcune informazioni anche rilevanti, ma con deboli speranze di poter incidere in modo sostanziale sulle decisioni aziendali, anche perché venti persone sono ritenute troppe per poter realmente lavorare. Ciò nonostante, l'interesse a partecipare a un consesso aziendale in qualità di medico ospedaliero è particolarmente forte, in una fase peraltro in cui l'attenzione e gli investimenti sembrano rivolti in via prioritaria all'assistenza territoriale, senza però riuscire a ridurre la domanda sulle prestazioni ospedaliere e comunque con possibili rischi per gli sviluppi futuri dell'ospedale.

Quale ultimo aspetto è necessario considerare che, presso l'ospedale di Tortona, un momento di partecipazione attiva dei medici ospedalieri è già garantito dal Collegio dei primari. Questo Collegio riunisce, a cadenza almeno mensile, responsabili di struttura complessa e di struttura semplice a valenza dipartimentale. La convocazione è fatta dal direttore sanitario di presidio ed è accompagnata da un buon lavoro istruttorio, che permette di conoscere per tempo documenti e temi oggetto degli incontri.

## 10.6 Il caso dell'Azienda Usl di Empoli

L'Azienda Usl 11 di Empoli impiega circa 2.600 dipendenti, di cui quasi 400 medici. Il territorio servito, suddiviso in tre zone-distretto, comprende 15 Comuni con una popolazione complessiva di 230.000 residenti. Oltre ai servizi territoriali, l'Azienda gestisce i presidi di Empoli, dove è in via di completamento il trasferimento dal vecchio al nuovo ospedale, il presidio di Castelfiorentino, quello di Fucecchio e quello di San Miniato. Il bilancio aziendale è di circa 360 milioni di euro.

Prima di guardare all'esperienza aziendale relativa a Collegio di direzione e Consiglio dei sanitari, è necessario riportare quanto prescritto dalla L.R. 40/2005 di «Disciplina del servizio sanitario regionale», che ha definito il quadro degli assetti istituzionale e organizzativo per il sistema e le singole aziende. Oltre agli articoli relativi a Collegio di direzione e Consiglio dei sanitari, il Box 10.2 riporta

**Box 10.2 La L.R. 40/2005 della Regione Toscana**Art. 24 – Relazione sanitaria aziendale

[...] 2. La relazione sanitaria aziendale è adottata dal direttore generale, previo parere del consiglio dei sanitari, entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento. [...]

Art. 44 – Consiglio dei sanitari delle aziende unità sanitarie locali

1. Il consiglio dei sanitari delle aziende unità sanitarie locali è organismo elettivo e la sua composizione è così articolata:
  - a) la rappresentanza medica è costituita da ventisette membri; i componenti sono eletti, assicurando la presenza maggioritaria della componente ospedaliera; tale rappresentanza è composta da diciotto dirigenti medici ospedalieri, scelti in modo tale da garantire una rappresentanza equilibrata delle diverse strutture organizzative funzionali previste dallo statuto aziendale, da tre medici dirigenti delle attività extra-ospedaliere, di cui almeno uno del dipartimento di prevenzione, da quattro medici convenzionati, di cui due medici di medicina generale, un pediatra di libera scelta ed un medico specialista ambulatoriale, da un medico veterinario eletto tra i dirigenti, un rappresentante delle medicine complementari;
  - b) da quattro a sei componenti in rappresentanza degli altri laureati del ruolo sanitario, eletti tra i dirigenti, assicurando la rappresentatività sia delle attività ospedaliere che di quelle territoriali;
  - c) tre componenti in rappresentanza del personale infermieristico che assicurino la rappresentatività sia delle attività ospedaliere che di quelle territoriali;
  - d) tre componenti eletti tra il personale tecnico sanitario, assicurando la rappresentatività rispettivamente delle aree professionali della riabilitazione, tecnica sanitaria e della prevenzione.
2. Ai fini della formazione della componente elettiva di cui al comma 1, le modalità per lo svolgimento delle elezioni sono le seguenti:
  - a) partecipano all'elezione della rappresentanza medica di cui al comma 1, lettera a) tutti i medici dipendenti ospedalieri ed extra ospedalieri, ivi compresi i medici veterinari;
  - b) partecipano all'elezione della rappresentanza degli altri laureati del ruolo sanitario di cui al comma 1, lettera b) tutti gli altri laureati del ruolo sanitario dipendenti dell'azienda unità sanitaria locale;
  - c) partecipa all'elezione della rappresentanza infermieristica di cui al comma 1, lettera c) tutto il personale di assistenza infermieristica dell'azienda unità sanitaria locale;
  - d) partecipa all'elezione della rappresentanza del personale tecnico sanitario di cui al comma 1, lettera d) tutto il personale tecnico sanitario, di riabilitazione e di vigilanza ed ispezione dell'azienda unità sanitaria locale;
  - e) partecipano all'elezione della rappresentanza dei medici convenzionati di cui al comma 1, lettera a) tutti i medici convenzionati con l'azienda sanitaria.
3. L'elezione avviene a scrutinio segreto; ciascun elettore partecipa con voto limitato all'ambito della componente di appartenenza, indicando un numero di nominativi non superiore a quello dei rappresentanti alla cui elezione è chiamato a concorrere; risultano eletti coloro che abbiano ottenuto il maggior numero di voti validamente espressi, nel rispetto, comunque, del principio di rappresentatività delle attività ospedaliere ed extra-ospedaliere di cui al comma 1, lettere b) e c).
4. In caso di dimissioni o di cessazione dalla carica di un membro, si provvede alla sostituzione secondo l'ordine che è risultato dalla votazione.
5. È membro di diritto del consiglio dei sanitari il direttore sanitario che lo presiede.
6. Partecipa alle sedute del consiglio sanitario, senza diritto di voto, il presidente della federazione regionale dell'ordine dei medici o suo delegato.

Art. 46 – Competenze e funzionamento del consiglio dei sanitari delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliero-universitarie

1. Il consiglio dei sanitari è organismo consultivo delle aziende e si esprime sugli atti di cui agli articoli 22, 23, 24 e 50, nonché sulle materie individuate dallo statuto aziendale con particolare riferimento a quelle di carattere organizzativo e di funzionamento dei servizi, ai sensi delle disposizioni di cui all'articolo 3, comma 12 del decreto delegato; il consiglio dei sanitari si esprime entro il termine di venti giorni dal ricevimento dei provvedimenti o delle richieste di parere; il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal consiglio dei sanitari.
2. Il consiglio dei sanitari dura in carica tre anni; le elezioni del nuovo consiglio hanno luogo entro trenta giorni dalla cessazione del precedente e sono indette dal direttore generale nei sessanta giorni antecedenti la scadenza.
3. Il consiglio dei sanitari è convocato dal direttore sanitario che lo presiede; nella prima seduta il consiglio elegge a maggioranza assoluta dei partecipanti al voto tre vice presidenti, di cui due medici, appartenenti, nell'azienda ospedaliero-universitaria, a ciascuna delle componenti di cui all'articolo 45, comma 3, lettera a).
4. Le sedute del consiglio sono valide solo in caso di partecipazione, in prima convocazione, di almeno la metà dei compo

## Box 10.2 (segue)

nenti; le determinazioni sono prese a maggioranza assoluta dei partecipanti al voto; in caso di parità di voto, prevale il voto del presidente.

Art. 47 – Elezioni del consiglio dei sanitari

1. Le modalità di elezione del consiglio dei sanitari ed i relativi criteri di selezione dei candidati, sono disciplinati da apposito regolamento, adottato dal direttore generale.
2. Il regolamento assicura il rispetto delle previsioni di cui all'articolo 44, comma 1, lettera a), ed all'articolo 45, comma 3, lettera a).

Art. 48 – Collegio di direzione delle aziende sanitarie

1. In ogni azienda sanitaria è costituito il collegio di direzione, di cui la direzione aziendale si avvale per la programmazione e la valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria con particolare riferimento alla appropriatezza dei percorsi diagnostico-assistenziali; il collegio di direzione concorre alla formulazione dei programmi di formazione, di ricerca e innovazione, delle soluzioni organizzative per lo svolgimento della attività libero-professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici. Il collegio di direzione supporta la direzione aziendale nell'adozione degli atti di governo clinico dell'azienda con modalità disciplinate dallo statuto; la disciplina prevede la convocazione periodica dell'organismo da parte del direttore sanitario, i provvedimenti soggetti a parere, le modalità di partecipazione del collegio di direzione all'azione di governo.
2. Il collegio di direzione è composto da:
  - a) il direttore sanitario, che lo presiede;
  - b) i vice presidenti del consiglio dei sanitari;
  - c) i direttori dei dipartimenti e, ove non costituiti, i responsabili delle aree funzionali ospedaliere di cui all'articolo 68;
  - d) direttori infermieristico e tecnico-sanitario di cui all'articolo 62, comma 5;
  - e) un rappresentante dei medici convenzionati.
3. Nelle aziende unità sanitarie locali fanno parte del collegio di direzione anche i coordinatori sanitari di zona-distretto di cui all'articolo 64, comma 5, lettera e), ed i direttori dei presidi ospedalieri.
4. Nelle aziende ospedaliero-universitarie i membri di cui al comma 2, lettere b) e c), sono complessivamente in numero uguale per le componenti universitaria ed ospedaliera; a tal fine, ove si verificasse uno squilibrio tra le due componenti, il collegio di direzione è integrato dal numero di membri necessario per raggiungere la parità, designati dai dipartimenti tra i dirigenti laureati responsabili di strutture organizzative all'interno dei dipartimenti stessi.
5. Al collegio di direzione partecipano altresì il direttore amministrativo e il farmacista incaricato dal direttore sanitario del coordinamento e dell'integrazione a livello aziendale delle politiche del farmaco.

Art. 57 – Direzione aziendale

1. La direzione aziendale è costituita dal direttore generale nonché dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario ed ha sede presso il centro direzionale dell'azienda sanitaria.
2. Nelle aziende unità sanitarie locali fanno parte della direzione aziendale anche il direttore dei servizi sociali e qualora l'azienda sia articolata in più zone-distretto, i responsabili di cui all'articolo 63. Per le zone-distretto interessate alla sperimentazione della Società della salute di cui all'articolo 65, l'azienda definisce, d'intesa con l'organo di governo di quest'ultima, l'apporto dirigenziale alla direzione aziendale in sostituzione dei responsabili di zona-distretto.
3. Le aziende sanitarie assicurano l'apporto alla direzione aziendale dei direttori dei dipartimenti o delle altre strutture funzionali di massima dimensione aziendale titolari di budget, attraverso l'istituzione di apposito ufficio di direzione; nelle aziende unità sanitarie locali all'ufficio di direzione così costituito possono essere chiamati a partecipare anche i direttori dei presidi ospedalieri.
4. Il coordinamento dei responsabili di budget è sentito dalle direzioni aziendali relativamente agli atti di bilancio ed agli atti di programmazione aziendale.
5. L'ufficio di direzione supporta la direzione aziendale nell'adozione degli atti di governo dell'azienda sanitaria con modalità disciplinate dallo statuto aziendale; la disciplina prevede la periodicità, almeno mensile, della convocazione dell'organismo da parte del direttore generale, i provvedimenti soggetti a parere, le modalità di partecipazione dell'ufficio di direzione all'azione di governo e quelle di comunicazione dei provvedimenti di competenza dei membri della direzione aziendale.
6. Il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal direttore sanitario e dal direttore amministrativo e, per i provvedimenti relativi alle materie di cui all'articolo 33, comma 2, dal parere reso dal direttore dei servizi sociali, nonché per i provvedimenti di cui all'articolo 46, comma 1, dai pareri del consiglio dei sanitari e, per quelli di cui al comma 5, dai pareri dell'ufficio di direzione.

quello che riguarda l'Ufficio di direzione che – come vedremo – svolge un ruolo simile a quello previsto per il Collegio di direzione.

### 10.6.1 Il Collegio di direzione

Il Regolamento di organizzazione dell'azienda di Empoli sottolinea il ruolo del Collegio di direzione rispetto alle attività di governo clinico dell'azienda, «con particolare riferimento all'appropriatezza dei percorsi diagnostico-assistenziali», «formulando [...] proposte finalizzate a promuovere l'ottimizzazione dell'impiego delle risorse in campo assistenziale, la qualità dei servizi e delle prestazioni erogate in campo sanitario, l'appropriatezza del percorso assistenziale. In materia di governo clinico esprime il proprio parere prima della definitiva adozione di atti derivanti dalle suddette proposte. Il parere, deve essere reso entro trenta giorni dalla richiesta». Tale focus sulle attività di governo clinico sembrano coerenti con la presidenza del Collegio stesso, che in Toscana è affidata al Direttore Sanitario (anche se «quando alle sedute del Collegio di Direzione prende parte il Direttore Generale egli presiede la seduta»). Esso inoltre «concorre, mediante specifiche proposte, alla formulazione dei programmi di formazione, di ricerca e innovazione, alla formulazione delle soluzioni organizzative per lo svolgimento dell'attività libero-professionale intramuraria, nonché alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici».

I componenti del Collegio di direzione sono 36, compresi i tre direttori aziendali. L'azienda non ha deliberato un regolamento di funzionamento, nonostante ne esista una bozza.

Nel corso del 2007 il Collegio di direzione si è riunito sette volte, con una partecipazione media di circa il 70% dei componenti. Tali incontri hanno avuto una durata media di circa un paio d'ore.

In genere è la direzione aziendale a presentare progetti, dati, ecc. Nonostante gli inviti rivolti dalla direzione aziendale, è meno frequente invece che siano i componenti del Collegio a presentare (quando è successo, si trattava della presentazione delle attività svolte dalla propria macrostruttura). Le materie trattate nel 2007 sono state le seguenti:

- ▶ avanzamento lavori nuovo ospedale;
- ▶ la medicina generale nell'ambito della riorganizzazione dei servizi;
- ▶ analisi costi-attività 2006 e monitoraggio bilancio 2007;
- ▶ avanzamento sviluppo e implementazione nuovo sistema informativo;
- ▶ riorganizzazione punti di continuità assistenziale;
- ▶ avanzamento organizzazione assistenza ospedaliera per intensità di cure;
- ▶ programma «Mattoni SSN» sui tempi di attesa;
- ▶ monitoraggio rispetto agli obiettivi aziendali definiti dalla programmazione e controllo regionale;

- ▶ rapporti ospedale-territorio;
- ▶ consultazione on-line dei dati sanitari;
- ▶ analisi costi-attività primo semestre;
- ▶ sviluppo del Dipartimento dipendenze;
- ▶ linee d'indirizzo del budget 2008;
- ▶ andamento spesa farmaceutica in relazione agli obiettivi 2007;
- ▶ prospettive del Dipartimento amministrativo dell'Assistenza territoriale<sup>14</sup>.

In generale, sembra trattarsi di argomenti di natura economica, gestionale e organizzativa (costi, bilancio, budget), più di quanto farebbe presumere il regolamento di organizzazione aziendale, focalizzato sui temi del governo clinico-assistenziale.

I verbali, redatti in forma di schema, riportano in modo chiaro le azioni che sono state decise dal Collegio, insieme all'indicazione della persona responsabile di portarle a compimento e di relazionare nel corso degli incontri successivi.

Nel corso della nostra intervista a un componente del Collegio, la rilevanza del lavoro svolto è stata confermata citando, ad esempio, decisioni circa l'istituzione di strutture semplici o la modifica di aspetti sostanziali del regolamento di organizzazione aziendale. Su altri temi il Collegio sembra svolgere un ruolo maggiormente orientato alla comunicazione interna che a definire o condividere scelte. È il caso ad esempio degli obiettivi aziendali definiti dalla programmazione regionale, su cui la discussione è stata limitata, anche a causa dell'alto numero di componenti del Collegio.

Nella descrizione del caso sembra utile richiamare il ruolo che, presso l'azienda di Empoli, è svolto dall'Ufficio di direzione, che nel 2007 è stato convocato cinque volte. Si tratta di un organismo che la legge regionale inserisce all'interno della direzione aziendale. L'Ufficio di direzione è presieduto dal Direttore generale – e non dal Direttore sanitario – e ad esso non partecipano i vice-presidenti del Consiglio dei sanitari (che invece sono componenti di diritto del Collegio di direzione, per come previsto dalla l.r. 40/2005). Lo Statuto dell'azienda affida responsabilità importanti a tale organismo, in particolare chiedendone il parere prima della definitiva adozione di: statuto aziendale; regolamento d'organizzazione; piano integrato di salute; piano attuativo locale; relazione sanitaria aziendale; bilancio d'esercizio e di previsione; dotazione organica complessiva; piano e

<sup>14</sup> Nel 2006, invece, le materie trattate sono state le seguenti: dati di attività ricoveri 2005; dati di attività ambulatoriale 2005; bilancio 2005; effetti della legge finanziaria 2006 sulle politiche del personale; nuovo regolamento di organizzazione; avanzamento sviluppo e implementazione nuovo sistema informativo; mobilità sanitaria; farmaceutica; monitoraggio primo semestre bilancio 2006; monitoraggio primo semestre produzione ospedaliera; Società della Salute e governo del territorio; farmaceutica; nuovi strumenti per l'assistenza sanitaria territoriale; orientamenti ed indirizzi per la riorganizzazione ospedaliera; andamento attività specialistica ambulatoriale 2004-06, valutazioni e prospettive.

programma di formazione (art. 16, comma 5). Lo statuto aziendale non prevede invece pareri da parte del Collegio di direzione.

La distinzione tra i due organismi resta comunque non sempre chiara a chi partecipa a entrambi. In particolare, il numero dei componenti dell'Ufficio di direzione resta elevato (circa 30 persone con possibilità di invitarne altre in base ai temi all'ordine del giorno). In tal senso, uno dei principali momenti di gestione del top management aziendale sembra ancora un altro e cioè la seduta deliberativa settimanale, a cui partecipano i tre direttori aziendali più i sette direttori di macroarticolazione organizzativa<sup>15</sup> e i dirigenti dei servizi amministrativi che istruiscono le delibere.

### 10.6.2 Il Consiglio dei sanitari

Nel 2007 il Consiglio dei sanitari si è riunito sette volte. Tale frequenza, più alta che negli altri anni, è però spiegata dai lavori del nuovo ospedale, dall'emanazione di un nuovo Statuto aziendale, dalle modifiche al regolamento di organizzazione, dalle modifiche alle dotazioni organiche e alla struttura organizzativa aziendale, ecc., tutte materie sulle quali il Consiglio è stato chiamato dalla direzione aziendale a esprimere il proprio parere, oltre che sui principali documenti di programmazione.

Ciò nonostante, il funzionamento del Consiglio è stato problematico essendo anch'esso un organismo in cui l'elevato numero di componenti rende difficile poter lavorare. Vi è stata una partecipazione modesta, anche in ragione del carattere elettivo che non viene vissuto dai componenti come uno stimolo per contribuire ad un ruolo più attivo del consiglio. Questo ha portato a prediligere sempre la seconda convocazione, dal momento che per la validità della prima occorre avere la metà dei componenti (cioè 19 su 39) mentre per la seconda basta la presenza di un quinto dei componenti (8 su 39)<sup>16</sup>.

Con tutta probabilità la causa di tale «stanchezza» è riconducibile al fatto che negli anni le aspettative dei componenti non hanno trovato sempre risposta nel funzionamento concreto dell'organismo. Il Consiglio sembra sia riuscito ad essere un luogo di confronto progettuale costruttivo ma sia rimasto invece un luogo in cui l'azienda presenta quelle che spesso sono percepite come «decisioni già prese» e chiede il parere del Consiglio. Ciò è confermato anche dalla durata degli incontri, che in genere non va oltre l'ora. L'Azienda, tramite i suoi atti formali e tramite l'agito, non ha riconosciuto al Consiglio, quale ambito di rappresentanza delle diverse figure professionali, un ruolo di interlocutore positivo e costruttivo.

<sup>15</sup> Tecnostruttura, Professioni sanitarie, Agenzia per la formazione, Ospedale, Assistenza territoriale, Sociale, Prevenzione.

<sup>16</sup> Nonostante ciò, in un'occasione il Consiglio non è riuscito a raggiungere il numero legale neanche in seconda convocazione.

Ciò in ragione della necessità di pervenire ad alcune decisioni in tempi stretti e in ragione della strutturazione del Consiglio che ha assunto sempre più il carattere di struttura di confronto «rinvedicativo» più che propositivo. Del resto l'azienda si è trovata anche nella necessità di adottare atti non sostenuti dal parere positivo del Consiglio. A fine 2006, il Consiglio ha dato parere negativo (con soli tre astenuti) alla proposta avanzata dalla direzione d'istituire nuove strutture, ma la direzione ha ritenuto di adottare in ogni caso il provvedimento.

### 10.7 Discussione e conclusioni

Le pagine precedenti permettono alcune riflessioni conclusive e alcune generalizzazioni relative al rapporto tra managerialismo e professionalismo nelle aziende sanitarie pubbliche italiane. Pur non rappresentando in modo esaustivo o statisticamente significativo l'insieme delle aziende del SSN, i tre casi evidenziano situazioni assai differenziate, in cui il coinvolgimento dei professionisti passa anche attraverso Collegio di direzione e Consiglio dei sanitari, ma non si esaurisce certamente in essi.

Riferendoci più in particolare al Collegio di direzione, i casi di studio, la normativa e il dibattito pubblico confermano il suo ruolo gestionale. Il Collegio può quindi costituire un utile complemento della direzione aziendale nel governo complessivo. In tal senso, il Collegio rappresenta un ambito nel quale la *line* professionale di più alto livello è cooptata nelle decisioni dell'azienda e, al contempo. Allo stesso modo esso rappresenta un ambiente nel quale i suoi membri possono esercitare un controllo sociale reciproco e informato su quanto avviene nelle diverse articolazioni di quelle organizzazioni sanitarie che, per dimensioni e complessità, manterrebbero altrimenti gestioni «separate». Infine, un Collegio di direzione attivo può svolgere un ruolo di utile controllo sull'azione della direzione aziendale e sulle conseguenze di una sua eccessiva politicizzazione.

Il Collegio di direzione di Pordenone sembra quello che più di tutti ha saputo giocare tale ruolo, anche se affiancato da altri strumenti di coinvolgimento, quale ad esempio la forte responsabilizzazione dei dipartimenti sul processo di accreditamento JCI. L'esperienza di Alessandria sembra più difficile da interpretare a causa dei profondi cambiamenti vissuti dall'azienda negli ultimi tempi. In ogni caso, nell'ex Asl 20 il ruolo del Collegio forse risultava meno urgente a ragione delle dimensioni abbastanza limitate dell'azienda e dello sviluppo di sistemi di programmazione e controllo che permettevano un'interlocuzione diretta tra direzione aziendale e strutture operative. Inoltre, limitatamente all'ospedale di Tortona, il coinvolgimento dei professionisti già avveniva e avviene attraverso il Collegio dei primari. Infine, nel caso di Empoli il ruolo altrove previsto per il Collegio di direzione è almeno in parte svolto dalla seduta deliberativa settimanale e dall'Ufficio di direzione.

Più critica sembra l'esperienza dei Consigli dei sanitari, che nel tempo hanno spesso viste deluse alcune aspettative, col risultato finale di ridurre in modo anche sensibile la partecipazione, sia nelle candidature, sia nell'assiduità della presenza alle riunioni. A conferma indiretta di tale difficoltà, anche il d.d.l. Turco di fatto non prende posizione su tale organismo, a meno di rinominarlo «Consiglio delle professioni sanitarie», apparentemente a sottolineare i risultati conseguiti negli ultimi dieci anni rispetto al riconoscimento di un'importante professionalizzazione delle professioni sanitarie non mediche. D'altro canto, il forte riferimento alle professioni sanitarie, esplicito nelle regole circa la composizione del Consiglio, potrebbe comportare risultati indesiderati, mettendo ulteriormente l'accento sulle appartenenze professionali e quindi sulle differenze tra le diverse professioni operanti nello stesso ambito organizzativo. Peraltro, gli stessi criteri di composizione del Consiglio tradiscono almeno in parte la funzione di rappresentatività professionale, in quanto assegnano alle varie professioni un numero di componenti non proporzionale rispetto alla loro consistenza negli organici aziendali (in particolare, i medici risultano fortemente sovra-rappresentati).

Due questioni specifiche che sembra utile richiamare rispetto a ruolo e funzionamento del Consiglio riguardano l'uso strumentale che ne possono fare le direzioni aziendali e la possibile presenza di un numero importante di rappresentanti sindacali o delle Rappresentanze sindacali unitarie (RSU) tra i suoi membri. Rispetto al primo punto, le direzioni aziendali potrebbero esser tentate di ricorrere al Consiglio dei sanitari soltanto per ottenere il parere – meglio se è favorevole, ma non è strettamente necessario – che costituisce condizione di legittimità per le delibere aziendali. In altre parole, la direzione potrebbe essere interessata solo limitatamente al potenziale contributo del Consiglio in termini di consulenza tecnico-sanitaria, ma potrebbe invece avere il solo scopo di ottenere il suo parere sulle proposte aziendali relative alle materie indicate dalla normativa. Rispetto al secondo punto, e cioè alla possibilità di avere più componenti del Consiglio che al contempo sono rappresentanti sindacali o delle RSU, il rischio è che il Consiglio dei sanitari si identifichi come organismo in contrapposizione alla direzione aziendale o comunque che esso rivendichi un confronto con la direzione aziendale su materie per le quali i Contratti collettivi nazionali di lavoro non prevedono contrattazione, concertazione, consultazione, informazione o commissioni paritetiche.

Per concludere, l'analisi svolta mostra scelte di coinvolgimento differenziate, che offrono un insieme assai articolato di possibili modalità di relazione e accomodamento tra professionalismo e managerialismo. Tali diverse modalità dipendono dalle indicazioni regionali, dalla cultura aziendale, dalla disponibilità e dalle competenze dei professionisti sanitari, dal supporto offerto dalla direzione aziendale, dalla legittimazione organizzativa interna, ecc. Semmai, proprio la rilevanza di tali elementi e l'eterogeneità delle esperienze aziendali rendono arduo trarre delle conclusioni generali rispetto alle modalità di coinvolgimento più efficaci in un'ottica di *evidence based management*.

## Bibliografia

- Allen D. (1995), «Doctors in management or the revenge of the conquered», *Journal of Management in Medicine*, 9(4), pp. 44-50.
- Anessi Pessina E. (2001), «Il modello di analisi, l'impostazione del Rapporto e i principali risultati», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI 2001. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, Egea.
- Atun R. (2003), «Doctors and managers need to speak a common language», *British Medical Journal*, 326, p. 655.
- Baraghini G., Capponi A., Capelli M., Longo F., Tozzi V., Villa S. (2007), «La gestione per processi per il governo clinico e il controllo dei rischi: un confronto di metodo tra Aziende Ospedaliere», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI 2006. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, Egea.
- Borgonovi E., Zangrandi F. (1988), *L'ospedale. Un approccio economico aziendale*, Milano, Giuffrè Editore.
- Borgonovi E. (1994), «Sul concetto di azienda sanitaria occorre fare chiarezza», *Mecosan*, 3, pp. 2-4.
- Borgonovi E. (2004), «Aziendalizzazione e governo clinico», *Mecosan*, 13, pp. 2-5.
- Bucher R., Stelling J. (1969), «Characteristics of professional organizations», *Journal of Health and Social Behavior*, 10(1), pp.3-15.
- Davies H., Harrison S. (2003), «Trends in doctor-manager relationships», *British Medical Journal*, 326, pp. 646-649.
- De Pietro C. (2005), *Gestire il personale nelle aziende sanitarie italiane. Contesto, politiche, strumenti*, Milano, McGraw-Hill.
- Del Vecchio M. (2007), «Nuove tendenze nelle strutture di governo: interpretazioni e riflessioni a margine di un documento della Regione Emilia Romagna», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI 2006. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, Egea.
- Degeling P., Maxwell S., Kennedy J., Coyle B. (2003), «Medicine, management and modernisation: a "danse macabre"?», *British Medical Journal*, 326, pp. 649-652.
- Engel G. (1969), «The effect of bureaucracy on the professional autonomy of the physician», *Journal of Health and Social Behavior*, 10(1), pp. 30-41.
- Engel G. (1970), «Professional autonomy and bureaucratic organization», *Administrative Science Quarterly*, 15(1), pp. 12-21.
- Fitzgerald L., Ferlie E. (2000), «Professionals: back to the future?», *Human Relations*, 53(5), pp. 713-739.
- Garelick A., Fagin L. (2005), «The doctor-manager relationship», *Advances in Psychiatric Treatment*, 11, pp. 241-252.
- Hall R. (1967), «Some organizational considerations in the professional-organizational relationship», *Administrative Science Quarterly*, 12(3), pp. 461-478.

- Hall R. (1968), «Professionalization and bureaucratization», *American Sociological Review*, 73(1), pp. 92-104.
- Harrison R., Miller S. (1999), «The contribution of clinical directorates to the strategic capability of the organization», *British Journal of Management*, 10, pp. 23-29.
- Kitchener M. (2000), «The “bureaucratization” of professional roles: the case of clinical directors in UK Hospitals», *Organization*, 7(1), pp. 129-154.
- Lee S. (1969), «Organizational identification of scientists», *The Academy of Management Journal*, 12(3), pp. 327-337.
- Lega F., De Pietro C. (2005), «Converging patterns in hospital organization: beyond the professional bureaucracy», *Health Policy*, 74(3), pp. 261-281.
- Lega F. (2008), «The rise and fall (acy) of clinical directorates in Italy», *Health Policy*, 85, pp. 252-262.
- Mintzberg H. (1980), «Structure in 5's: a synthesis of the research on organizational design», *Management Science*, 26(3), pp. 322-341.
- Mintzberg H. (1985), *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Bologna, il Mulino.
- Ong B., Schepers R. (1998), «Comparative perspectives on doctors in management in the UK and The Netherlands», *Journal of Management in Medicine*, 12(6), pp. 378-390.
- Southon G., Braithwaite J. (1998), «The end of professionalism?», *Social Science & Medicine*, 46(1), pp. 23-28.
- Tousijn W. (2002), «Medical dominance in Italy: a partial decline», *Social Science & Medicine*, 55, pp. 733-741.
- Vlastarakos V., Nikopoulos T. (2007), «The interdisciplinary model of hospital administration: do health professionals and managers look at it in the same way?», *European Journal of Public Health*, 18(1), pp. 71-76.
- Walker R., Morgan P. (1996), «Involving doctors in management», *Journal of Management in Medicine*, 10(1), pp. 31-52.
- Willcocks S. (1994), «The clinical director in the NHS: utilizing a role-theory perspective», *Journal of Management in Medicine*, 8(5), pp. 68-76.
- Yin R.K. (1994), *Case study research*, Thousand Oaks, SAGE.