

10 I livelli retributivi del top management: un'analisi comparata

di Francesco Longo, Francesca Ferrè, Rosaria Russo Valentini
e Marco Sartirana¹

10.1 Introduzione

L'aziendalizzazione del SSN è un processo articolato e complesso che afferisce ai livelli di autonomia e di responsabilità assegnati alle aziende del SSN, ovvero agli «spazi di imprenditorialità» ad esse concessi. Ad esempio in termini di costruzione del mix di attività, di ruolo nella definizione delle politiche di *welfare* socio-sanitario, di possibilità di indebitamento e quindi di investimento infrastrutturale e tecnologico o di capacità di *fund raising*.

L'aziendalizzazione è quindi sì un fenomeno che riguarda gli assetti istituzionali e macro-organizzativi fondanti di un sistema, ma dipende anche sostanzialmente dal ruolo e dalla figura del *top manager*. Questi ne rappresenta un elemento cardine, sia dal punto di vista sostanziale, perché effettua le analisi decisionali, assume la maggior parte delle scelte strategiche e rappresenta il gestore delle reti di relazioni, sia dal punto di vista simbolico, perché incarna e rende visibile esternamente l'unitarietà d'azienda.

Per comprendere il processo di aziendalizzazione nelle sue attuali dinamiche e determinanti risulta pertanto utile chiedersi quali profili professionali vengono attratti per l'esercizio del ruolo di *top manager* nelle aziende sanitarie pubbliche. Sebbene per qualunque professione, in particolare all'interno del settore pubblico (Perry e Wise, 1990), le ricompense intrinseche abbiano un ruolo rilevante in termini motivazionali, non si può trascurare il fatto che le tipologie contrattuali e i livelli retributivi abbiano comunque una rilevanza nel determinare le scelte professionali. La presente analisi si sofferma in particolare sui profili retributivi del Direttore Generale (DG), Direttore Sanitario (DS) e Direttore Amministrativo (DA) delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere. A questo proposito è interessante comprendere i seguenti aspetti:

¹ Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro comune, i §§ 10.1 e 10.6 sono da attribuirsi a Francesco Longo, il § 10.3 a Rosaria Russo Valentini, i §§ 10.2, 10.5.1 e 10.5.3 a Marco Sartirana e i restanti §§ a Francesca Ferrè.

- ▶ quanto le condizioni contrattuali contribuiscono a determinare uno scenario organizzativo che produce una condizione di *comfort* per l'esercizio della propria funzione decisionale, di rappresentanza politico-istituzionale e di assunzione di rischi aziendali;
- ▶ se esistono convenienze economiche a dirigere aziende sanitarie più grandi o più complesse;
- ▶ se esistono meccanismi che sostengono la mobilità interregionale dei manager, così da favorire il progressivo sviluppo di una classe dirigente di livello nazionale che si sposta geograficamente in funzione delle competenze accumulate e delle dinamiche dello *spoils system*;
- ▶ come si sono evolute le retribuzioni negli ultimi 10-15 anni, e quale impatto ha comportato il taglio agli stipendi del *top management* imposto dalla Finanziaria 2008²;
- ▶ qual è il livello di incentivi che il sistema offre per attrarre profili professionali innovativi e competenti, anche provenienti da esperienze esterne alla sanità pubblica;
- ▶ se esiste una strategia contrattuale che favorisce la mobilità tra settore sanitario privato e pubblico per ottenere la circolazione dei saperi e delle esperienze.

Per rispondere alle citate domande, dopo aver presentato la metodologia della ricerca (§ 10.2), l'analisi approfondisce gli aspetti giuridici dei profili professionali (§ 10.3) e presenta i dati reddituali del *top management*, ricostruendone l'evoluzione nel tempo e proponendo le necessarie comparazioni interregionali (§ 10.4). Queste informazioni vengono poi comparate con i livelli retributivi dei direttori di dipartimento e con le ricompense dei *top manager* di un campione di aziende sanitarie private accreditate; infine si propone un confronto internazionale con i CEO degli Hospital Trust inglesi (§ 10.5). L'Inghilterra, per caratteristiche del sistema sanitario e PIL pro capite, rappresenta, infatti, un interessante benchmark per l'Italia. Il § 10.6 propone infine un quadro di sintesi dei risultati e alcune considerazioni di *policy*.

10.2 Metodo di ricerca

Edizioni precedenti del Rapporto OASI hanno approfondito il tema dei livelli retributivi nelle aziende sanitarie (De Pietro, 2003; De Pietro, 2007; De Pietro e Filannino, 2008). Tuttavia, da un'analisi della letteratura nazionale emerge l'assenza di contributi scientifici in riferimento ai livelli retributivi del *top management* delle aziende sanitarie e alla loro funzione incentivante. Peraltro, solo di

² Art. 61, comma 14 D.Lgs 112/2008.

recente è stata garantita l'accessibilità ai dati sulle retribuzioni della dirigenza, come disposto dall'art. 21 della Legge Brunetta (L.69/2009) su trasparenza, merito e valutazione³.

Nella fase di avvio dell'analisi, per la validazione e l'affinamento delle domande di ricerca, e in fase conclusiva, come *discussant* qualificati, sono state realizzate interviste semi strutturate rivolte a un campione di *top manager* di aziende sanitarie pubbliche e private accreditate.

Per la raccolta dei dati si è fatto ricorso ad una *desk research* che ha analizzato, nel periodo marzo-aprile 2011, tutti i siti internet di ASL e AO. È stato anzitutto riscontrato un adeguamento non omogeneo alla normativa sulla trasparenza, con significative differenze tra Regioni. Si è deciso quindi di escludere dall'analisi le aziende delle Regioni in cui meno del 40 per cento dei siti internet aziendali ha pubblicato i dati sulla retribuzione del *top management*. Ciò ha limitato l'analisi a 11 Regioni (Valle d'Aosta, Lombardia, Provincia Autonoma di Trento, Veneto, Friuli VG, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Lazio e Puglia), che rappresentano il 61 per cento delle aziende sanitarie pubbliche e il 63 per cento della popolazione. Appare evidente come il campione sia composto per la maggior parte da Regioni del Nord e del Centro, mentre il Sud sia poco rappresentato. Tale limite è in parte temperato dal fatto che, come verrà mostrato in seguito, la variazione tra i livelli retributivi offerti dalle diverse Regioni risulta piuttosto contenuta.

Per l'analisi delle retribuzioni nel settore privato è stato predisposto un questionario ad hoc che ha indagato i livelli retributivi, le forme contrattuali e gli eventuali *benefit* percepiti da DG, DS e DA (o ruoli assimilabili). Il questionario, disegnato per garantire la non rintracciabilità della struttura di appartenenza, è stato compilato da uno dei componenti della triade dirigenziale di un campione di otto strutture sanitarie private accreditate. In due casi i dati fanno riferimento all'anno 2009 e sono stati comunicati da un direttore oggi impiegato presso una diversa struttura.

Nell'approfondimento delle esperienze internazionali vengono riportati alcuni risultati dell'analisi di Ballantine et al. (2008), sui livelli retributivi dei CEO degli Hospital Trust del National Health Service (NHS) inglese.

³ Introdotta dal ministro Renato Brunetta, l'Operazione Trasparenza è stata avviata nel giugno del 2008 attraverso la pubblicazione di curriculum, retribuzioni e recapiti istituzionali dei dirigenti e degli incarichi in atto presso il Ministero della Pubblica Amministrazione e Innovazione. La L.69/2009 ha poi esteso a tutte le pubbliche amministrazioni l'obbligo di comunicare e pubblicare online queste informazioni. Gli adempimenti richiesti dalla legge prevedono dunque, anche per ogni ASL e AO, l'obbligo di rendere accessibili nel proprio sito internet le retribuzioni lorde annue e i curricula del personale medico, amministrativo e professionale inquadrato a livello dirigenziale.

10.3 Analisi giuridica dei profili contrattuali

Il Direttore Generale è nominato dalla Giunta Regionale, con funzione di rappresentanza legale e gestionale dell'azienda, ed è coadiuvato dalle figure del Direttore Sanitario ed Amministrativo. Le condizioni contrattuali del DG prevedono la sottoscrizione di un contratto a termine da tre a cinque anni (rinnovabile) e a tempo pieno, con esclusività di rapporto verso l'ente a cui è preposto. È poi il DG a stipulare il contratto di diritto privato con DA e DS: si tratta sempre di un contratto a termine la cui scadenza è legata alla durata in carica del DG⁴.

È opportuno esaminare la natura giuridica dei contratti dei direttori delle aziende sanitarie pubbliche, valutandone in concreto le garanzie, le forme di tutela pensionistica e contro il rischio professionale, il livello di stabilità e il trattamento fiscale.

Partendo anzitutto dal problema della natura giuridica del contratto di lavoro del DG, la Suprema Cassazione affrontò *funditus* la questione in una pronuncia del 1998⁵, in cui pose il problema se il rapporto di lavoro del DG, qualificato soltanto come di diritto privato dall'art.1, primo comma lett. d L. 421/1992 e poi dall'art.3 D.Lgs. 502/1992, fosse riconducibile nell'alveo del lavoro subordinato piuttosto che in quello del lavoro autonomo. Nella citata pronuncia la Cassazione ritenne che la qualificazione del rapporto nel senso dell'autonomia fosse quella meglio armonizzabile con il complessivo quadro normativo, escludendo la configurabilità del rapporto di lavoro subordinato. La scelta dell'autonomia del rapporto presenta, a parere della Corte, un maggior livello di compatibilità con la sostanziale assenza di uno specifico regime previdenziale correlato all'incarico di Direttore Generale⁶. Non è pertanto errato sostenere che l'intenzione del legislatore storico della riforma del 1992 fosse proprio quella di trasporre nel settore pubblico modelli aziendalistici privati, anche con riferimento alla posizione contrattuale del DG, assimilata, quanto ad autonomia, a quella degli amministratori delegati delle società private.

Vi è da chiedersi, però, se tale scelta si sia rivelata coerente rispetto all'obiettivo di attrarre alla dirigenza delle aziende sanitarie pubbliche soggetti dotati di adeguata esperienza e professionalità e se, sotto altro profilo, l'importazione *sic et simpliciter* di modelli aziendalistici propri del settore privato si possa considerare conforme ai principi di buon andamento ed imparzialità della PA di cui all'art. 97 della Costituzione.

Non vi è dubbio che, sin dalla riforma del 1992, il legislatore non ha voluto scoraggiare la disponibilità di soggetti dotati di esperienza e professionalità ade-

⁴ Art.3, comma 7, D. Lgs. 502/1992 «[...] i direttori amministrativi e sanitari cessano dall'incarico entro tre mesi dalla data di nomina del nuovo direttore generale».

⁵ Cass., Sez. Un. 23 Aprile 1998 n. 4214.

⁶ Art. 3, comma 8, D.Lgs. 502/1992.

guate ad assumere i delicati e rilevanti incarichi di dirigenza delle aziende sanitarie pubbliche⁷. Tuttavia, le concrete scelte operate dal legislatore non sempre si sono rivelate coerenti con tale obiettivo. Alcuni non marginali profili della disciplina finivano, in effetti, col penalizzare anziché incentivare la scelta dei dirigenti, pubblici ed ancor più privati, meglio idonei e preparati ad assumere l'incarico di Direttore Generale.

Questo si rivelava particolarmente vero anzitutto per gli aspetti della disciplina inerenti alle tutele previdenziali. A tal proposito si ricorda che, secondo l'originaria disciplina contenuta nell'art. 3, comma 8, D.Lgs. 502/1992, i dipendenti pubblici chiamati a ricoprire incarichi di DG, DA e DS di azienda sanitaria pubblica venivano collocati in aspettativa per tutta la durata dell'incarico e le amministrazioni di provenienza erano chiamate a curare il versamento dei contributi previdenziali per tutto il periodo di aspettativa. L'originaria regolamentazione recava quindi un'evidente sperequazione tra categorie, dal momento che, con riferimento ai dipendenti privati, era previsto il solo riconoscimento del diritto potestativo all'aspettativa, ma non invece la copertura previdenziale del periodo di espletamento dell'incarico. Conseguiva da tanto la necessità, per il dirigente proveniente da posizioni di lavoro subordinato, di farsi carico degli oneri della contribuzione volontaria presso la propria cassa di provenienza, al fine di rendere utile per la tutela previdenziale il periodo di svolgimento dell'incarico di direzione di azienda sanitaria pubblica, che altrimenti, stante l'autonomia del rapporto, sarebbe rimasto privo di copertura.

Tali elementi di disincentivazione sono stati, almeno in parte, superati dal D. Lgs. 229/1999 che riconosce ai «lavoratori dipendenti», non importa se pubblici o privati⁸, il collocamento in aspettativa senza assegni utile ai fini del trattamento di quiescenza e di previdenza, con versamento di contributi calcolati sul trattamento economico corrisposto per l'incarico di DG (DA o DS). Però nessuna disposizione di tutela è prevista a favore di quei direttori che, pur avendo alle spalle una qualificata esperienza manageriale, non siano al momento della nomina titolari di alcun rapporto di lavoro subordinato: in tale eventualità nessuna tutela previdenziale è offerta dal legislatore, se non quella realizzata tramite la gestione separata dell'INPS, introducendo una distorsione sull'effettiva appetibilità dell'incarico.

Alla luce di quanto detto, emerge evidente che l'attuale configurazione giuridica del rapporto di lavoro del direttore di azienda sanitaria pubblica, mentre non pone problemi per i pubblici dipendenti, costituisce invece fattore di forte disincentivazione per i dirigenti provenienti dal settore privato.

A ciò si aggiunge che, in ragione della configurazione quale «autonomo» del rapporto, fa carico al direttore anche l'onere di stipulare polizze di rischio da

⁷ Corte Costituzionale n. 351/2010.

⁸ Cass., Sez. Lav., 15 Maggio 2008, n. 12325.

attività professionale, e che egli non ha alcun diritto contrattualmente riconosciuto a vedersi anticipare le spese di causa, in caso di citazioni o di imputazioni inerenti l'esercizio delle sue funzioni.

Infine, si rileva come le Regioni abbiano legiferato in maniera diversa per quanto concerne la possibilità che il ruolo di DG, DS o DA sia svolto da un dipendente del SSN in pensione e sulla cumulabilità tra stipendio e assegno previdenziale. Tuttavia appare chiaro che, laddove questi vincoli siano meno stringenti, è presente un forte incentivo per dipendenti pensionati a intraprendere o proseguire la carriera di DG, DS o DA. Dai risultati dell'analisi, riportati in Tabella 10.1, emerge così come in alcune Regioni oltre il 15 per cento dei membri delle triadi dirigenziali siano potenzialmente pensionati.

In ordine alle tutele di stabilità del rapporto, bisogna chiedersi se il livello di garanzie contro il licenziamento ingiustificato sia o meno conforme ai principi costituzionali sul buon andamento della PA. La disciplina dettata dal codice civile per i contratti a termine, sia di natura subordinata che autonoma, prevede che il recesso dal contratto sia consentito al solo ricorrere della c.d. giusta causa ai sensi dall'art. 2119 c.c. Inoltre, non ammette tutela reintegratoria in ipotesi di recesso anticipato dal contratto a termine, essendo previsto il solo risarcimento in termini monetari. Da tanto consegue che per i DG non è prevista la c.d. tutela reale del posto di lavoro in caso di licenziamento ingiustificato ad opera della Regione datrice di lavoro. Tuttavia, la non operatività di meccanismi ripristinatori del rapporto di lavoro ridonderebbe in lesione del principio costituzionale

Tabella 10.1 **Età media DG, DA e DS per Regione**

Regione	Rappresentatività campione	Anno di nascita DG	Anno di nascita DA	Anno di nascita DS	% over 62
VDA	100%	1965	1965	1966	0%
LOM	53%	1953	1959	1955	13%
TN	33%	1958	nd	nd	0%
VEN	58%	1952	1958	1955	13%
FVG	89%	1957	1954	1953	8%
LIG	100%	1951	1958	1957	11%
EMR	79%	1954	1958	1956	3%
TOS	73%	1953	1959	1955	6%
MAR	89%	1952	1954	1958	13%
LAZ	43%	1950	1960	1951	22%
PUG	100%	1952	1951	1952	17%

Fonte: Elaborazione da siti web aziendali

di imparzialità dell'azione della PA, in caso di illegittimo allontanamento del dirigente.

Con l'avvento della contrattualizzazione, alcuni pensarono che l'importazione del modello privatistico dovesse comportare l'applicazione per il lavoro pubblico dirigenziale del principio del recesso *ad nutum*. Tale idea è stata, però, ben presto respinta dalla Suprema Corte⁹. Infatti, alla base della garanzia di stabilità vi è la necessità di garantire la continuità dell'azione amministrativa e con essa il buon andamento e l'imparzialità della PA. Nel ragionamento della Consulta la stabilità del rapporto di lavoro costituisce il mezzo per tutelare non l'interesse individuale di chi ricopre l'incarico, ma l'interesse pubblico sotteso all'incarico. La stabilità del rapporto è, perciò, soluzione costituzionalmente imposta che, per certi versi, prescinde pure dalla natura giuridica del rapporto di lavoro, pur se è da ammettere che garanzie di stabilità per tradizione meglio si accordano allo schema del contratto di lavoro subordinato¹⁰. In ultima analisi, è ben possibile ritenere che la previsione di garanzie di stabilità reale del rapporto di lavoro sia funzionale all'interesse pubblico alla continuità dell'incarico, ed in misura assai minore all'interesse professionale individuale, stante comunque la natura a termine dell'incarico direttivo.

Un ultimo elemento che compone il quadro interpretativo è dato dai costi sostenuti dai Direttori Generali, Sanitari e Amministrativi che operano fuori sede.

Come testimoniato dalle indagini realizzate annualmente da OASI, infatti, la durata media dell'incarico di un DG è inferiore a quattro anni, e in alcune Regioni inferiore a due (cfr. Capitolo 2 del presente Rapporto). A ciò si accompagna una elevata mobilità dei DG, sia intra che interregionale. Ciò fa sì che, nel corso di alcuni anni, essi possano ricoprire incarichi in aziende anche notevolmente distanti tra loro: «ho comperato la seconda casa, non ho mai acquistato la prima» è l'affermazione ironica di uno di essi a tale proposito. E queste considerazioni sono, almeno in parte, estendibili anche a DS e DA.

⁹ La sentenza n. 2233 del 1 febbraio 2007 afferma il principio che «la illegittimità del recesso dal rapporto di lavoro di una pubblica amministrazione con un dirigente della stessa comporta l'applicazione al rapporto fondamentale sottostante della disciplina della L.20 maggio 1970, n. 300, art. 18, a norma del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165», vale a dire la reintegrazione nel posto di lavoro.

¹⁰ Vi è da chiedersi se simili garanzie siano previste anche per la dirigenza privata. Sul punto la giurisprudenza è molto fluida. È sempre stato molto controverso in giurisprudenza se la disciplina sul licenziamento (legittimante il recesso al ricorrere della giusta causa e del giustificato motivo), sulle garanzie procedurali (art. 7 St. Lav.) e sulle conseguenze dell'illegittimità del recesso (art. 18 St. Lav.) prevista per i rapporti impiegatizi fosse o meno applicabile a tutta l'area della dirigenza. In tale senso si rilevava, un tempo, la distinzione tra dirigenza apicale, esclusa dalla disciplina limitativa dei licenziamenti e la restante dirigenza media, minore o c.d. «pseudo-dirigenza». A partire dal 2007, si è invece affermato che le garanzie procedurali dettate dall'art. 7, commi 2 e 3, della L. 300/1970, debbano trovare applicazione anche nell'ipotesi di licenziamento del dirigente, a prescindere dalla specifica collocazione che lo stesso assume nell'impresa (Cassazione civile, Sez. Un. 30 Marzo 2007 n.7880).

In riferimento ai direttori fuori sede, pertanto, alla retribuzione lorda devono essere sottratte non solo l'imposizione fiscale e i contributi previdenziali¹¹, ma anche le spese di alloggio e di trasferimento nella sede lavorativa. L'effettivo livello retributivo di un DG che opera in tali circostanze è quindi significativamente inferiore a quello che percepisce chi riceve un simile incarico nel proprio territorio di origine.

Rimane pertanto la domanda su quanto l'attuale normativa¹², che non consente di prevedere un diverso compenso o un rimborso spese per i direttori che provengono da fuori provincia o da fuori Regione¹³, ostacoli in generale la mobilità interregionale, ed in particolare la *cross-fertilization*, ovvero la mobilità dei *top manager* dalle aziende delle Regioni cd. virtuose a quelle delle Regioni in Piano di Rientro, da molti ritenuta una delle soluzioni per il superamento della situazione critica in cui versano alcuni Sistemi Sanitari Regionali.

10.4 I livelli retributivi: risultati quantitativi dell'analisi

In questo paragrafo, dopo una presentazione della normativa di riferimento in tema di livelli retributivi del *top management* (§ 10.4.1), vengono descritti i principali risultati quantitativi della ricerca (§ 10.4.2) attraverso la presentazione dei dati riferiti a (i) livelli retributivi medi per figura apicale (DG, DA e DS) e (ii) trend temporale della retribuzione per il DG.

10.4.1 Normativa di riferimento

La retribuzione prevista per il Direttore Generale è definita a livello nazionale con DPCM 502/1995 e ss.mm., non può essere superiore ai 154.940 euro lordi annui¹⁴ e le Regioni, sulla base di parametri di natura fisico tecnica (quali: il volume delle entrate di parte corrente dell'ASL o AO; il numero di assistiti e posti letto; il numero di dipendenti) possono deliberare livelli retributivi differenziati per i singoli direttori delle aziende del gruppo regionale, contestualizzando dunque il loro incarico.

La normativa stabilisce, inoltre, che la retribuzione economica delle altre due figure apicali non può essere superiore all'80 per cento di quanto previsto per il

¹¹ A ciò deve aggiungersi il costo dell'assicurazione da danno erariale, anch'essa a carico dal dirigente.

¹² DPCM. 502/1995

¹³ Per alcuni anni il Friuli VG, in quanto Regione a statuto speciale, ha rappresentato un'eccezione dal momento che l'art. 21 della LR 32/1997 (abrogato nel 2008) prevedeva il riconoscimento di un significativo indennizzo forfettario connesso all'ubicazione della residenza o della dimora rispetto alla sede dell'Azienda ai Direttori Generali, Amministrativi e Sanitari che provenivano da fuori Regione.

¹⁴ La remunerazione netta corrisponde al 48-50 per cento della retribuzione lorda, considerando imposizione fiscale e contributi previdenziali.

trattamento base del DG, ma nemmeno inferiore a quella prevista dal CCNL rispettivamente per le posizioni apicali della dirigenza medica ed amministrativa. A ciò è peraltro necessario aggiungere che la Legge Finanziaria del 2008¹⁵ ha previsto per i DG, DS e DA nominati o riconfermati nel 2009 e nel 2010 una riduzione del 20 per cento dei trattamenti economici risultanti alla data 30 giugno 2008.

Gli emolumenti dei direttori, inoltre, possono essere integrati con una quota non superiore al 20 per cento in base al raggiungimento di determinati obiettivi prefissati a livello aziendale e regionale¹⁶. Generalmente gli obiettivi sono articolati in quattro categorie:

- ▶ Assistenziali (sviluppo piano regionale di prevenzione; sviluppo cure domiciliari; controllo tempi e liste di attesa; riorganizzazione rete laboratori di analisi ecc.).
- ▶ Economici (equilibrio di bilancio; riduzione della spesa farmaceutica ecc).
- ▶ Strumentali (flussi informatici; tessera sanitaria; sviluppo strumenti di comunicazione e informazione; sviluppo piani d'investimento ecc.).
- ▶ Specifici (relativi alle singole aziende sanitarie).

Con riferimento a ciascun obiettivo dovrebbero essere indicate le modalità di valutazione ed il punteggio massimo e minimo conseguibile, in modo da collegare i livelli retributivi (ricompense) con la quantità e la qualità degli apporti individuali (contributi). In questo modo la valutazione oggettiva della performance dei direttori legittima il principio di un equilibrio dinamico del sistema contributi/ricompense (Del Vecchio e Barbieri, 2001), permettendo al governo regionale di esercitare un ulteriore grado di diversificazione retributiva in base alle performance individuali e non solo in base ai parametri di natura fisico tecnica dell'azienda in cui operano i direttori.

10.4.2 Analisi dei dati

La Tabella 10.2 mostra come tra le 11 Regioni considerate i livelli retributivi lordi siano assai simili, perché determinati sostanzialmente dalle previsioni contrattuali nazionali.

Nelle 11 Regioni il DG è il dirigente con retribuzione più elevata: una retribuzione lorda annua (RAL) complessiva media ¹⁷ di 148.444 euro, contro i

¹⁵ Art.61, comma 14 L.133/2008.

¹⁶ Inoltre, i riferimenti legislativi sottolineano come per il DG sia previsto un importo integrativo fino a 5.160 euro per corsi di formazione manageriale e iniziative di studio promosse dalla regione. Lo stesso vale per i DA e DS, a cui sono riconosciuti fino a 3.610 euro.

¹⁷ Retribuzione Annua Lorda (RAL) complessiva, è data dalla sommatoria delle voci: stipendio tabellare, retribuzione di posizione fissa e retribuzione di posizione variabile. Non è considerata la retribuzione di risultato.

Tabella 10.2 **Retribuzione lorda annua media e retribuzione variabile di risultato media dei DG, DA e DS, per Regione**

Regioni	Numero aziende	Direttore Generale		Direttore Amministrativo		Direttore Sanitario	
		RAL Media €	VAR Media €	RAL Media €	VAR Media €	RAL Media €	VAR Media €
VDA	1	136.732	n.d.	109.386	n.d.	124.469	n.d.
LOM	25	154.937	25.394	123.950	19.268	123.433	21.599
TN	1	172.000	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
VEN	23	154.487	n.d.	132.000	n.d.	132.000	n.d.
FVG	9	140.569	28.144	107.552	22.515	99.615	20.402
LIG	6	149.108	n.d.	119.584	n.d.	100.430	n.d.
EMR	16	144.683	28.725	118.554	22.546	119.792	22.671
TOS	14	141.779	24.719	111.767	20.461	113.853	22.781
MAR	3	150.000	n.d.	120.000	n.d.	120.000	n.d.
LAZ	8	154.976	n.d.	122.963	n.d.	121.740	n.d.
PUG	8	142.798	n.d.	105.410	n.d.	113.193	n.d.
TOTALE	114	148.444	26.745	117.117	21.198	116.852	21.863

Fonte: Elaborazione da siti web aziendali

117.117 e 116.852 euro per il DA e DS. Sempre come risultato complessivo, la retribuzione variabile costituisce in media il 18 per cento della RAL. In particolare, la quota della retribuzione variabile di risultato (VAR)¹⁸ vale 26.745 euro in media per il DG, 21.198 euro per il DA e 21.863 euro per il DS.

In particolare, i valori medi delle RAL dei DG oscillano tra i 136.732 euro della Valle d'Aosta e i 172.000 euro di Trento, unica eccezione oltre la soglia consentita del DPCM 502/1995 e ss.mm.ii. (154.940 euro) perché disciplinata dagli statuti di autonomia. Tre Regioni (Lombardia, Veneto e Lazio), sono perfettamente allineate al valore massimo nazionale; le altre sei Regioni presentano valori medi tra i 140.569 e 150.000 euro lordi annui. Anche per i DA e DS la retribuzione media è compresa entro il valore massimo di 123.950 euro della Lombardia, che riconosce ai suoi DS la retribuzione massima consentita, e il valore minimo di 105.000 euro in Puglia per i DA e 99.615 euro in Friuli VG per i DS. La differenza interregionale massima nelle retribuzioni medie si registra per i DG (35.268 euro); seguono i DS (23.819 euro) e i DA (18.540 euro). Da considerare a parte il trattamento retributivo ottenuto dai

¹⁸ Retribuzione variabile (VAR), comprende gli incentivi individuali e/o di gruppo correlati ai risultati conseguiti, lo straordinario, le indennità legate ai ruoli o agli incarichi ricoperti ecc.

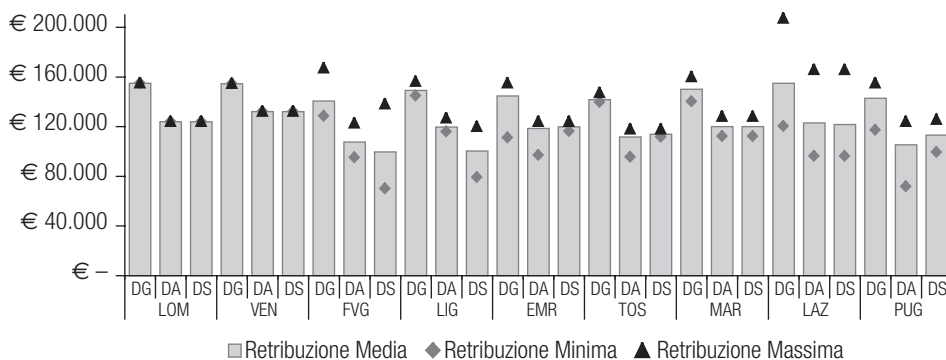
DA e DS del Veneto, a cui si riconosce una RAL pari a 132.000 euro, corrispondente all'85 per cento della RAL dei DG, diversamente da quanto stabilito a livello nazionale¹⁹.

Per quanto riguarda la VAR solo in 4 Regioni (Lombardia, Friuli VG, Emilia-Romagna e Toscana) è stato possibile ricostruirne l'ammontare. È infatti emersa una certa difficoltà da parte dei diversi sistemi regionali a riportare *on line* gli incentivi retributivi collegati ai risultati ottenuti dal top management, perché si tratta di incentivi riconosciuti a fine anno, mentre spesso i dati contenuti nei siti aziendali non vengono aggiornati con frequenza tale da permettere una visione complessiva.

Nel rispetto della normativa, la retribuzione variabile di risultato per il DG può variare da 0 a 30.988 euro annui, mentre per il DA e DS può raggiungere i 24.790 euro. Dai dati emerge come i DG in Emilia-Romagna e Friuli VG mediamente ottengano premi pari al 20 per cento delle rispettive retribuzioni lorde, livelli superiori alla Lombardia e Toscana dove in media è riconosciuto il 16,5 per cento e il 17,5 per cento. Ai DA e DS sono riconosciuti in media valori tra il 18 e il 20 per cento della retribuzione lorda, premi più contenuti in Lombardia (15,5 per cento per i DA e 17,5 per cento per i DS).

La Figura 10.1 permette di apprezzare le variazioni interregionali nei livelli retributivi dei direttori. A fronte di un'elevata numerosità e diversa complessità delle aziende sanitarie in Lombardia e Veneto, i riconoscimenti retributivi verso i direttori sono omogenei, mentre si riscontrano differenze modeste in Friuli VG, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Lazio e Puglia. Questi ultimi valori riflettono una scelta regionale di diversificazione remunerativa in base al tipo d'azienda (ASL, AO e AOU integrate con il SSN) e al

Figura 10.1 **Retribuzione lorda annua minima, media e massima dei DG, DA e DS, per Regione**



Nota: Valle d'Aosta e Trento sono escluse perché mono-azienda.

Fonte: Elaborazione da siti web aziendali

¹⁹ D.G.R.V. 26 82/2006.

grado di complessità delle aziende (posti letto e tipologia di servizi erogati). In alcuni casi scontano inoltre l'applicazione dei tagli previsti dalla Finanziaria 2008 sul rinnovo dei contratti.

Complessivamente, emergono le seguenti considerazioni:

- ▶ le differenze interregionali nei livelli retributivi medi annui lordi sono minime se riferite alla figura del DG²⁰ (12%); aumentano invece nei confronti dei DA (15%) e dei DS (20%)²¹;
- ▶ la retribuzione variabile in media è assegnata in modo quasi uniforme alle tre figure (15-20% della RAL) nei diversi contesti regionali. Tuttavia, l'interpretazione di questo risultato non può essere univoca, poiché i dati disponibili sono circoscritti a quattro sole Regioni;
- ▶ la differenza intraregionale della retribuzione è in alcuni casi inesistente (Veneto e Lombardia); negli altri SSR è presente e in media oscilla tra -15,5 per cento e +12 per cento rispetto al valore medio regionale.

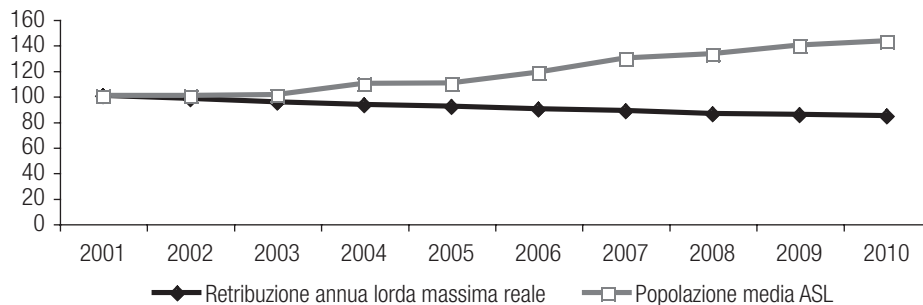
Dopo la fotografia del sistema, proponiamo un'analisi temporale per apprezzare l'andamento dei livelli retributivi. Nel 1995 il DPCM 502 ha fissato a 200 milioni di lire il limite massimo di retribuzione RAL per il DG. Nel 2001 il DPCM 319 ha rivalutato l'ammontare a 300 milioni di lire, corrispondenti a 154.940 euro. Successivamente non vi sono stati altri adeguamenti, pur in presenza di un tasso d'inflazione medio del 2.2 per cento annuo, creando una perdita nel potere d'acquisto di oltre 20 punti percentuali complessivi negli ultimi dieci anni (Figura 10.2).

Un'ulteriore variabile da considerare a fronte della stabilità nel livello retributivo massimo è l'ampliamento del grado di complessità che i Direttori Generali hanno gestito a seguito al riassetto dei SSR in attuazione del D.Lgs. 502/1992. In particolare, parlando dei DG delle aziende sanitarie locali, è evidente l'incremento del grado di eterogeneità dei servizi e prestazioni a cui si chiede di trovare risposta (ambito sanitario e socio-assistenziale) e dei relativi bacini di domanda. Infatti, dal punto di vista dimensionale, i riassetti hanno comportato anche negli anni più recenti una diminuzione nel numero assoluto di ASL (da 198 nel 2001 a 146 nel 2010) determinando un aumento nella loro dimensione media. In particolare, i dati della Figura 10.2 mostrano come il numero medio di abitanti per ASL sia aumentato negli ultimi 10 anni del 41%.

²⁰ Per i DG, escluso il valore di Trento perché disciplinato dagli statuti di autonomia.

²¹ Per i DA e DS escluso il valore del Veneto perché disciplinato con normativa regionale.

Figura 10.2 **Retribuzione annua lorda massima reale e popolazione media per ASL (2001-2010)**



Fonte: ISTAT 2010 e elaborazioni su dati OASI

10.5 I livelli retributivi: l'analisi comparativa

A seguire si propone una serie di confronti dei livelli retributivi e contrattuali del *top management* delle aziende sanitarie pubbliche con:

- ▶ Direttori di Dipartimento di aziende ospedaliere;
- ▶ *top management* di aziende sanitarie private;
- ▶ *Chief Executive Officer* degli ospedali inglesi.

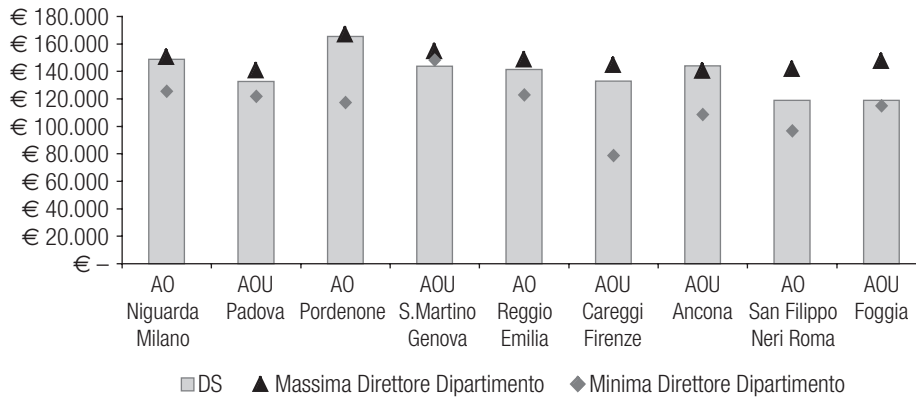
10.5.1 Confronto con Direttori di Dipartimento

Risulta anzitutto interessante comparare le retribuzioni del *top management* con le «prime linee di management» che ad essi riportano. In particolare, si propone di seguito un confronto tra le retribuzioni dei DS²² delle aziende ospedaliere e ospedaliero-universitarie e quelle dei rispettivi Direttori di Dipartimento²³. Dall'analisi, i cui risultati sono riportati in Figura 10.3, si evince che, in 8 dei 9 casi analizzati, il DS percepisce una retribuzione inferiore a quella del Direttore di Dipartimento cui è riconosciuto lo stipendio più alto (in media tale differenza è pari a 11.180 euro). Tale differenza risulta particolarmente significativa nelle Regioni, come il Lazio, in cui abitualmente non viene erogata ai *top manager* la retribuzione di risultato; si vedano a riguardo i valori dell'AO San Filippo Neri di Roma. Ampi scostamenti si riscontrano anche in quelle aziende in cui l'importo riconosciuto al DS è stato ridotto del 20 per cento in applicazione della Legge Finanziaria 2008,

²² Si consideri che laddove il valore della retribuzione di risultato non fosse stato pubblicato è stato considerato l'importo massimo riconoscibile, pari al 20 per cento.

²³ È stata selezionata, per ogni regione, la AO o AOU che ha reso accessibili i livelli retributivi del maggior numero di Direttori di Dipartimento.

Figura 10.3 **Confronto tra retribuzioni di Direttori Sanitari e retribuzioni dei relativi Direttori di Dipartimento**



Fonte: Elaborazione da siti web aziendali

che invece non ha avuto impatti sui Direttori di Dipartimento. È questo il caso dell'AOU di Foggia, in cui il divario appare estremamente rilevante (28.243 euro).

È inoltre opportuno rilevare che i dati qui riportati non includono i compensi da libera professione intramuraria. Se infatti venisse considerata tale voce stipendiale, la differenza tra i livelli retributivi dei Direttori di Dipartimento e dei DS assumerebbe, probabilmente, un valore significativamente superiore.

Tali considerazioni sollevano da un lato la domanda sull'equilibrio esistente tra i diversi livelli di responsabilità assegnati all'interno delle aziende e i corrispondenti riconoscimenti economici. Dall'altro, evidenziano come l'incentivo economico per invogliare i migliori Direttori di Dipartimento ad assumere il ruolo di DS sia modesto, se non addirittura negativo.

Tale situazione sembra peraltro contrastare con quanto indicato dal DPCM 502/1995 (come modificato dal DPCM 319/2001) secondo cui «al Direttore Sanitario e al Direttore Amministrativo è attribuito un trattamento economico definito in misura non inferiore a quello previsto dalla contrattazione collettiva nazionale rispettivamente per le posizioni apicali della dirigenza medica ed amministrativa. La Regione definisce il trattamento economico del direttore sanitario e del direttore amministrativo tenendo conto sia del trattamento economico attribuito al DG e sia delle posizioni in strutture organizzative complesse, in un'ottica di equilibrio aziendale».

10.5.2 Confronto con il top management delle aziende sanitarie private

È altrettanto interessante proporre un confronto tra i livelli retributivi del *top management* pubblico e privato. A questo proposito è stato analizzato un cam-

Tabella 10.3 **Campione delle strutture e dei gruppi sanitari privati accreditati**

	Tipo	Localizzazione	Posti Letto Accreditati
Strutture	IRCCS	NORD	200-220
	Casa di cura	NORD	160-180
	Casa di cura	NORD	180-200
Gruppo	IRCCS	NORD	>1000
	Casa di cura	CENTRO	300-320
	IRCCS	NORD	240-260
	Casa di cura	NORD	nd
	IRCCS	NORD	220-240

pione di 3 strutture sanitarie private accreditate (case di cura e IRCCS di diritto privato) e 5 gruppi sanitari privati²⁴ (Tabella 10.3).

Il campione è circoscritto prevalentemente all'area del Nord Italia. La raccolta dei dati è stata piuttosto difficoltosa, poiché si tratta di informazioni non direttamente accessibili e ritenute sensibili. È stato dunque pensato un questionario a risposte multiple che garantisse l'anonimato²⁵. Questo, seppur facilitando l'accesso alle informazioni, non ha consentito di ottenere un numero di osservazioni significativo del panorama retributivo del *top management* della sanità privata accreditata, ma può essere considerato come una prima esplorazione.

I dati evidenziano come le retribuzioni medie delle diverse figure direzionali siano meno concentrate nelle aziende private rispetto a quelle pubbliche. Le ricompense per la triade dirigenziale oscillano tra un minimo di 100.000 euro lordi annui a un massimo di 400.000, con l'eccezione di una struttura a carattere religioso il cui valore è inferiore ai 100.000 euro. In particolare, le strutture sanitarie private accreditate del campione riconoscono ai DG una retribuzione annua fissa lorda in media tra 150.000 e 200.000 euro, superiore ai 200.000 negli IRCCS. Il DA riceve in media emolumenti economici poco superiori ai 100.000 euro e il DS ai 150.000 euro. Nel caso di gruppi sanitari le ricompense dei DG o più appropriatamente *Chief Executive Officer* (CEO) aziendali sono in media pari a 275.000 euro; se il gruppo privato gestisce un IRCCS il livello delle ricompense aumenta fino a raggiungere una media di 350.000 euro. Il DA e DS sono figure aziendali strategicamente meno influenti e in media ricevono rispettivamente 175.000 euro e 135.000 euro.

²⁴ Con il termine gruppo sanitario privato si intende un insieme di soggetti giuridici che erogano servizi di ricovero e cura e afferiscono ad un unico soggetto economico. Per quanto riguarda i gruppi nella presente analisi si considerano i dati riferiti alla capogruppo

²⁵ A tal fine sono state individuate cinque possibili fasce retributive tra le quali il destinatario poteva scegliere: < 100.000 euro; tra i 100.000 e i 150.000 euro; tra i 150.000 e i 200.000 euro; tra i 200.000 e i 300.000 euro e tra i 300.000 e i 400.000.

Tabella 10.4 **Retribuzione lorda annua media e retribuzione variabile di risultato media dei DG, DA e DS, per Regione**

Tipo	Direttore Generale		Direttore Amministrativo		Direttore Sanitario		
	RAL Media	VAR Media	RAL Media	VAR Media	RAL Media	VAR Media	
Strutture	IRCCS	200.000-300.000	25%	100.000-150.000	24%	150.000-200.000	16%
	Casa di cura	<100.000	20%	<100.000	20%	100.000-150.000	20%
	Casa di cura	150.000-200.000	20%	100.000-150.000	18%	150.000-200.000	18%
Gruppo	IRCCS	300.000-400.000	50%	200.000-300.000	20%	100.000-150.000	20%
	Casa di cura	200.000-300.000	25%	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	IRCCS	300.000-400.000	25%	150.000-200.000	16%	150.000-200.000	14%
	Casa di cura	150.000-200.000	20%	100.000-150.000	10%	100.000-150.000	20%
	IRCCS	200.000-300.000	20%	100.000-150.000	20%	100.000-150.000	20%

Fonte: Nostra elaborazione

Il ricorso alla remunerazione variabile è simile tra delle strutture private accreditate e pubbliche: si tratta di livelli compresi tra il 10 e il 25 per cento della RAL (fa eccezione un 50 per cento riconosciuto a un CEO). Sia nelle aziende private accreditate sia in quelle pubbliche si tratta di percentuali non trascurabile, che mostrano ambiti di azione potenzialmente rilevanti per politiche retributive flessibili.

Infine, le voci accessorie (*benefit*) nelle aziende sanitarie private accreditate sono più diversificate e in alcuni casi più complete rispetto a quanto previsto per i colleghi nel settore pubblico. Tutti i DG di strutture o gruppi privati accreditati, come nelle aziende sanitarie pubbliche, sono dotati di cellulare e più dell'80 per cento ha a disposizione l'auto aziendale. In tre casi su otto è garantito il vitto per chi non risiede in prossimità della sede dell'azienda, privilegio non accordato ai direttori che operano nella sanità pubblica. Tutti sono coperti da un'assicurazione per danni professionali e in cinque casi su otto si vedono riconosciuti un'assicurazione sanitaria integrativa. Solo in un caso tra i *benefit* si conta anche un budget dedicato a convegni e formazione, al contrario, nel pubblico, è definita da contratto una quota massima annuale da dedicare alle attività di formazione (§ 10.4.1).

Dall'analisi dei dati raccolti appare come le aziende private accreditate decidano con maggiore autonomia le proprie politiche retributive nei confronti del *top management* e, in generale, riconoscano ricompense maggiori delle aziende pubbliche, a livello sia di retribuzione lorda che di retribuzione variabile. In altre parole, la sanità privata accreditata sembra più capace di allineare le retribuzioni alle condizioni del mercato del lavoro e ciò potrebbe comportare un vantaggio competitivo per le aziende private sul mercato di attrazione dei DG.

10.5.3 Confronto con l'esperienza inglese

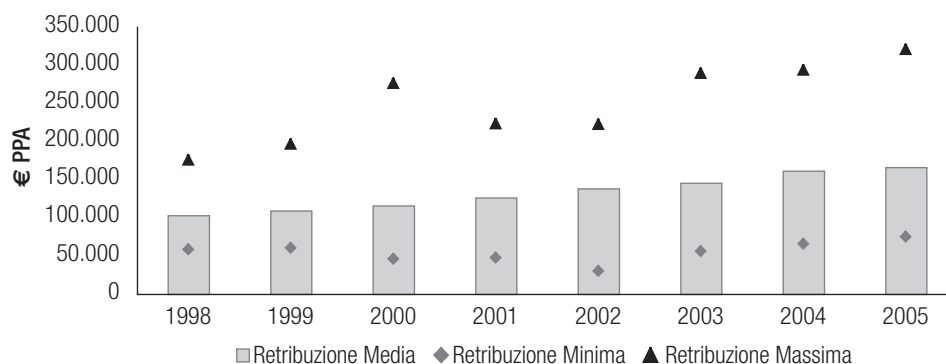
Come è noto il National Health Service (NHS) inglese presenta molte analogie con il SSN e ben si presta ad un'analisi comparativa. In particolare, gli Acute Hospital Trust sono, per numero e dimensioni, facilmente confrontabili con le Aziende Ospedaliere italiane. Differente tuttavia è il meccanismo di determinazione dei livelli retributivi del *top management*. Ogni Trust è infatti governato da un consiglio d'amministrazione, composto sia da membri interni che da membri esterni, e a questi ultimi è demandata la valutazione delle performance del *Chief Executive Officer* (Direttore Generale) e la determinazione della sua retribuzione. Ciò avviene sulla base delle dimensioni del Trust e di conseguenza delle risorse assegnate, nonché sulla base del livello di performance raggiunto nel cd. «star rating system», che attribuisce annualmente a tutti gli ospedali del NHS una valutazione da 0 a 3 stelle in base al conseguimento di un comune set di indicatori. In particolare, i consigli di amministrazione dei Trust più performanti (star rating pari a 3) hanno avuto, dopo il 2003, la facoltà di definire le retribuzioni senza dover adeguarsi ai tetti definiti centralmente. Tutte le aziende sono infine tenute a pubblicare i livelli retributivi dei *senior manager* in un *remuneration report* allegato all'*annual report* aziendale.

La Figura 10.4 riporta i risultati di un'analisi complessiva dei livelli retributivi dei CEO degli Hospital Trust del NHS (Ballantine et al., 2008).

I dati evidenziano una elevata differenziazione delle retribuzioni riconosciute ogni anno ai CEO (si veda lo scostamento, ampio in progressivo aumento, tra retribuzione media e retribuzione massima), che è dovuta come anticipato sia alle diverse dimensioni/complessità dei Trust che ai diversi livelli di performance raggiunti.

Interessante è inoltre notare l'evoluzione nel tempo dei livelli retributivi medi, determinata, oltre che dalle correzioni per l'inflazione, dall'aumento delle

Figura 10.4 **L'evoluzione dei livelli retributivi dei CEO degli Hospital Trust del NHS – € PPA (1998-2005)**



Fonte: Elaborazione da Ballantine et al. (2008).

dimensioni medie dei Trust per effetto degli accorpamenti che hanno caratterizzato il NHS in questi ultimi anni (con una riduzione da 201 a 148 Trust nel periodo 2000-2005). Se le retribuzioni medie risultavano inferiori a quelli del SSN nel 2001, esse hanno raggiunto i livelli italiani nel 2004 e 2005. Tale trend è proseguito anche nel successivo periodo 2006-2010, come è possibile evincere da un' esplorazione degli *annual report* 2009 e 2010 attualmente pubblicati sui siti internet degli *Hospital Trust*.

10.6 Quadro di sintesi e proposte di policy

La tipologia contrattuale e il livello retributivo complessivo del management di un settore è una spia significativa che segnala la rilevanza e le aspettative assegnate alla funzione. Questo è particolarmente vero nelle aziende pubbliche, dove ciò è frutto di una autonoma decisione di *policy*. Un ordinato e credibile processo di aziendalizzazione dovrebbe configurare gli istituti contrattuali e i livelli retributivi per i Direttori Generali, Sanitari e Amministrativi delle aziende sanitarie pubbliche al fine di:

- ▶ attrarre e selezionare una classe dirigente competente e motivata;
- ▶ differenziare le ricompense in funzione dei livelli di complessità e criticità delle aziende dirette;
- ▶ adattarsi agli specifici modelli sanitari regionali;
- ▶ favorire la mobilità tra privato e pubblico e tra settori;
- ▶ incentivare la mobilità inter e intra-regionale, soprattutto per attrarre competenze manageriali nelle aree del Paese più deboli e nelle aziende con le performance più critiche.

Rispetto a questi fabbisogni, si rilevano invece formule contrattuali e livelli retributivi esistenti che:

- i.* osservano il livello retributivo del *top management* del SSN scendere in termini reali del 20% negli ultimi 10 anni ed essere spesso inferiore rispetto alle retribuzioni delle prime linee di management delle medesime aziende;
- ii.* favoriscono i dirigenti di ruolo del SSN (soprattutto se pensionati), mentre sfavoriscono significativamente manager che non abbiano un posto di lavoro a tempo indeterminato e quindi, tendenzialmente, i più giovani o i più imprenditoriali;
- iii.* comprimono l'autonomia regionale, a favore di un modello nazionale uniforme che non coglie le differenze di ruolo e di complessità che i distinti sistemi regionali assegnano alle specifiche posizioni manageriali (si pensi invece alla straordinaria variabilità retributiva che caratterizza il NHS britannico);

- iv. non differenziano retribuzione, incentivi o benefit tra le aziende di rilevanti dimensioni o complesse e quelle semplici, determinando un incentivo implicito verso le seconde e riducono le possibilità di percorsi di carriera intra-regionali;
- v. rendono straordinariamente più attraente lavorare per aziende sanitarie private, che garantiscono modalità contrattuali, livelli retributivi, incentivi e benefit largamente superiori; aziende che peraltro sono di norma più piccole e istituzionalmente meno complesse di quelle pubbliche;
- vi. non incentivano la mobilità interregionale, che ad oggi comporta un costo finanziario e umano a carico del manager.

Alla luce di queste considerazioni, è essenziale che il SSN modifichi e aggiorni le politiche contrattuali e retributive per il management delle aziende. Ovviamente, ciò assume un significato operativamente rilevante e politicamente simbolico solo se direttamente collegato al processo di managerializzazione delle aziende pubbliche. Risulterebbe invece di impatto estremamente modesto se si limitasse ad un mero incremento salariale.

Ogni Regione dovrebbe poter disporre di propri margini di autonomia nella definizione delle strategie retributive in funzione delle dimensioni della Regione stessa, della complessità delle aziende, del ruolo assegnato alle aziende stesse e delle performance complessive del sistema regionale. A titolo d'esempio, Regioni molto accentrate, che assegnano una modesta autonomia alle aziende, potrebbero prevedere livelli retributivi inferiori rispetto a Regioni che presentano sistemi profondamente radicati sull'autonomia aziendale. La singola Regione dovrebbe poi poter differenziare retribuzioni, premi e *benefit* in funzione delle complessità aziendali e delle performance raggiunte, definendo così anche più chiari percorsi di carriera per i manager sanitari.

Inoltre, gli schemi contrattuali dovrebbero offrire condizioni allineate a quelle di mercato e correlate con le dinamiche inflattive, e che offrano le medesime opportunità retributive e previdenziali indipendentemente dalla pre-esistenza di una posizione da dirigente pubblico di ruolo.

Infine, qualora si intendesse creare un mercato della dirigenza del SSN che a livello nazionale selezioni e faccia crescere i più meritevoli e capaci, allora risulterebbe rilevante ripensare al tema degli incentivi alla mobilità interregionale.

A queste riflessioni aggiungiamo l'auspicio, o forse il sogno, di aprire finalmente la finestra a manager internazionali, iniziando una reciproca contaminazione tra sistemi di *welfare*.

Bibliografia

- Ballantine J.A., Forker J. e Greenwood M. (2008), «The governance of CEO incentives in English NHS hospital trusts», *Financial Accountability and Management*, 24: pp. 385-410.
- Del Vecchio M. e Barbieri M. (2001), «I processi di valutazione dei direttori generali delle aziende sanitarie pubbliche», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, Milano, EGEA.
- De Pietro C. (2003), «Le retribuzioni nella sanità pubblica: una prima analisi quali-quantitativa in due aziende», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2003*, Milano, EGEA.
- De Pietro C. (2007), «Le retribuzioni nelle strutture ospedaliere pubbliche e private milanesi», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2007*, Milano, EGEA.
- De Pietro C. e Filannino C. (2008), «Composizione e retribuzioni del personale SSN nel 2006», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2008*, Milano, EGEA.
- Perry J. e Wise L.R. (1990), «The motivational bases of public service», *Public Administration Review*, 50 (3): pp. 367-373.