

PREFAZIONE

Tra i criteri di razionalità economica applicabili per il miglioramento dei processi di produzione e consumo tipici delle aziende sanitarie pubbliche, il principio di economicità rappresenta il fulcro intorno al quale ruota l'intera teoria economico-aziendale.

Nel settore sanitario pubblico, il contesto elettivo di questo lavoro, il perseguimento dell'economicità della gestione si realizza nell'ambito di un insieme di vincoli di sistema pubblico che, sebbene attenuato rispetto al passato, caratterizza l'agire delle aziende sanitarie e definisce gli spazi di azione formalmente rimessi al management aziendale.

In questo contesto, l'equilibrio economico-finanziario, ben lungi dal sintetizzare il principio di economicità, rappresenta un vincolo rispetto al perseguimento del fine economico immediato della soddisfazione dei bisogni di salute della popolazione attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie tempestive, efficaci e appropriate.

La misurazione, l'elaborazione e la sintesi delle informazioni contabili rivestono pertanto un ruolo funzionale rispetto alla capacità dell'azienda di perseguire l'economicità quale condizione che presiede al suo corretto funzionamento e al contemporaneo conseguimento di fini non economici, quali quelli normativi, etici e morali.

In questa ottica, la contabilità e il bilancio di esercizio divengono fenomeni organizzativi in grado dare forma agli interessi economici e non, che vengono per questa via legittimati e razionalizzati, nell'ambito di più ampio respiro della ricerca dinamica dell'equilibrio istituzionale.

Sebbene il tema degli equilibri aziendali e delle sintesi contabili nel settore sanitario pubblico non sia inedito, le parole del Prof. Hopwood all'*American Accounting Association* (2006) risuonano nei miei pensieri mentre mi accingo alla lettura del lavoro di Marco G. Rizzo: «*The very role of accounting research is in part to make both accounting and our knowledge of it different—to move forward our understandings of accounting and, at times, the practice of accounting itself [...]. There were then, there have been in the intervening period, and there are now people who think that they know what accounting [...] is. How wrong these people are*».

Con la consapevolezza del divenire della nostra conoscenza in materia contabile e nella convinzione della necessità di pensare a essa in modo originale e innovativo, non più – o non solo – come insieme di routine e di determinazioni quantitative, la contabilità e le sintesi di bilancio per le aziende sanitarie pubbliche divengono il mezzo per assicurare la *stewardship* e l'*accountability* istituzionale.

Proprio in quest'ottica si muovono le considerazioni di Marco G. Rizzo che, adottando un approccio di tipo *contingency*, colloca il bilancio di esercizio delle aziende sanitarie pubbliche nell'ambito delle specificità dei processi economici tipici delle aziende di cui si discute, che si riflettono nella peculiarità della struttura delle sintesi contabili e degli indici impiegati per l'apprezzamento degli equilibri aziendali. Il tutto subordinato alla consapevolezza che qualsivoglia disegno contingente è pur sempre condizionato dalle finalità del sistema contabile da esso declinato.

Da qui una serie di riflessioni rilevanti sulla natura simbolica o tecnica della contabilità e delle sintesi contabili nel settore sanitario pubblico, sui processi tipici del sistema politico che sono da un lato influenzati e dall'altro influenzano le informazioni contabili, sull'utilizzo della contabilità come *answer machine* o *learning machine* o ancora *ammunition machine* e sull'assonanza, vaga e talora fragile, tra equilibri contabili e performance nelle aziende sanitarie pubbliche e, più in generale, nelle diverse classi di istituti e aziende.

Manuela S. Macinati

INTRODUZIONE

Il processo di riforma del Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) ha portato al riconoscimento della dimensione aziendale degli istituti sanitari pubblici che – ispirandosi ai principi di uguaglianza, solidarietà e globalità – sono stati chiamati a perseguire i loro fini immediati operando secondo regole di condotta aziendale sintetizzate nel principio di economicità della gestione.

Il rispetto del principio dell'economicità della gestione per le aziende sanitarie pubbliche si riferisce all'equilibrio dinamico tra risorse impiegate per lo svolgimento dei processi economici tipici e la quantità e qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie erogate. Il perseguimento di questo obiettivo si realizza nell'ambito di un sistema di vincoli tipici del sistema pubblico che definiscono direttamente le finalità istituzionali delle aziende e una serie di variabili che influenzano il funzionamento e l'organizzazione interna delle aziende sanitarie pubbliche. Nel quadro complessivo dei vincoli generali e particolari si pone la questione relativa alla valutazione dell'economicità della gestione e delle performance aziendale che è strettamente collegata da un lato alla dimensione clinico-sanitaria riferita al raggiungimento degli obiettivi di salute prestabiliti dal legislatore, dall'altro agli aspetti quantitativi dei risultati e degli equilibri aziendali.

Sebbene il concetto di economicità sia certamente più ampio di quello di equilibrio economico-finanziario, a differenza di quanto accade nelle aziende di produzione dove l'equilibrio economico e i connessi equilibri finanziario e patrimoniale sono connaturati al fine economico immediato della generazione di remunerazioni monetarie e di altra specie, nelle aziende sanitarie pubbliche il vincolo di bilancio è stato posto dal legislatore quale condizione all'agire aziendale.

Nel contesto di più ampio respiro delineato dai provvedimenti di riforma che, alla luce del movimento del New Public Management hanno avviato il c.d. processo di aziendalizzazione del settore sanitario pubblico, l'affermazione dei principi di autonomia, razionalità economica e responsabilizzazione (*accountability*) ha attribuito alla dinamica dei valori economico-finanziari e alla loro rappresentazione nelle tavole di sintesi periodiche un ruolo

nuovo e significativo nell'ambito del processo di valutazione dell'economicità della gestione.

Sebbene le sintesi di bilancio attualmente in vigore per le aziende del Ssn offrano informazioni rilevanti riguardo alla dinamica economico, patrimoniale, finanziaria e monetaria delle aziende sanitarie pubbliche, per meglio identificare il potenziale informativo in esse contenuto e formulare dei giudizi il più possibile esaustivi sugli equilibri aziendali è necessario porre il bilancio d'esercizio a elaborazione tramite tecniche e strumenti specifici come ad esempio l'analisi di bilancio.

Sebbene l'analisi di bilancio abbia una tradizione consolidata nell'ambito degli studi di matrice economico-aziendale riferiti alle imprese, le specificità del settore sanitario pubblico richiedono un'opportuna declinazione degli strumenti, delle tecniche e dei processi interpretativi propri dell'analisi di bilancio al fine di adeguarli alle caratteristiche degli schemi di bilancio e alle specifiche finalità istituzionali perseguite dalle aziende sanitarie pubbliche, distinguendo per altro in funzione dei processi di produzione economica attuati dalla specifica tipologia di aziende che operano in seno al Ssn. L'analisi di bilancio così concepita, grazie alla predisposizione di opportuni quozienti, produce informazioni che supportano l'interpretazione della dinamica economica e dell'evoluzione della struttura patrimoniale e finanziaria delle aziende.

Si ricorda che le informazioni di carattere economico-finanziario prodotte con la tecnica dell'analisi di bilancio e i giudizi che ne conseguono sono certamente utili per una valutazione della capacità dell'azienda sanitaria di operare in condizioni di equilibrio, ma devono essere affiancate, come nelle altre classi di aziende di istituti, da informazioni di carattere non finanziario non direttamente desumibili dai documenti contabili. Ne consegue che la formulazione di un giudizio completo sull'economicità della gestione deve essere accompagnato, oltre che da valutazioni relative ai risultati economico-finanziari, clinici e assistenziali anche da un'opportuna considerazione dei risultati sociali interni ed esterni, competitivi e ambientali. Solo il conseguimento contemporaneo dei predetti risultati consente all'azienda sanitaria pubblica di creare valore operando in considerazioni di economicità a vantaggio dei molteplici *stakeholder*.

Il presente lavoro si articola in tre capitoli.

Il Capitolo 1 prende avvio richiamando i decreti di riforma del Ssn (D.Lgs. n. 502/1992 e 229/1999) che hanno creato i presupposti giuridici necessari affinché le aziende sanitarie pubbliche fossero messe in condizioni di perseguire la finalità del soddisfacimento dei bisogni di salute dei cittadini nel rispetto del criterio del razionale impiego delle risorse disponibili e dell'eco-

conomicità della gestione. A tal riguardo, a seguito del riconoscimento della dimensione aziendale degli istituti sanitari, le aziende sanitarie pubbliche sono analizzate in ottica economico-aziendale. Dopo una breve disamina della dottrina e della letteratura in materia, l'azienda sanitaria pubblica è descritta declinandone le variabili in cui si articola alla luce del modello generale di rappresentazione delle aziende. Infine, si presenta l'attuale configurazione dell'assetto istituzionale delle aziende sanitarie pubbliche, che è il risultato dei mutamenti di carattere economico, sociale e normativo intervenuti nel corso degli ultimi decenni.

Il Capitolo 2, alla luce dell'apparato concettuale di matrice economico-aziendale applicato alla realtà delle aziende sanitarie e presentato nel capitolo precedente, si apre richiamando il principio di economicità delle gestione; tale principio viene declinato con specifico riferimento ai processi economici, alle finalità istituzionali e ai vincoli di sistema che caratterizzano e influenzano l'operatività delle aziende sanitarie pubbliche. A seguire, il capitolo affronta la valutazione dell'economicità della gestione soffermandosi sul ruolo attribuito dal legislatore alle informazioni desumibili dalle sintesi di bilancio che consentono, anche se in modo parziale, un apprezzamento preliminare della dimensione economico-finanziaria dell'economicità. Consapevoli che la struttura, i contenuti e i principi di valutazione sottostanti la determinazione delle sintesi di bilancio influenzano gli apprezzamenti dell'economicità della gestione, il capitolo propone una disamina spazio-temporale degli effetti prodotti dall'evoluzione della normativa contabile per le aziende sanitarie pubbliche sulle sintesi di bilancio. In particolare, viene descritto il delicato passaggio dalla contabilità finanziaria a quella economico-patrimoniale esponendo i principali problemi di accettazione, di implementazione, le criticità e i limiti della normativa. Sono trattati altresì i diversi interventi del legislatore atti a migliorare l'attendibilità e la confrontabilità dei bilanci delle aziende sanitarie a livello inter-regionale nonché l'evoluzione e la disciplina dei diversi schemi di bilancio che si sono susseguiti nel tempo, fino ad arrivare all'attuale disciplina del bilancio delle aziende sanitarie pubbliche sancita con il D.Lgs. n. 118/2011. Con riferimento a quest'ultimo provvedimento, si presentano le specificità dell'intero impianto normativo ponendo particolare attenzione alla descrizione dei documenti che compongono le attuali sintesi di bilancio, dei principi di valutazione, delle integrazioni e deroghe alla normativa civilistica.

Infine, il Capitolo 3 presenta le tecniche e gli strumenti riferibili all'analisi di bilancio che consentono di procedere a un apprezzamento dell'economicità della gestione, almeno per la sua dimensione economica, valutando il grado di raggiungimento dell'equilibrio patrimoniale, finanziario ed econo-

mico della gestione. Il capitolo si pone due obiettivi. In primo luogo, descrive il processo di costruzione dei prospetti di riclassificazione delle tavole di sintesi e presenta e analizza la costruzione degli indici di bilancio ritenuti coerenti con le specificità delle aziende sanitarie pubbliche. In secondo luogo, propone una sintesi delle relazioni di interdipendenza tra le diverse dimensioni degli equilibri aziendali che possa contribuire a formulare apprezzamenti sistemici e integrati in merito all'andamento spazio-temporale della performance economico-finanziaria delle aziende sanitarie pubbliche.

CAPITOLO PRIMO

L'APPROCCIO ECONOMICO-AZIENDALE PER LE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE

SOMMARIO: 1.1. La dimensione “aziendale” degli istituti dei servizi sanitari pubblici. – 1.2. Un modello per lo studio delle aziende sanitarie. – 1.3. La struttura e gli organi di governo del Servizio Sanitario Nazionale. – 1.4. L’evoluzione normativa del Servizio Sanitario Nazionale. – 1.4.1. La tutela della salute prima dell’istituzione del Ssn. – 1.4.2. L’istituzione del Ssn.

1.1. *La dimensione “aziendale” degli istituti dei servizi sanitari pubblici*

Tra la metà degli anni Ottanta e degli anni Novanta il settore della pubblica amministrazione¹ di diversi Paesi europei (Regno Unito, Stati Uniti, Nuova Zelanda, Francia, Italia, ecc.) è stato oggetto di un processo di modernizzazione che ha modificato il funzionamento e l’organizzazione dei rispettivi enti che lo costituivano². Le caratteristiche ricorrenti delle riforme avvenute nei diversi

¹ L’amministrazione pubblica secondo BORGONOVÌ (2002, p. 45) è intesa come «l’attività attuata per garantire il funzionamento delle diverse forme di organizzazione politica di una popolazione su un territorio». Tale definizione comprende il complesso delle attività esercitate dai vari istituti pubblici presenti in un territorio, diretti a definire e far rispettare le regole su cui si fonda l’organizzazione politica di un paese, nonché, in quanto rappresentativi della comunità nella quale operano, ad interpretare e tutelare gli interessi generali sentiti dalla stessa comunità. Nello specifico contesto italiano, la pubblica amministrazione comprende l’attività svolta dai cosiddetti istituti territoriali, come lo Stato e gli enti locali (Regioni, Province e Comuni), e l’attività di tutte le unità, siano anch’esse enti territoriali e non, gestite e controllate secondo varie modalità dai primi. Per approfondimenti sulla definizione e classificazione delle aziende e delle amministrazioni pubbliche si rinvia a: L. ANSELMI, *Il processo di trasformazione della pubblica amministrazione. Il percorso aziendale*, Giappichelli, Torino, 1995a.

² Il processo di riforma del settore pubblico ha riguardato molti paesi dell’Ocse. Tra questi si ricordano innanzitutto i promotori della modernizzazione amministrativa, ossia, il Regno Unito, con l’attuazione dei programmi *Next step* e *Financial Management*. Per un approfondimento sulle origini del paradigma del Npm: G. RUENING, *Origin and Theoretical basis of New Public Management*, in *International Public Management Journal*, n. 4, 2001.

contesti nazionali sono state sistematizzate e ricondotte ad unità sotto la denominazione di New Public Management³ (Npm). Si ritiene che il Npm abbia favorito il miglioramento dell'amministrazione pubblica attraverso l'introduzione di principi teorici e strumenti operativi di ispirazione privatistica (da cui il termine "aziendalizzazione") (Ferlie, Ashburner, Fitzgerald, Pettigrew, 1996).

³ Il Npm trova origine in differenti teorie sviluppatesi nel corso del ventesimo secolo, dirette a spiegare le cause che stanno alla base di una maggiore inefficienza e inefficacia dell'attività svolta dalla pubblica amministrazione rispetto all'attività dell'impresa privata, con la quale viene sempre più confrontata, e a proporre delle possibili soluzioni al problema. Fra queste teorie, appare opportuno ricordare, nello specifico, le tesi sostenute dalla teoria dei diritti di proprietà, dalla teoria della *Public Choice* e dalla teoria dell'Agenzia. La teoria dei diritti di proprietà individua nella struttura proprietaria di tipo collettivo dell'azienda pubblica, e quindi nell'assenza in questa della spinta imprenditoriale verso l'eccellenza, associata al rischio d'impresa, la causa della sua minore efficienza ed efficacia rispetto all'organizzazione privata. Come soluzione a tale divario la teoria della proprietà propone, pertanto, la privatizzazione delle aziende pubbliche. La teoria della *Public Choice*, invece, attribuisce l'inefficienza e l'inefficacia della gestione pubblica alle caratteristiche dell'ambiente istituzionale in cui si svolge l'attività umana, ossia, all'assenza di concorrenza fra le aziende, alla mancanza della fase gestionale dello scambio, allo scarso significato economico attribuito al prezzo. Tali peculiarità, secondo la teoria in oggetto, rendono difficile, per il sistema umano che opera nell'azienda, orientare la gestione verso obiettivi di efficacia e di economicità. La teoria della *Public Choice*, quindi, per il miglioramento delle performance dell'amministrazione pubblica, sostiene la riproduzione di un contesto competitivo di quasi-mercato, tale da ricreare in ambito pubblico un processo decisionale tipico dell'azienda privata, maggiormente orientato alla dimensione economica della gestione. L'inefficacia e l'inefficienza della gestione pubblica rispetto alla gestione privata viene spiegata anche attraverso la teoria dell'Agenzia. Secondo tale teoria, nel rapporto (definito appunto di agenzia) tra un soggetto, denominato agente, che opera per conto di un altro soggetto, denominato principale, esiste un'asimmetria informativa a vantaggio del primo che potrebbe essere utilizzata da questo per raggiungere dei fini personali, diversi da quelli del principale. Per quest'ultimo, pertanto, si pone il problema di controllare l'operato del proprio agente. L'asimmetria informativa tra i due soggetti e il controllo che il principale deve esercitare sull'operato dell'agente genera i cosiddetti costi di agenzia. In ambito pubblico il rapporto descritto è presente tra la comunità (principale) e l'organo politico (agente), tra l'organo politico (principale) e i manager (agenti). I costi di agenzia costituiscono per la teoria esaminata la causa della minore efficacia ed efficienza della gestione pubblica rispetto alla gestione privata. Per la riduzione di tale inefficacia ed inefficienza appare necessario, pertanto, creare dei meccanismi che incentivino l'agente ad agire nell'interesse del principale, ossia, dei meccanismi diretti ad allineare gli obiettivi del primo agli obiettivi del secondo. Sulle teorie dei diritti di proprietà, della *Public Choice* e dell'*Agency theory* si vedano rispettivamente: A.A. ALCHIAN, *Elementi per una teoria economica dei diritti di proprietà*, in *Problemi di Amministrazione Pubblica*, n. 13, 1989; H. DEMSETZ, *Toward A Theory Of Property Rights*, in *American Economic Review*, n. 57, 1967; J. DENIS, *Financial reporting by the Government of Canada*, in *CMA Magazine*, n. 67, 1993; J. BUCHANAN, *The Public Choice Perspectives*, in *Economia delle Scelte pubbliche*, n. 1, 1983; R. REES, *The Theory of principal and agent*, in *Bullettin of Economic Research*, n. 37, 1985.

Anche in Italia, il Npm ha portato a specifici piani e programmi di riordino⁴ dell'apparato pubblico in diversi settori⁵. Con riferimento al settore sanitario, a partire dal 1992 il Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) è stato riformato da una serie di provvedimenti⁶ legislativi (tra i principali: il D.Lgs. n. 502/1992, il D.Lgs. n. 517/1993 e il D.Lgs. n. 229/1999⁷) costruiti intorno alla necessità di restituire al sistema la capacità di operare in condizioni di efficienza, economicità⁸ e funzionalità⁹. L'intero impianto normativo è ri-

⁴Se si entra nel dettaglio il Npm riflette il passaggio dal modello tradizionale di amministrazione della "cosa pubblica", basato sulla burocrazia e sul controllo verticistico e centralizzato, a un sistema di gestione delle amministrazioni pubbliche informato a logiche proprie di qualsiasi soggetto che svolge attività economica. Tra i cambiamenti più rilevanti è possibile ricordare: • la concessione di più ampi spazi di autonomia alle aziende e ai manager rispetto ai poteri politici; • la modifica delle modalità di svolgimento dei processi decisionali; • l'introduzione di sistemi di responsabilizzazione economica e finanziaria a livello di singole aziende; • la diffusione di nuovi modelli e tecniche di gestione anche nell'area della fornitura dei servizi pubblici nella quale sono state introdotte nuove forme istituzionali ben lontane dal controllo diretto degli organi elettivi; • l'attribuzione di molte responsabilità dal livello centrale a quello regionale; • la semplificazione delle procedure amministrative; • la modifica del sistema di responsabilità del management pubblico in direzione di una maggiore attenzione ai risultati effettivamente prodotti; • la maggiore flessibilità introdotta nei rapporti di pubblico impiego.

⁵Per un approfondimento sui diversi ambiti in cui è intervenuto il Npm si veda: M. MENEGUZZO, *New Public Management e modelli innovativi di programmazione e controllo interistituzionale della spesa pubblica*, in M. MENEGUZZO, *Managerialità, Innovazione e Governance. La Pubblica Amministrazione verso il 2000*, Aracne, Roma, 2001. Per una descrizione e una valutazione critica del processo di riforma della PA si rinvia, tra gli altri, a: G. REBORA, *Un decennio di riforme: nuovi modelli organizzativi e processi di cambiamento delle amministrazioni pubbliche (1990-1999)*, Guerini e Associati, Milano, 1999; L. ANSELMINI (1995), *Il processo di trasformazione della pubblica amministrazione. Il percorso aziendale*, cit., p. 1.

⁶REA (2006, p. 33) individua tra i limiti applicativi più rilevanti della riforma in esame: (i) «i conflitti istituzionali che si sono manifestati tra lo Stato e alcune importanti Regioni; (ii) le reiterate lamentele dei Comuni, grandi e piccoli, lasciati fuori da ogni decisione riguardante la tutela della salute dei cittadini; (iii) la differente articolazione istituzionale e gestionale assunta dai diversi sistemi sanitari regionali in seguito alle normative regionali successive alla riforma; (iv) le difficoltà emerse, in vari contesti regionali, nei procedimenti di nomina e revoca dei Direttori Generali delle aziende sanitarie; le esigenze di maggiore autonomia decisionale e gestionale più volte manifestate dai direttori generali delle aziende sanitarie; ecc.». Per approfondimenti si rinvia a: M. REA, *Il modello aziendale in sanità. Percorsi evolutivi, primi risultati e nuove prospettive*, Aracne Editrice, Roma, 2006.

⁷I cambiamenti più significativi realizzati dal D.Lgs. n. 229/1999 sono presentati nel paragrafo 1.4.

⁸Come si avrà modo di approfondire più avanti, per economicità si intende «la capacità mantenuta nel lungo periodo di soddisfare i bisogni considerati di pubblico interesse dalla comunità facendo affidamento su un flusso di ricchezza "fisiologico", ossia considerato eco-

conducibile, seppur in modo non sempre pienamente efficace e lineare, ai principi di «aziendalizzazione»¹⁰ e «regionalizzazione»¹¹.

In ottica economico-aziendale il Ssn può essere inteso come un insieme di “istituti” che, ispirandosi ai principi di uguaglianza, solidarietà e globalità, si propongono di perseguire le specifiche finalità istituzionali¹² mediante il coordinamento, l’organizzazione e la combinazione delle risorse messe a disposizione dalla collettività. Il concetto di istituto è il fulcro intorno al quale ruota la dottrina economico-aziendale italiana¹³. L’istituto è stato definito da

nomicamente sopportabile e socialmente accettabile dalla comunità stessa (tributi, prezzi dei servizi, proventi extratributari, ricorso al prestito in dimensioni tali da conservare la capacità di restituzione)» (BORGONOVÌ, 2002, p. 92).

⁹ Per funzionalità dell’azienda si intende il rapporto tra la quantità e la qualità delle risorse impiegate e il conseguimento delle finalità istituzionali. Per approfondimenti si rimanda a: G. AIROLDI-G. BRUNETTI-V. CODA, *Economia aziendale*, Il Mulino, Bologna, 1994.

¹⁰ Come osserva DEL VECCHIO (2000, p. 217) la realtà dell’aziendalizzazione riflette l’«abbandono del paradigma burocratico-amministrativo secondo il quale il quadro normativo (inteso nella sua accezione più vasta) predefinisce ciò che deve essere fatto, ma soprattutto come deve essere fatto, per il modello aziendale nel quale il management si assume la responsabilità di condurre l’azienda verso il raggiungimento delle sue finalità nel rispetto di un quadro di vincoli (limitazioni) più o meno stretto. Il primo passo verso l’aziendalizzazione degli istituti sanitari pubblici si è avuto con l’attribuzione della qualifica di aziende alle Unità Sanitarie Locali e lo scorporo da esse degli ospedali di maggiori dimensioni con parallela loro costituzione in aziende (art. 4 del D.Lgs. n. 502/1992, modificato dal D.Lgs. n. 229/1999). In questo modo, le Usl e taluni loro presidi vennero a perdere la loro connotazione di mere strutture operative di pertinenza di altre entità (così come previsto dalla Legge n. 833/1978) per divenire giuridicamente autonome.

¹¹ Il processo di “regionalizzazione” avviato dal D.Lgs. n. 502/1992 è stato confermato e rafforzato dal successivo D.Lgs. n. 229/1999 anche in virtù del D.Lgs. n. 112/1998 (c.d. Legge Bassanini due) che prevede il “conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni ed agli Enti locali”. La scelta di procedere lungo la via della regionalizzazione è giustificata dalla volontà di decentrare a un livello più vicino ai cittadini e ai loro reali bisogni una serie di competenze che hanno un impatto sulla vita reale della popolazione, pur mantenendo a livello centrale la regia e il monitoraggio dell’intero sistema sanitario. Per una trattazione approfondita dei principi di «aziendalizzazione» e «regionalizzazione» cui le riforme si ispirano, si rinvia a: G. FATTORE, *Cost containment and reforms in the Italian National Health Service*, in E. OSSIALOS.-J. LE GRAND (a cura di) *Health care and cost containment in the European Union*, Ashgate, Aldershot, 1999.

¹² Le finalità generali dell’istituto sono riconducibili al soddisfacimento dei bisogni umani, i fini particolari variano in funzione delle quattro grandi classi di istituti riconosciute dalla dottrina (MASINI, 1979).

¹³ Secondo BORGONOVÌ (2003) l’istituto consente: (i) di costruire teorie che non sottovalutino la contemporanea presenza e le influenze reciproche tra fini economici e non economici nella partecipazione delle persone all’istituto; (ii) tenere separati i fini delle aggregazioni umane create per il soddisfacimento dei bisogni dei membri dalle altre dimensioni rilevan-

Zappa (1927; 1957) come un'entità durevole che svolge una serie di attività coordinate allo scopo di acquisire, produrre o consumare beni allo scopo di soddisfare i bisogni umani¹⁴.

La dottrina riconosce quattro grandi classi di istituti (Masini, 1979): le imprese¹⁵, le famiglie¹⁶, gli istituti non profit¹⁷ e gli istituti della pubblica amministrazione¹⁸. Gli istituti sanitari¹⁹ del Ssn rientrano nella categoria degli istituti pubblici. Pertanto, in questo lavoro, l'istituto sanitario pubblico

ti per il funzionamento dell'istituto stesso; (iii) ricondurre a unità, coordinata e durevole, l'insieme degli accadimenti economici che in questo modo possono divenire fenomeno aziendale; (iv) qualificare le condizioni, i vincoli e le regole formali e sostanziali che presiedono allo sviluppo dei processi decisionali di azienda e alla configurazione delle relazioni tra le persone i cui interessi convergono nell'istituto.

¹⁴Le persone che fanno parte degli istituti svolgono attività economica ovvero, l'attività di produzione e consumo di beni economici privati e non. Per approfondimenti si rimanda a: G. AIROLDI-G. BRUNETTI-V. CODA, *Economia aziendale, op. cit.*, p. 4.

¹⁵Le imprese sono istituti tipicamente economici (ma non esclusivamente) e il loro fine economico immediato è quello di assicurare una remunerazione congrua dei due principali fattori di produzione (capitale e lavoro) e di rispondere alle aspettative dei diversi portatori di interesse (AIROLDI-BRUNETTI-CODA, 1994).

¹⁶Le famiglie hanno come obiettivo immediato il soddisfacimento dei bisogni attuali e futuri dei membri della famiglia (AIROLDI-BRUNETTI-CODA, 1994).

¹⁷Gli istituti non profit sono tenuti a perseguire obiettivi legati al soddisfacimento dei bisogni degli associati e degli utenti e alla remunerazione dei prestatori di lavoro. Gli istituti non profit presentano natura giuridica privata che, a differenza delle imprese, non prevedono la possibilità di distribuire l'eventuale utile e il patrimonio tra i membri (AIROLDI-BRUNETTI-CODA, 1994).

¹⁸I fini economici immediati degli istituti pubblici, nei quali rientrano quelli sanitari, sono riconducibili all'appagamento dei bisogni pubblici della collettività di riferimento e la remunerazione dei prestatori di lavoro. Gli istituti pubblici finanziano la loro attività mediante la raccolta dei tributi e la loro dimensione economica si sostanzia nello svolgimento di processi di produzione di beni pubblici, consumo degli stessi. Gli istituti pubblici possono presentare caratteristiche di specie diversa: sociali, etiche, religiose e politiche (AIROLDI-BRUNETTI-CODA, 1994).

¹⁹Gli istituti sanitari pubblici secondo REBORA (1999) rientrano nella categoria di "enti e agenzie strumentali" quali gli enti pubblici non economici, insieme a consorzi ed enti a livello provinciale e comunale insieme. Gli altri istituti pubblici possono essere stati e classificati in: (i) Istituzioni politico-rappresentative e loro articolazioni operative quali Stato, Regioni, Provincie e Comuni; (ii) Autorità indipendenti e autonomie funzionali, designando con quest'ultima espressione istituti pubblici quali università, camere di commercio, istituti scolastici, che si distinguono per operare tendenzialmente come libera istituzione capace di auto-orientarsi nel perseguire la propria missione, senza subire uno stretto coordinamento da parte di enti territoriali di riferimento; (iii) Imprese controllate o partecipate dalle istituzioni politico-rappresentative quali enti economici e società pubbliche che intervengono nei grandi servizi pubblici o aziende speciali e società a partecipazione di enti locali (REBORA, 1999).

è considerato nella sua dimensione economica ovvero, in qualità di soggetto che svolge attività di produzione e consumo di prestazioni sanitarie. L'attività di produzione si sostanzia nella combinazione di risorse economiche messe a disposizione dei cittadini soprattutto attraverso la tassazione, di conoscenze scientifiche, di professionalità e di tecnologie per l'ottenimento di prestazioni sanitarie²⁰. Andando nello specifico, la dimensione economica degli istituti sanitari è l'azienda²¹ cioè, l'insieme degli accadimenti economici relativi alla produzione e al consumo²² (Airoldi, Brunetti e Coda, 1994). La dottrina economico-aziendale ha individuato quattro tipologie²³ di

²⁰ Come per tutti gli altri istituti pubblici anche in quelli sanitari si rileva la contemporanea presenza di processi di produzione e di consumo. Quest'ultima circostanza, è uno degli aspetti che caratterizza le aziende sanitarie pubbliche e si riflette nel rapporto tra fini istituzionali posti dal livello istituzionale o di governo competente e modalità strumentali per il raggiungimento degli stessi (BORGONVI, 2002).

²¹ La dottrina economico aziendale presenta diverse definizioni di azienda che possono essere ricondotte a unità individuando i caratteri essenziali che ne costituiscono l'essenza. ZAPPA (1957) osserva che l'azienda è «istituto economico atto a perdurare che, per il soddisfacimento dei bisogni umani, compone e svolge in continua coordinazione, la produzione o l'acquisizione e il consumo della ricchezza». In particolare, secondo VIGANÒ (1997, p. 655) si può parlare di azienda nel momento in cui sussistano le seguenti caratteristiche: «se: 1) attua processi economici di acquisizione, di produzione, di scambio e di erogazione misurabili o meno monetariamente; 2) c'è gestione per operazioni e funzioni; 3) è composta di beni e di persone (si forma un patrimonio); 4) c'è coordinazione spazio-temporale (sistema); 5) si pone finalità mutevoli; 6) con la sua attività soddisfa automaticamente bisogni umani di natura economica; 7) è autonoma e duratura; 8) tende all'efficienza del suo funzionamento; si pone obiettivi che tende a conseguire (efficacia); 9) vi è un'innata componente di rischio: esterna (mercato e ambiente), interna; 10) vi è un soggetto economico, specifico e consapevole, in grado di incidere sul funzionamento e sulle finalità dell'azienda senza peraltro sovvertirne la forza di esistenza autonoma; 11) vi è una *governance* in diretto rapporto con la proprietà; 12) c'è una regolamentazione giuridica esplicita per il suo vestito; 13) segue regole di condotta (etica)». Secondo VIGANÒ (1997, p. 633), infatti, «non ogni attività economica all'interno di un istituto assume necessariamente a dignità di azienda, se non si verificano tutte le condizioni che la devono caratterizzare e che vanno individuate. Ciò significa che non è detto che in ogni istituto (nel senso di complesso di attività umane) si debba celare necessariamente un'azienda, anche quando sia presente un'attività economica»

²² ZAPPA (1962) definisce l'azienda quale «economia ordinata a unità, unità economica, ossia che, nel suo divenire, si svolge in autonomia e procede continuamente, secondo non effimeri ordinamenti, per fini di carattere non transitorio. Ecco l'azienda propriamente considerata come una economia per sé stante, o come individualità economica». ONIDA (1971) si sofferma sul concetto che «l'azienda, contemplata sia nella gestione che nell'organizzazione, si presenta come mobile complesso o come sistema».

²³ La dottrina ha individuato diversi criteri di classificazione delle aziende che vale la pena riprendere. Ad esempio, BESTA (1922), ZAPPA (1954) e MASINI (1968) hanno posposto il criterio che si su fini perseguiti della aziende. Gli studiosi individuano tre classi di aziende

aziende una per ogni classe di istituto²⁴: l'azienda familiare, l'azienda di produzione²⁵, l'azienda composta pubblica²⁶ e l'azienda non profit (Masini,

(le aziende di consumo e patrimoniali familiari, le aziende di produzione, le aziende pubbliche) in relazione ai fini immediati perseguiti da ciascuna classe di istituto, giunge alla conclusione che anche all'interno della pubblica amministrazione si svolgono rilevanti, anche se non prevalenti, processi di produzione. Altri studiosi, tra gli altri ONIDA (1971), CASSANDRO (1979) e AZZINI (1974) hanno classificato le aziende in base all'oggetto dell'attività svolta. Secondo ONIDA (1971, pp. 6-11), le aziende di erogazione sono quelle «che si occupano direttamente e durevolmente di soddisfare il complesso di bisogni umani [...] e, a tal fine, provvedono ad impiegare convenientemente la ricchezza che da esse proviene da una o più fonti. [...]». (Le aziende di produzione sono) quelle che non si occupano di soddisfare i bisogni di determinati soggetti nel modo più rispondente alle esigenze ad ai gusti degli stessi ma limitano il proprio compito alla produzione, per il mercato, di beni o servizi di natura economica. [...]. (Sono aziende composte) quelle nelle quali l'azienda di erogazione è intimamente collegata in una sola economia complessa e solidale, ad una o più aziende di produzione». CASSANDRO (1979, pp. 1-2) osserva che «nei primordi della civiltà, gestione produttrice e gestione erogatrice si attuavano nella medesima unità economica [...] che era insieme azienda produttrice e consumatrice. Col progredire della civiltà, [...] le due gestioni si separano e vengono attuate da unità economiche distinte: le aziende di produzione e le aziende di erogazione. [...]». La scissione tra le due gestioni non è sempre netta. Vogliamo cioè, dire che nell'ambito della stessa azienda si attuano talora processi di produzione accanto a processo di erogazione dando luogo ad aziende che furono dette composte». AZZINI (1974, p. 30), applicando la distinzione tra aziende originarie e derivate, evidenzia che «le aziende possono essere classificate con riferimento alla specie dell'attività da esse svolte. [...]». Si è già messo in evidenza che oggetto delle aziende originarie è l'acquisizione della ricchezza e il consumo della ricchezza per il soddisfacimento dei bisogni umani e oggetto delle aziende derivate la produzione di beni e servizi. Con riferimento a tale carattere le prime sono denominate aziende di consumo o anche [...] aziende di erogazione. Le seconde sono denominate aziende di produzione o [...] imprese».

²⁴ Secondo MASINI (1968, p. 69), «si distinguono vasti gruppi di aziende che sono correlate a tre grandi classi di fini economici di istituto: 1) il fine immediato di appagamento dei bisogni privati delle persone nella famiglia e nella promozione sociale delle persone medesime [...]. 2) il fine immediato [...] del procacciamento di remunerazioni monetarie anche complesse [...]. 3) il fine immediato della produzione di "beni pubblici" e di collegate remunerazioni monetarie ai prestatori di lavoro ed eventualmente ai conferenti di mezzi monetari».

²⁵ Secondo ZAPPA infatti (1954, p. 2) «con riferimento al fine generale immediato perseguito, le aziende si distinguono in aziende di produzione e di erogazione. Le aziende di produzione, comunemente chiamate imprese, perseguono [...] la produzione della ricchezza per trarne lucro. [...]». Le aziende di erogazione creano direttamente, con l'erogazione o con la spesa di consumo, l'appagamento dei bisogni umani individuali e collettivi, previo procacciamento dei beni a ciò occorrenti».

²⁶ Ad esempio BORGONOVÌ (2002) individua nel termine "azienda pubblica" «il termine-concetto di ordine generale utilizzato dalla dottrina con riferimento ai processi economici di enti pubblici territoriali e non territoriali nei quali almeno una parte delle risorse finanziarie è ottenuta non tramite il corrispettivo dei servizi ceduti, ma tramite tributi, contributi e/o altre

1979). Ne consegue che l'azienda sanitaria pubblica (o azienda sanitaria composta pubblica) è l'ordine strettamente economico dell'istituto sanitario pubblico cui fa riferimento, in cui il soggetto economico²⁷ è pubblico²⁸. Il termine "azienda sanitaria"²⁹ è impiegato nel linguaggio comune e la sua diffusione è collegata al c.d. processo di aziendalizzazione precedentemente

forme di prelievo obbligatorio». MULAZZANI (1990) definisce l'azienda pubblica come un «sistema economico organizzato volto alla produzione di beni e servizi pubblici ed ha come finalità principale quella di soddisfare la domanda di beni e servizi pubblici che una determinata collettività manifesta in un determinato territorio e in un certo tempo e si caratterizza per un'ampia confluenza di interessi, talvolta contrasti, rispondenti a principi e finalità diverse, comunque volti al soddisfacimento dei bisogni umani». Riprendendo una nota classificazione di ZANGRANDI (1994) è possibile distinguere le aziende pubbliche in aziende di produzione, di consumo e composte. Le aziende pubbliche di produzione sono quelle nelle quali si attuano processi di produzione di beni e servizi che vengono ceduti sul mercato dietro il corrispettivo di un prezzo, normalmente un prezzo amministrato, che permette di remunerare i fattori di produzione. Nelle aziende pubbliche di consumo, diversamente, i servizi prodotti non sono erogati dietro il corrispettivo di un prezzo. In tali aziende, le entrate derivano tipicamente da tributi e da trasferimenti di fondi da parte di altri soggetti pubblici. Le aziende composte sono quelle nelle quali si presentano contemporaneamente le attività di produzione e consumo.

²⁷ Secondo quanto riporta AIROLDI, BRUNETTI E CODA (1994, p. 96): «negli istituti pubblici il soggetto economico è composto da tutte le persone membri della corrispondente comunità politico-amministrativa; le stesse persone compongono il soggetto economico; uno speciale insieme di membri del soggetto economico, di regola in gran parte compresi nel primo, è dato dai prestatori di lavoro dell'azienda composta pubblica corrispondente all'istituto».

²⁸ I fini economici immediati degli istituti pubblici, nei quali rientrano quelli sanitari, sono riconducibili all'appagamento dei bisogni pubblici della collettività di riferimento e la remunerazione dei prestatori di lavoro (AIROLDI-BRUNETTI-CODA, 1994).

²⁹ In particolare, nella formulazione originaria dell'art. 3, comma 1, D.Lgs. n. 502/1992 si impiega per la prima volta la qualifica di "azienda" per far riferimento alle Unità sanitarie locali. Nell'art. 3, comma 1, D.Lgs. n. 502/1992 il legislatore afferma che «L'unità sanitaria locale è azienda dotata di personalità pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica». Anche linee guida 2/1996 emanate dell'allora Ministero della Sanità sostengono come la normativa si limiti a riconoscere la natura aziendale alle aziende sanitarie pubbliche e, coerentemente, a richiamare quel nucleo di principi di ispirazione economico-aziendale applicabili a qualsiasi istituto che svolge attività economica (economicità, autonomia, ecc.). In particolare, esse sottolineano che «la natura aziendale dei nuovi soggetti istituzionali è ribadita da numerose disposizioni che attengono al finanziamento della Usl [...] e dell'Azienda ospedaliera [...] e all'obbligo del pareggio di bilancio [...]. La qualificazione aziendale è resa più forte dal richiamo dei principi della legge 142/1990 (contenuto nella Legge n. 421/1992), per effetto del quale transitano nell'ordinamento delle aziende sanitarie i principi gestionali concernenti le aziende speciali (autonomia imprenditoriale, attribuzione della responsabilità gestionale al Direttore, uniformazione della gestione a criteri di efficienza, efficacia ed economicità, obbligo del pareggio di bilancio, equilibrio tra costi e ricavi)».

accennato. Come osservato da Macinati, (2008, p. 44) «i diversi provvedimenti di riforma si sono solo limitati a riconoscere una realtà preesistente³⁰» in quanto il riconoscimento della dimensione aziendale degli istituti sanitari trae origine dal manifestarsi dei caratteri di aziendalità³¹ (autonomia³², uni-

³⁰La letteratura specializzata concorda sul fatto che, il tardivo riconoscimento della dimensione aziendale degli istituti sanitari pubblici ha infatti favorito il consolidamento del modello burocratico. Come osserva BORGONOVÌ (2002, p. 166), «Nella realtà dell'amministrazione pubblica la strumentalità dell'attività aziendale è stata a lungo negata ed è stata riconosciuta solo recentemente, il che ha favorito il consolidamento di principi organizzativi a forte connotazione istituzionale consolidati in modo compiuto e organico nel modello burocratico». Tra le conseguenze maggiormente significative del modello burocratico è possibile ricordare (BORGONOVÌ, 2002): (a) scarsa attenzione ai risultati da ottenere a seguito dello svolgimento dei processi amministrativi a seguito di: – elevato interesse verso le modalità di realizzazione delle singole operazioni. Possono darsi situazioni nelle quali le singole operazioni che compongono i processi vengono svolte in modo tecnicamente efficiente, ma non consentono di ottenere il risultato necessario alla soddisfazione del bisogno. Non sono rari i casi di sequenze irrazionali di compiti che, sebbene svolti singolarmente in maniera ineccepibile, danno vita a dei circoli viziosi che rallentano, quando addirittura non impediscono, la soddisfazione del bisogno pubblico; – elevata importanza attribuita all'atto formale. Ciò ha determinato situazioni nelle quali la struttura organizzativa si è formata per sedimentazioni successive a causa dell'attribuzione di competenze per "atto formale" piuttosto che per "risultati" da conseguire; (b) utilizzo disfunzionale della struttura organizzativa. All'aumento della complessità e delle dimensioni, la struttura organizzativa: – è stata "allungata" verticalmente dando vita a quella che viene definita struttura organizzativa "a canne d'organo". Poiché i diversi processi, anche qualora concorrano a determinare un certo risultato, sono considerati autonomi l'uno dall'altro, l'esigenza di coordinamento tra gli stessi viene risolta creando nuovi livelli gerarchici cui è demandato il compito di armonizzare, coordinare e garantire la coerenza tra compiti e mansioni sottostanti. Ciò ha determinato una struttura organizzativa ipertrofica caratterizzata dalla dominanza delle posizioni gerarchiche di coordinamento destinate a garantire il funzionamento di un sistema "ripiegato su se stesso"; – è stata impiegata per far fronte alla sostanziale assenza di sistemi operativi di gestione del personale che garantissero un avanzamento di carriera su base meritocratica, nonché alla difficoltà operare modifiche alla pianta organica.

³¹Il concetto di aziendalità è stato originariamente elaborato da GIANNESI il quale individua negli stati di ordine combinatorio, sistematico e di composizione tra forze aziendali e ambientali gli elementi guida al riconoscimento dei caratteri aziendali. Riprendendo il pensiero di GIANNESI (1961), ANSELMÌ (1995) identifica alcune grandi tematiche su cui verificare i caratteri di aziendalità delle aziende pubbliche: l'autonomia gestionale, l'economicità (e quindi, tra l'altro, l'efficienza), la durabilità, la responsabilità (e quindi la trasparenza e la controllabilità da parte dei cittadini). Sul tema dell'aziendalità in ambito sanitario, e in particolare sul grado di aziendalità quale misura del manifestarsi del fenomeno aziendale nelle case di cura, si veda: C. CARAMIELLO, *Il grado di "aziendalità" delle case di cura*, Curzi, Pisa, 1965.

³²Si consideri tra i caratteri di aziendalità quello di autonomia. Il concetto di autonomia richiama l'«autonomia di volere» (ZAPPA 1957, p. 74). Tale concetto, elaborato con riferimento alle imprese, non può essere acriticamente trasposto alle aziende pubbliche, poiché, in

tà, economicità, durabilità, responsabilità) che qualificano le altre tipologie gli istituti³³ (Giannessi, 1961; Anselmi, 1995a; Bruni, 1999).

1.2. *Un modello per lo studio delle aziende sanitarie*

L'azienda sanitaria pubblica può essere analizzata facendo riferimento alle variabili che la compongono mediante l'ausilio del modello proposto da Airoldi, Brunetti e Coda (1994) che interpreta l'azienda stessa come un sistema³⁴. Le variabili che determinano il grado di funzionalità di una qualsia-

caso contrario, si giungerebbe a negarne la rilevanza. Infatti, le aziende pubbliche, operano in contesto che variamente incide sull'autonomia di cui godono. A tale proposito, ZANGRANDI (1994) individua quattro ambiti in cui può esplicarsi l'autonomia delle aziende pubbliche: (i) nelle modalità di gestione dei servizi; (ii) nella scelta del tipo di servizio da erogare; (iii) nell'individuazione dell'organizzazione del lavoro più coerente con le specificità strategiche; (iv) nell'acquisizione delle risorse. Come osserva lo stesso ZANGRANDI (1994, p. 25) «in realtà in nessun ente pubblico la libertà d'azione è così vasta da poter determinare tutte queste variabili, anzi il legislatore spesso per aumentare l'omogeneità dei comportamenti riduce le specifiche possibilità. L'autonomia comunque permette, pur nell'ambito dei vincoli, scelte molto differenziate che producono modelli di gestione differenziati e che possono anche produrre risultati differenziati». Anche, l'art. 3, comma 1, D.Lgs. n. 502/1992, nella sua formulazione originaria, prevede che «L'unità sanitaria locale è azienda dotata di personalità pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica».

³³ Per verificare i caratteri di aziendalità degli istituti pubblici GIANNESI (1964, 1961) e ANSELMI (1995) identificano: l'autonomia gestionale, l'economicità, la durabilità, la responsabilità (e quindi la trasparenza e la controllabilità da parte dei cittadini). Secondo BRUNI (1999, p. 5), i caratteri di aziendalità, la cui sussistenza secondo alcuni deve essere di volta in volta accertata, «sono comuni ad ogni specie di azienda e dalla loro presenza, o assenza, se ne può dedurre il profilo costitutivo, esistenziale ed evolutivo ovvero, in altri termini, la possibilità o meno di affermare la presenza di un organismo aziendale compiuto». I caratteri di aziendalità, anche se presenti e comuni alle diverse aziende, devono essere valutati con specifico riferimento agli «stati di ordine combinatorio, sistematico e di composizione tra forze aziendali e ambientali» (GIANNESI, 1961). Conseguente, la valutazione dei caratteri di aziendalità negli istituti pubblici (autonomia, unità, economicità, durabilità, responsabilità) richiede di considerare le specificità derivanti dall'appartenenza degli stessi al settore pubblico. Secondo VIGANÒ (2000, p. 641), vi è un concreto pericolo che la costruzione concettuale istituto-azienda possa portare a riconoscere il «carattere di aziendalità ad un magma caotico di attività economiche alle quali si è appena spalmato un poco di cosmetico di efficienza, di contabilità, di controllo di gestione, di principi organizzativi».

³⁴ Lo sviluppo dell'approccio sistemico è legato ai contributi metodologici provenienti da diverse discipline a partire dagli anni '30 e, in particolare, agli studi di L. Von Bertalanffy che per primo ha sviluppato una "teoria del sistema generale", e di Boulding che nel 1956 ha elaborato la teoria della gerarchia dei sistemi. In base ai teoremi fondamentali della teoria dei sistemi è possibile affermare che ogni sistema fa parte di un sistema più vasto che lo com-

si azienda e, più in particolare, di un'azienda sanitaria sono: l'assetto istituzionale, le combinazioni economiche, il patrimonio, l'organismo personale e l'assetto organizzativo (si veda Figura 1.1).

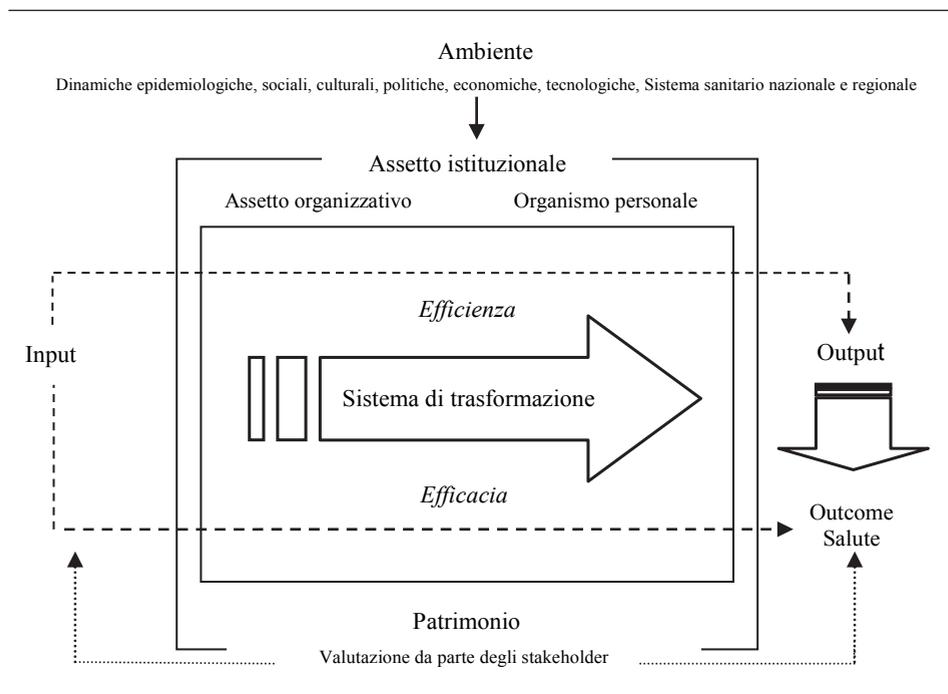
Riprendendo il modello rappresentato in Figura 1.1, proposto da Macinati (2008) e adattato da Airoldi, Brunetti e Coda, 1994, emerge che l'azienda sanitaria è inserita nel suo ambiente di riferimento³⁵ dal quale ottiene *input* (risorse economiche, competenze professionali e tecnologie) e fornisce *output* (ricoveri ordinari, in *day hospital*, prestazioni ambulatoriali, ecc.). Le variabili ambientali (dinamiche demografiche, epidemiologiche, sociali, culturali, tecnologiche, economiche e caratteristiche del sistema istituzionale e normativo di riferimento) influenzano le modalità di funzionamento aziendale e dunque le finalità istituzionali dell'azienda stessa.

La prima variabile del modello che qualifica l'azienda è l'«assetto istituzionale». Questa variabile è sovraordinata rispetto a qualsiasi altra e stabilisce le regole di base del funzionamento aziendale.

prende (l'ambiente nel quale l'impresa è inserita) e che ogni sistema comprende in sé altri sub-sistemi che gli appartengono (il sistema generale degli accadimenti di azienda, il sistema dei valori, il sistema dell'organismo personale, il sistema delle decisioni). L'azienda può essere interpretata come un sistema sociale aperto in quanto configurabile come un insieme che, per effetto delle connessioni esistenti al suo interno, persegue le proprie finalità nell'ambiente di riferimento e, rispetto a ciò: a) è capace di evolversi in relazione alle possibilità offerte dall'ambiente; b) cerca di modificare tale ambiente in modo da rendere meno oneroso il conseguimento dei propri fini. Con specifico riferimento ai rapporti con l'ambiente, l'azienda si configura come un «sistema input-output energetico il cui ritorno di energia dall'output riattiva il sistema» (GEORGESCU-ROEGEN, 1982, p. 24).

³⁵ LONGO, CARBONE E COSMI (2003, p. 133) distinguono tra: «a. il settore sanitario, che comprende l'insieme degli attori operanti nel comparto, a prescindere dal meccanismo di finanziamento (pubblico o privato) e dalla natura istituzionale degli erogatori; b. il servizio sanitario nazionale, composto da aziende pubbliche e private, operanti per l'universalità dei cittadini e finanziate da un meccanismo di copertura dei costi di natura pubblica; c. il sistema delle aziende pubbliche, costituito dalle aziende sanitarie di «proprietà» pubblica, laddove un istituto pubblico esercita le prerogative di governo. [...] Il sistema delle aziende pubbliche è, a sua volta, articolato in sottosistemi: i gruppi sanitari regionali, ovvero le aziende la cui titolarità di governo è assegnata alle regioni (Asl e Ao); la rete nazionale degli Irccs; il sistema dei policlinici universitari a gestione diretta».

Figura 1.1. – *L'azienda sanitaria pubblica*



Fonte: adattamento da Macinati, 2008.

L'assetto istituzionale è definito come: la configurazione dei soggetti nell'interesse dei quali l'azienda nasce e opera, dei contributi che tali soggetti forniscono all'azienda, delle correlate aspettative nei confronti dell'azienda stessa, delle modalità di partecipazione dei diversi soggetti al governo dell'azienda; delle strutture e dei meccanismi che regolano tale partecipazione (Airoldi, Brunetti e Coda, 1994).

Nelle aziende sanitarie pubbliche i portatori di interessi istituzionali³⁶ sono le persone che compongono la collettività di riferimento. La collettività partecipa all'attività dell'azienda: (i) attraverso il prelievo tributario; (ii) attraverso le persone che prestano il proprio lavoro all'interno della stessa³⁷;

³⁶ Coloro i cui interessi convergono nell'istituto pubblico rappresentano il soggetto di istituto e a ciascuno di loro indistintamente spetterebbe, in linea teorica, il governo dello stesso (AIROLDI-BRUNETTI-CODA, 1994).

³⁷ MACINATI (2008) precisa che, la collettività di riferimento ha delle aspettative che ri-

(iii) attraverso la rappresentanza politica negli organi di *governance* che definiscono. L'assetto istituzionale, unitamente alle influenze derivanti dal sistema istituzionale³⁸, definisce e individua le modalità operative di raggiungimento dei fini istituzionali generali e particolari.

Le “combinazioni economiche”³⁹ sono la seconda variabile di cui si compone il modello. Esse si riferiscono all'attività economica dell'azienda e sono rappresentate dall'insieme delle operazioni economiche⁴⁰ (di produzione e consumo) svolte dalle persone che in essa operano⁴¹. Le scelte che

guardano da un lato la disponibilità di adeguati servizi sanitari e dall'altro si estendono ad altri aspetti come ad esempio la tutela dei livelli occupazionali.

³⁸ Il sistema istituzionale di riferimento delle aziende sanitarie pubbliche si riferisce: – ai soggetti titolari di funzioni pubbliche nel settore sanitario; – alla tipologia di funzioni che tali soggetti sono chiamati a svolgere e alle correlate modalità di esercizio delle stesse; – alla definizione dei livelli assistenziali ai quali il cittadino ha diritto e alle condizioni di accesso agli stessi; – alle relazioni tra i soggetti che operano nel settore (BORGONOVÌ-ZANGRANDI, 1988).

³⁹ L'insieme ordinato delle operazioni economiche omogenee per specie e oggetto è detto processo (di acquisto di un determinato bene/servizio, di produzione di un determinato prodotto, ecc.). L'insieme di processi della medesima specie, cioè caratterizzati da una funzione e dall'applicazione di competenze specialistiche, prende in nome di coordinazione economica parziale (acquisti, produzione, erogazione, ecc.). L'insieme di processi di specie di diversa natura riferiti a un determinato oggetto, cioè caratterizzati da omogeneità in termini di prodotto offerto/mercato servito, prende il nome combinazione economica parziale (prodotto/servizio A, prodotto/servizio B, ecc.) L'insieme delle combinazioni economiche parziali e delle coordinazioni economiche parziali forma le combinazioni economiche generali dell'azienda. Lo studio delle combinazioni economiche consente di analizzare i processi che si svolgono all'interno delle aziende. Rifacendosi alla distinzione tra *core service* e servizi accessori (NORMANN, 1992) è possibile idealmente distinguere nelle complessive combinazioni economiche delle aziende sanitarie pubbliche diverse tipologie di processi: processi assistenziali (*core*); processi di supporto all'erogazione dei servizi assistenziali; processi tecnico-amministrativi. Per approfondimenti sulla questione si rinvia a A. CICCETTI, *L'organizzazione dell'ospedale. Fra tradizione e strategie per il futuro*, Vita e Pensiero, Milano, 2002.

⁴⁰ Lo studio delle operazioni economiche permette di analizzare la tipologia dei processi che hanno luogo all'interno delle aziende. In quelle sanitarie si svolgono processi amministrativi, tecnici e assistenziali e non solo operazioni e processi legati all'atto clinico (VILLA, 2015).

⁴¹ Tradizionalmente le operazioni vengono classificate in tre gruppi. La gestione è l'insieme delle attività direttamente rivolte alla produzione e al consumo: nelle aziende sanitarie pubbliche comprende quindi le operazioni di produzione ed erogazione di prestazioni e servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, nonché le correlate operazioni di acquisto. L'organizzazione è l'insieme delle attività che riguardano l'organismo personale e l'assetto organizzativo: comprende quindi le operazioni di selezione, formazione, valutazione, retribuzione del personale, nonché le operazioni di analisi e progettazione delle strutture organizzative e dei sistemi di gestione del personale. La rilevazione, infine, è l'insieme delle operazioni di produzione, trasmissione ed elaborazione di dati e informazioni (AIROLDI-BRUNETTI-CODA, 1994).

riguardano la configurazione delle combinazioni⁴² sono definite dalla strategia impostata dal management in virtù dell'autonomia concessa alle aziende⁴³ che tuttavia risente delle indicazioni dei provvedimenti normativi specifici del settore⁴⁴. Gli influssi dell'ambiente sanitario, sociale, culturale, poli-

⁴²Le scelte di configurazione delle combinazioni economiche riguardano la loro estensione. Per estensione delle combinazioni economiche si fa riferimento alla loro dimensione, numerosità ed eterogeneità. In origine le Unità Sanitarie Locali (USL) si caratterizzarono per l'elevata estensione delle stesse al fine di perseguire i vantaggi connessi all'integrazione sia orizzontale (convergenza di tutti i servizi e attività attinenti alla salute in un'unica azienda), sia verticale (scarsa diffusione dell'esternalizzazione). Negli anni Novanta sono emersi fenomeni di deintegrazione sia istituzionale (per esempio, scorporo delle aziende ospedaliere), sia gestionale-organizzativa (per esempio, specializzazione delle aziende in risposta alle convenienze generate dal sistema di finanziamento; diffusione dell'outsourcing anche per attività precedentemente considerate core). Le aziende sanitarie pubbliche in quel periodo si caratterizzavano per combinazioni economiche meno estese rispetto al passato. Dal 2000 sembra sia di nuovo iniziata la ricerca di integrazione, seppure a livello di SSR nel suo complesso più che di singola azienda (MACINATI, 2008).

⁴³Nell'art. 3, comma 1, D.Lgs. n. 502/1992 il legislatore afferma che «l'unità sanitaria locale è azienda dotata di personalità pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica».

⁴⁴Il concetto di autonomia oltre al D.Lgs. n. 502/1992 è stato declinato dettagliatamente nelle Linee guida 2/1996. Nello specifico, le Linee Guida sottolineano come l'autonomia attribuita all'azienda Usl e ospedaliera debba essere intesa in termini di: «a) autonomia organizzativa. Essa individua il potere di identificare autonomamente la struttura organizzativa dell'apparato aziendale, intesa come l'insieme degli elementi che compongono il sistema organizzativo interno (alta direzione, staff di supporto, linea operativa), nonché come meccanismi e livelli di decentramento dei poteri di gestione, di coordinamento, di comunicazione e di controllo. Non si tratta degli organi di amministrazione e di controllo, che sono fissati *ex lege*, bensì del sistema oggetto dell'azione amministrativa di detti organismi. A questo riguardo, giova ricordare il principio generale secondo il quale l'organizzazione deve essere adeguata al compito istituzionale dell'azienda e deve pertanto modellarsi flessibilmente in relazione al contenuto delle attività che si renderanno necessarie per l'assolvimento di detto compito; b) autonomia amministrativa: indica il potere di adottare in via autonoma provvedimenti amministrativi implicanti l'esercizio di potestà pubblica. Si tratta cioè di attività tipicamente pubblicistica, configurabile in rapporto alle fattispecie previste dalla legge. Al di fuori delle attività tipiche anzidette, si è in presenza di attività privatistica dell'amministrazione rilevante sotto altri profili di autonomia (organizzativa, gestionale, ecc.). L'affermazione del principio di autonomia nell'area dell'amministrazione appare del tutto incompatibile con il sistema dei controlli preventivi sugli atti, fissato dalla legge 412/1991 (bilanci di previsione, variazioni di bilancio e conto consuntivo, consistenza qualitativa e quantitativa complessiva del personale, deliberazione di programmi di spese pluriennali e provvedimenti che disciplinano l'attuazione dei contratti e delle convenzioni) tanto più nella interpretazione estensiva che ne è data, e che ha portato all'obbligo di sottoporre al tale controllo quasi tutti i provvedimenti degli amministratori straordinari; c) autonomia patrimoniale. Attiene alla capacità di disporre del patrimonio mediante atti acquisizione, amministrazione e cessione dello stesso; d) autonomia contabile. Investe l'area della gestione economico-finanziaria e pa-

tico ed economico di riferimento hanno delle ricadute dirette sulle caratteristiche del “sistema di prodotto”⁴⁵ che le aziende offrono ai pazienti utenti.

La terza variabile è il “patrimonio” inteso come l’insieme delle condizioni di produzione e di consumo di pertinenza dell’azienda in un dato momento⁴⁶. Del patrimonio fa parte anche l’assetto tecnico dato dall’insieme di elementi che qualificano la configurazione fisico-tecnica dell’azienda, quindi dagli aspetti fisico-tecnici delle immobilizzazioni (fabbricati, impianti, attrezzature ecc.) e dei processi produttivi. Fanno parte dell’assetto tecnico tutti gli elementi, le condizioni e gli strumenti di supporto che permettono il funzionamento operativo della struttura determinando la configurazione dei processi di assistenza⁴⁷.

trimoniale nell’ambito dei principi fissati dall’articolo 5 della legge di riforma [...]; e) autonomia gestionale. Indica il potere di determinare in via autonoma – ma pur sempre nei limiti segnati dalla programmazione regionale – gli obiettivi dell’azione, programmare le attività da compiere, definire le modalità di svolgimento delle attività, provvedere all’allocazione delle risorse umane, strumentali e finanziarie in relazione agli obiettivi ed ai programmi, determinare l’organizzazione del lavoro, procedere al conferimento dei poteri e all’attribuzione delle connesse responsabilità all’interno della struttura organizzativa di cui alla precedente lettera a), controllare l’andamento della gestione, verificare i risultati conseguiti [...].»

⁴⁵Ogni azienda, in qualsiasi settore, si presenta ai propri utenti/clienti offrendo uno o più sistemi di prodotto. Un sistema di prodotto è un «insieme unitario di beni e di condizioni di scambio avvinti a sistema da relazioni di interdipendenza, in particolare, di complementarietà» (AIROLDI-BRUNETTI-CODA, 1994, p. 130). Un sistema di prodotto non è composto esclusivamente dal bene o dal servizio prodotto/erogato dall’azienda, ma anche da un insieme di condizioni immateriali che qualificano e identificano tale prodotto/servizio (ad esempio, la notorietà e la reputazione dell’azienda produttrice, la completezza della gamma di beni/servizi offerti e, nelle imprese, il prezzo, le condizioni di pagamento, l’assistenza tecnica post-vendita ecc.). Il sistema di prodotto definito dalla particolare azienda rappresenta, al tempo stesso, l’oggetto con il quale la stessa si presenta agli utenti/clienti chiedendone il consenso e lo strumento con il quale competere con le aziende simili. Il concetto di sistema di prodotto può essere applicato anche nel settore sanitario. La prestazione offerta al paziente non si esaurisce in un iter diagnostico-terapeutico o in un trattamento sanitario, ma comprende una serie di elementi ulteriori (ad esempio, la reputazione dell’azienda sanitaria, la lunghezza delle liste d’attesa, le modalità di prenotazione, ecc.) che qualificano il prodotto offerto dall’azienda e spingono un cittadino a rivolgersi a una determinata azienda piuttosto che a un’altra.

⁴⁶Il concetto di patrimonio delle aziende sanitarie verrà trattato nel Capitolo 2.

⁴⁷L’assetto tecnico per le aziende sanitarie comprende:(i) il layout delle strutture (per esempio, la localizzazione dei posti letto, delle sale operatorie, dei magazzini o dei servizi diagnostici in relazione alle unità organizzative); (ii) l’organizzazione dei posti letto e delle aree di degenza; la localizzazione, l’allocazione organizzativa e le caratteristiche funzionali delle attrezzature sanitarie e delle altre risorse strumentali finalizzate a erogare assistenza; (iii) l’allocazione e l’insieme di compiti affidati all’organismo personale in riferimento alle scelte di allocazione degli spazi e delle risorse strumentali; le modalità di

La variabile “organismo personale” identifica tutte le persone che prestano il proprio lavoro all’interno dell’azienda. La configurazione dell’organismo personale si qualifica in relazione alle: (i) variabili individuali che si riferiscono alle caratteristiche delle persone ne fanno parte (le competenze professionali, i valori, i bisogni); (ii) le variabili sociali, cioè le caratteristiche dei gruppi che si formano tra le persone che appartengono all’organismo personale (Airoldi, Brunetti e Coda, 1994).

L’ultima variabile è l’“assetto organizzativo” che comprende: (i) struttura organizzativa e (ii) i meccanismi⁴⁸ o sistemi operativi, ossia «un vasto insieme di regole, di procedure e di programmi che, completamente alla struttura organizzativa, guidano il comportamento delle persone che svolgono le combinazioni economiche aziendali» (Airoldi, Brunetti e Coda, 1994, p. 485).

Tutte le variabili del modello sono fortemente interdipendenti e presentano una forte relazione con l’ambiente di riferimento che, come accennato, ne influenza significativamente il funzionamento. Come illustrato in Figura 1.1, l’azienda sanitaria svolge il processo di erogazione di prestazioni e servizi sanitari nel rispetto dei criteri di efficienza ed efficacia. Le predette dimensioni riguardano rispettivamente la capacità di impiego razionale dei fattori produttivi (rapporto tra *output* e *input*) e la capacità di scegliere e di raggiungere prefissati obiettivi (rapporto tra *outcome* e *output*). Il concetto di efficienza ed efficacia nel settore pubblico assumono connotazioni particolari a causa della specificità delle finalità perseguite dalle aziende sanitarie in quanto si deve tener conto della pluralità e eterogeneità di interessi che convergono nell’istituto sanitario pubblico (es. fruitori del servizio, cittadini, la-

programmazione dell’utilizzo della capacità produttiva rispetto a criteri legati alla tipologia di attività (si pensi ad attività programmabile o in urgenza o alle differenti specialità) e alla variabile tempo (distribuzione delle attività tra i vari giorni della settimana); (iv) la configurazione dei sistemi informativi, con particolare riferimento agli strumenti di supporto alle operazioni di gestione caratteristica, come i *software* per la refertazione in formato elettronico, per la gestione del parco letti, per la prenotazione automatica delle agende ambulatoriali, per la gestione dell’inventario e la programmazione delle manutenzioni fino al modello dell’*hospital resource planning*. Per approfondimenti si veda: E. ANESSI PESSINA-E. CANTÙ (a cura di), *L’aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2011*, Egea, Milano, 2011).

⁴⁸ Tra i sistemi operativi si distinguono quelli di gestione degli obiettivi e delle informazioni (pianificazione strategica, programmazione e controllo, sistema informativo) e quelli di gestione del personale (ricerca, selezione, accoglimento e inserimento del personale, dimensionamento degli organici, addestramento e formazione, carriera e valutazione del potenziale, retribuzione e valutazione delle mansioni e delle prestazioni) (AIROLDI-BRUNETTI-CODA, 1994).

voratori ecc.). Infine, gli *stakeholder* dell'azienda valutano gli *outcome*⁴⁹ e i loro *feedback* contribuiscono a determinare la sopravvivenza dell'azienda stessa. Il conseguimento contemporaneo dei risultati desiderati sia in termini clinico-sanitari che economico-finanziari consente all'azienda di creare valore⁵⁰ a vantaggio dei molteplici *stakeholder*.

1.3. *La struttura e gli organi di governo del Servizio Sanitario Nazionale*

Le aziende sanitarie sono inserite all'interno di un sistema che si articola su distinti livelli di governo: il Ssn e il Servizio Sanitario Regionale (Ssr). Nell'attuale assetto istituzionale del Ssn è possibile individuare enti e organi

⁴⁹ Il modello di analisi adottato proponga una sostanziale distinzione tra l'output del processo produttivo (le prestazioni erogate) e l'*outcome* inteso come risultato durevole sullo stato di salute del paziente. SAITA, KINICH E SARACINO (2002, p. 77) sintetizzano le differenze tra output e *outcome* come segue: a. l'*output* può essere misurato internamente all'azienda ospedaliera, basandosi sui risultati oggettivi al termine della prestazione/processo; b. al contrario, l'*outcome* può essere misurato soltanto esternamente sul paziente, analizzando la qualità dalla sua vita dopo l'intervento; – ne deriva, da quanto detto, che l'*output* è misurabile immediatamente al termine dell'attività, mentre l'*outcome* deve essere misurato nel tempo, a lunghi intervalli temporali; c. l'*output* viene rilevato dai medici, prescindendo dal coinvolgimento del paziente; d. al contrario, l'*outcome* richiede un profondo coinvolgimento dell'utente e, soprattutto, la percezione da parte dell'utente della sua migliore qualità di vita in termini di prolungamento della vita, alleviamento dei disturbi, ripristino della funzionalità, prevenzione delle disabilità; e. l'*output* è standardizzato per tutti i pazienti; f. la misura dell'*outcome* deve essere specificamente tarata e personalizzata sul singolo paziente». Per approfondimenti si veda tra gli altri: M. ELEFANTI-M. BRUSONI-E. MALLARINI, *La qualità nella sanità*, Egea, Milano, 2001.

⁵⁰ Secondo DEIDDA GAGLIARDO (2002, p. 188), la creazione di valore poggia su tre sfere dimensionali: oggettiva, soggettiva e sistemico-relazionale. In particolare l'autore sottolinea (pagina 188 e seguenti), «il valore oggettivo attiene alla ricerca dell'equilibrio economico minimo dell'azienda quale condizione oggettiva necessaria per preservare e favorire il perseguimento della componente soggettiva del valore. La seconda sfera dimensionale, costituita dal valore soggettivo, concerne la ricerca dell'equilibrio sociale minimo, quale soddisfacimento della posizione soggettiva di ogni singolo stakeholder, e dell'equilibrio sociale allargato, come soddisfazione diffusa del soggetto economico allargato. La terza sfera dimensionale, di tipo sistemico-relazionale, è costituita dal valore integrato. L'integrazione del valore oggettivo e dei valori soggettivi poggia: sull'armonizzazione delle istanze economico-aziendali, al fine del conseguimento dell'equilibrio economico minimo; sul temperamento delle istanze soggettive individualistiche del valore verso l'equilibrio sociale allargato; sull'integrazione funzionale tra la componente economica e quella sociale, in modo che il conseguimento dell'equilibrio economico di sopravvivenza sia funzionale al perseguimento di quello sociale».

di diverso livello che concorrono al raggiungimento degli obiettivi di tutela della salute dei cittadini come il Ministero della Salute e le Regioni.

Il Ministero della Salute è l'organo centrale i cui compiti principali sono: l'elaborazione della pianificazione sanitaria, l'individuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) su tutto il territorio nazionale, la promozione dell'equità, della qualità, dell'efficienza e della trasparenza del sistema e la costituzione di linee d'innovazione e cambiamento.

Le Regioni hanno invece la responsabilità diretta della realizzazione del governo e della spesa per il raggiungimento degli obiettivi di salute dei residenti e pertanto hanno competenza nella regolamentazione e organizzazione dei servizi e attività destinati alla tutela della salute. I processi di «regionalizzazione»⁵¹ della sanità suggeriscono di considerare la componente pubblica del Ssr come un «gruppo aziendale» e la regione come la relativa capogruppo (Anessi Pessina e Macinati, 2008). A quest'ultimo riguardo, i provvedimenti di riforma hanno fatto convergere sui Ssr le responsabilità⁵² di (Borgonovi, 2003):

- reperire e utilizzare le risorse finanziarie destinate alla sanità (assicurando la copertura di eventuali disavanzi con interventi come il blocco rigido del turnover del personale e l'innalzamento delle addizionali regionali su Irpef, Irap e le accise);
- definire le priorità nel soddisfacimento dei bisogni sanitari;
- determinare il numero e il ruolo degli attori coinvolti sia pubblici sia privati accreditati⁵³. In particolare, le Regioni: (i) definiscono le Asl del ter-

⁵¹ Con il passar del tempo, sono stati diversi gli interventi del Governo centrale a sostegno delle Regioni per dare avvio alla fase di sperimentazione di un assetto federale o comunque fortemente decentrato di governo dei Ssr (es. Legge n. 1/2009, n. 42) modificando le competenze e le relazioni tra i tre livelli di governo su cui si articolava originariamente il Ssn (centrale, regionale, locale). Questi aspetti verranno trattati nel paragrafo successivo.

⁵² Le regioni devono comunque rispettare la potestà legislativa statale relativa ai livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali e politici (art. 117 Costituzione), con i relativi poteri sostitutivi dello Stato in caso di inadempienza delle regioni (art. 120). La tutela della salute è, invece, materia a legislazione concorrente, in cui allo Stato è affidata la determinazione dei principi fondamentali (art. 117). Dal combinato disposto di questi dettami costituzionali derivano forme di elaborazione condivisa della programmazione sanitaria di lungo periodo (per esempio, l'approvazione del Patto per la Salute da parte della Conferenza Stato-Regioni) e gli strumenti straordinari di riaccantonamento dei poteri in materia di tutela della Salute, come i Piani di Rientro.

⁵³ A questo proposito si rimanda all'introduzione dell'istituto dell'accreditamento (D.Lgs. n. 502/1992) che ha segnato il passaggio da una fase in cui i soggetti privati erano convenzionati perché capaci di integrare la capacità produttiva delle strutture pubbliche per quei settori a elevata domanda (determinando così una riduzione delle liste di attesa sul versante dell'assistenza ospedaliera e un miglioramento dell'integrazione socio-sanitaria sul versante