

Collana CERGAS

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

Rapporto OASI 2016

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

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

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2016:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, attività e spesa) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo anche in ottica comparativa internazionale. Sono inclusi approfondimenti sui consumi privati di salute, sugli erogatori privati accreditati e sul sistema sociosanitario e sociale;
- approfondisce questioni di *policy* rilevanti per il sistema sanitario e le sue aziende, quali i recenti riordini di molti SSR, la mappatura della rete ospedaliera alla luce dei nuovi standard, il governo dell'assistenza farmaceutica, l'implementazione del programma nazionale HTA per dispositivi medici;
- a livello aziendale, discute la trasformazione delle unità operative, confrontando le esperienze dei team multidisciplinari e delle équipes itineranti; si focalizza su percorsi di selezione del *top management* e sviluppo imprenditoriale nella sanità pubblica; descrive i differenti approcci alle cure intermedie a livello internazionale e nazionale e ne analizza i modelli organizzativi, i target di utenti e le formule di servizio; analizza i risultati preliminari della sperimentazione dei CReG; approfondisce le sfide della gestione centralizzata degli acquisti e l'impatto della crisi della finanza pubblica sui sistemi di programmazione e controllo nelle aziende del SSN.

Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Le principali aree di ricerca sono: confronto tra sistemi sanitari e di Welfare e analisi delle politiche pubbliche in tali ambiti; valutazioni economiche in sanità; logiche manageriali nelle organizzazioni sanitarie; modelli organizzativi e sistemi gestionali per aziende sanitarie pubbliche e private; impatto sui settori industriali e di servizi collegati (farmaceutico e tecnologie biomediche) e sul settore socio-assistenziale.

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



Science For A Better Life

ISBN 978-88-238-5142-9



9 788823 851429

€ 65,00

www.egeaonline.it

Rapporto OASI 2016

CERGAS - Bocconi



a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2016

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università Commerciale
Luigi Bocconi

Centro di ricerche sulla
Gestione dell'Assistenza
Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management





Collana CERGAS

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





a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2016

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università Commerciale
Luigi Bocconi

Centro di ricerche sulla
Gestione dell'Assistenza
Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management

 Egea



Tutti i contributi del Rapporto OASI sono stati sottoposti al processo di doppio referaggio prima della pubblicazione.

Impaginazione: Compos 90, Milano

Copyright © 2016 EGEA S.p.A.
Via Salasco, 5 – 20136 Milano
Tel. 02/5836.5751 – Fax 02/5836.5753
egea.edizioni@unibocconi.it – www.egeaeditore.it

Tutti i diritti sono riservati, compresi la traduzione, l'adattamento totale o parziale, la riproduzione, la comunicazione al pubblico e la messa a disposizione con qualsiasi mezzo e/o su qualunque supporto (ivi compresi i microfilm, i film, le fotocopie, i supporti elettronici o digitali), nonché la memorizzazione elettronica e qualsiasi sistema di immagazzinamento e recupero di informazioni.

Date le caratteristiche di Internet, l'Editore non è responsabile per eventuali variazioni di indirizzi e contenuti dei siti Internet menzionati.

Prima edizione: novembre 2016

ISBN 978-88-238-5142-9

Stampa: Geca Industrie Grafiche, San Giuliano Milanese (Mi)



Questo volume è stampato su carta FSC® proveniente da foreste gestite in maniera responsabile secondo rigorosi standard ambientali, economici e sociali definiti dal Forest Stewardship Council®

12 I percorsi di selezione ed auto-selezione dei direttori generali delle aziende sanitarie pubbliche: evidenze e proposte di policy

di Francesco Longo, Agnese Pirazzoli, Raffaella Saporito¹

12.1 Introduzione

La recente riforma² dei processi di selezione dei direttori generali della sanità è finalizzata a sostenere lo sviluppo di un mercato nazionale della dirigenza sanitaria, nonché a favorire uno svolgimento più aperto del processo di selezione stesso, attraverso la centralizzazione di alcune sue fasi. Infatti, benché nel nostro paese il numero di aziende sanitarie si sia significativamente ridotto negli ultimi anni (Ricci e Petracca, 2015) e nonostante l'affermata presenza di aziende e gruppi sanitari privati equiparabili per dimensioni e complessità organizzativa alle strutture pubbliche, il bacino di reclutamento dei direttori generali (DG) resta prevalentemente su base regionale e tra candidati provenienti dalla sanità pubblica. Nel 2015 solamente il 16,1% dei DG di medio-lungo corso (con un'esperienza di sei o più anni nel ruolo di vertice) ha svolto tale attività in più di una regione (Ricci e Petracca, 2015). Altrettanto si può affermare per la mobilità di competenze manageriali tra la sanità pubblica e la sanità privata: sono infatti rare le esperienze di manager della sanità privata reclutati per dirigere aziende sanitarie pubbliche (Fattore *et al.*, 2013).

Il tema in oggetto è di interesse non solo in virtù delle recenti modifiche normative, ma anche sul piano dello sviluppo delle competenze di gestione sanitaria nel nostro paese: la scarsa mobilità dei manager della sanità si configura infatti

¹ Il capitolo è frutto di un lavoro comune di ricerca e riflessione degli autori. I §§ 12.1, 12.2, 12.3, 12.4 sono comunque da attribuirsi ad Agnese Pirazzoli e Raffaella Saporito; il § 12.5 a Francesco Longo. Gli autori desiderano ringraziare tutti coloro che hanno collaborato alla buona riuscita del capitolo e in particolare: Valerio Fabio Alberti, Gigliola Avisani, Walter Bergamaschi, Alessio D'Amato, Flori Degrassi, Luca Foresti, Cristina Masella, Fulvio Moirano, Luigi Ronco, Giovanni Maria Soro e Roberto Vaccani. Desiderano ringraziare inoltre Giuseppe Caputo e Rossella Pasculli per il supporto fornito nelle analisi.

² D.Lgs 171/2016 in attuazione della delega di cui all'articolo 11 della legge 124/2015.

come un'occasione persa di contaminazione e sviluppo organizzativo del Sistema Sanitario Nazionale. Le regioni con sistemi sanitari più deboli (es. in piano di rientro) potrebbero beneficiare delle competenze di direttori provenienti da aziende sanitarie solide e di successo, presenti in altri territori, al fine di diffondere pratiche virtuose di apprendimento interregionale. Anche il privato sanitario si configura come un fronte di scambio di esperienze e competenze utili per fare crescere il sistema: nonostante infatti le differenze esistenti nella gestione di queste organizzazioni, il pubblico potrebbe acquisire nuovi spunti e nuove competenze dalle esperienze imprenditoriali di grande successo clinico ed aziendale presenti in questo settore.

L'obiettivo del presente capitolo è di esplorare il funzionamento del «mercato dei direttori generali», attraverso due fronti di indagine: da un lato, l'analisi della prospettiva dei policy-maker regionali, chiamati a definire strategie e processi di reclutamento e selezione dei DG locali (§ 12.3); dall'altro, lo studio delle aspettative professionali e delle preferenze di scelta dei top manager della sanità pubblica e privata (§ 12.4). Lo scopo della ricerca è di identificare alcune proposte di policy (§ 12.5), basate su evidenze empiriche, da offrire ai policy maker regionali e nazionali interessati a migliorare la propria capacità di attrazione, reclutamento e selezione di profili manageriali eccellenti su scala nazionale e intersettoriale.

12.1.1 La normativa italiana e le novità introdotte dalla riforma

Le riforme degli anni Novanta hanno introdotto³ e progressivamente rafforzato la figura del direttore generale con riferimento ad almeno due obiettivi fondamentali: l'aziendalizzazione delle strutture erogatrici delle prestazioni sanitarie e il rafforzamento della dimensione regionale nella funzione programmatica, di controllo e di governo complessivo del sistema (Carignani, 2011).

La ricerca di un temperamento fra queste due anime della riforma è stata oggetto di tutte le successive modifiche della normativa in materia di modalità di selezione e nomina dei direttori generali, sino al più recente riordino contenuto all'interno del decreto legislativo n. 171 del 4 agosto 2016, che costituisce attuazione della delega al Governo per la riforma della dirigenza pubblica, di cui all'art. 11, comma 1, lett. p, della L. n. 124 del 2015 (c.d. Legge Madia).

Come riferimento per le tematiche successivamente trattate, si propone nella Tabella 12.1 un confronto fra l'attuale regolazione, introdotta dalla riforma appena citata, e quanto stabilito dall'articolo 3-bis del D.Lgs n. 502/1992 e s.m.i., in vigore fino a settembre 2016.

³ Tramite il D.Lgs n. 502/1992

Tabella 12.1 **Confronto fra la normativa in vigore e le novità introdotte dalla riforma**

	Ex D.Lgs 502/1992 e successive modifiche e integrazioni	Ex. D.Lgs 171/2016 in attuazione della L. 124/2016
Tipologia di incarico	Contratto di diritto privato – Durata: da minimo 3 a massimo 5 anni, genericamente rinnovabile.	Contratto di diritto privato – Durata: da minimo 3 a massimo 5 anni, rinnovabili nella stessa posizione una sola volta (n° massimo mandati nella stessa struttura: 2).
Bacino di reclutamento: lista di idonei	Nazionale: somma di tutti gli elenchi regionali , istituiti con procedura selettiva.	Nazionale: elenco unico nazionale , istituito con procedura selettiva.
Criteri di accesso alla lista di idonei (oltre alla laurea magistrale)	<ul style="list-style-type: none"> – 5 anni di adeguata esperienza dirigenziale nel campo delle strutture sanitarie (sia pubbliche che private); – 7 anni di adeguata esperienza dirigenziale negli altri settori (non sanitari, in organizzazioni sia pubbliche che private), con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie; – Attestato di formazione specialistica in sanità pubblica e gestione sanitaria (entro 18 mesi dalla nomina). 	<ul style="list-style-type: none"> – 5 anni di comprovata esperienza dirigenziale nel settore sanitario (pubblico o privato); – 7 anni di comprovata esperienza dirigenziale negli altri settori (non sanitari, in organizzazioni sia pubbliche che private), con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie; – Attestato di formazione specialistica in sanità pubblica e gestione sanitaria; – Età inferiore a 65 anni.
Meccanismo di selezione	<ol style="list-style-type: none"> 1) Valutazione tecnica dei candidati, ad opera di una commissione regionale che definisce un elenco di idonei; 2) Valutazione fiduciaria e scelta, da parte dell'organo politico regionale, all'interno dell'elenco definito. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Valutazione tecnica dei titoli formativi e professionali e dell'esperienza dirigenziale dei candidati, ad opera di una commissione nazionale che definisce un elenco di idonei; 2) Valutazione tecnica, ad opera di una commissione regionale, tra i candidati che partecipano all'avviso pubblico (possono partecipare tutti gli idonei iscritti all'elenco nazionale); 3) Valutazione fiduciaria e scelta, da parte dell'organo politico regionale, sulla base della tema proposta dalla commissione regionale, del candidato che presenta caratteristiche maggiormente coerenti con l'incarico da ricoprire.
Commissione di valutazione	<p>Commissione regionale, composta da un numero di membri a discrezione di ciascuna regione, in cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> – I membri della commissione devono essere esperti indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti – 1 di essi deve essere designato da Agenas <p>Vincoli: partecipazione senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.</p>	<p>Commissione nazionale, composta da un presidente scelto dal Ministro della salute fra magistrati e avvocati dello Stato e 4 esperti in organizzazione e gestione aziendale, di cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 1 designato dal Ministro della salute – 1 designato da Agenas – 2 designati dalla Conferenza Stato-Regioni <p>Vincoli: partecipazione senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica e non rinnovabilità dell'incarico.</p> <p>Commissione regionale (invariata):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Numero di membri a discrezione di ciascuna regione; – Indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti e uno designato da Agenas; – Divieto di nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Tabella 12.1 (segue)

	Ex D.Lgs 502/1992 e successive modifiche e integrazioni	Ex D.Lgs 171/2016 in attuazione della L. 124/2016
Standardizzazione del processo	<p>Obbligo di pubblicare avviso di selezione, ma ampia autonomia della Commissione nell'articolare la procedura di selezione in termini di criteri e prove di valutazione.</p> <p>Non sono presenti vincoli sul numero minimo di idonei per ciascuna posizione.</p>	<p>Per l'elenco nazionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Obbligo di pubblicare avviso di selezione contenente i criteri specifici di valutazione: (i) dei titoli formativi e professionali e (ii) dell'esperienza dirigenziale (per tipologie e rilevanza dell'incarico); – Procedura selettiva per titoli <p>Per la terna regionale: Procedura selettiva per titoli e colloquio Proposta di una terna per ciascuna posizione</p> <p>Dopo la nomina:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Il provvedimento di nomina o di conferma viene motivato e pubblicato sul sito internet della regione e altri enti interessati

12.2 La selezione dei DG: metodologia della ricerca

12.2.1 Analisi della letteratura e domande di ricerca

In letteratura, le strategie di reclutamento operate da soggetti pubblici vengono classificate sulla base della proattività esercitata nella ricerca delle candidature più aderenti al profilo desiderato. Le strategie c.d. passive corrispondono ad un coinvolgimento minimo dell'amministrazione pubblica nella promozione della posizione vacante. Ad esempio, l'istituzione si limita a pubblicare il bando di concorso nei luoghi previsti per legge (tipicamente la Gazzetta Ufficiale) oppure ad annunciare la posizione vacante su notiziari interni di comunicazione (Lan, Riley e Cayer, 2005). Le strategie medie, invece, corrispondono ad un maggiore coinvolgimento da parte dell'organizzazione nel presentare la posizione vacante, ad esempio aggiornando la sezione del sito istituzionale dedicata al reclutamento o avvalendosi dei mass-media (Mishra e Akman, 2010; Lan, Riley e Cayer, 2005; Llorens e Kellough, 2007; Mareschal e Rudin, 2011). Le strategie attive implicano un investimento forte nella campagna di reclutamento, dalla definizione puntuale del profilo richiesto fino all'attivazione capillare di canali formali e informali volti a far conoscere l'opportunità professionale al maggior numero di candidati target (Lan, Riley e Cayer, 2005; Lavigna e Hays, 2004).

L'osservazione di alcune pratiche ricorrenti nelle selezioni regionali dei direttori generali delle aziende sanitarie mostra una gestione prevalentemente passiva del processo, sia (a) nella definizione del fabbisogno di competenze, sia (b) nella capacità di attrazione delle competenze desiderate.

a) Per quanto riguarda la definizione delle competenze, vi sono evidenze (Vieider, 2015) che suggeriscono che le Regioni scelgano i vertici delle aziende sanitarie in genere senza definire ex ante profili manageriali specifici per le diverse posizioni da ricoprire in aziende con caratteristiche differenti (ASL, AO, AOU, IRCCS, etc.). L'osservazione di alcune procedure di selezione e dei relativi documenti di notifica delle posizioni aperte (i bandi pubblici) mostra infatti una descrizione piuttosto generica dei profili richiesti, poco articolata in termini di aspettative di ruolo e di obiettivi strategici con riferimento alle specificità dell'azienda da guidare.

b) Sul fronte della capacità di attrazione, il fenomeno che si osserva più diffusamente è la scarsa mobilità interregionale dei DG (Ricci e Petracca, 2015). Questo dato può essere legato sia alla scarsa capacità di attrarre candidature dall'esterno, sia alla preferenza attribuita alla selezione di profili interni, nonostante la presenza di candidati esterni.

Curiosamente, però, si nota che uno dei principali vantaggi di poter scegliere tra candidati interni, cioè la possibilità di fare leva nei processi di reclutamento sulle cospicue fonti di informazioni formali (oltre che informali) disponibili, relative ad esempio alle performance aziendali, è scarsamente utilizzato; Vieider (2015) evidenzia infatti che nei documenti analizzati non si fa riferimento, per esempio, per coloro che già ricoprono la carica di direttore generale, agli esiti della verifica regionale dei risultati conseguiti trascorsi diciotto mesi dalla nomina. Si ritiene pertanto interessante analizzare quali vantaggi e quali svantaggi le regioni identifichino nel modello di selezione interno e quali vantaggi e svantaggi individuino in un sistema più aperto, esaminando quanto sia intenzionale (e quanto emergente, ovvero influenzato dalla contingenza) il posizionamento attuale, basato prevalentemente sul ricorso a risorse interne al sistema.

Di conseguenza, la prima domanda di ricerca del presente capitolo sarà:

(1) Le strategie di reclutamento e selezione dei DG operate dalle Regioni: quali sono le competenze desiderate e come vengono reclutate e selezionate?

Le ragioni per cui un impiego è considerato attrattivo possono essere molte e diverse tra loro. Per questa ragione, alcuni autori hanno cominciato a studiare l'*Employer Branding Value Proposition* (Ambler e Barrow 1996, Edwards 2010), ovvero la capacità di un'azienda di prospettare ai propri potenziali candidati una proposta di valore dell'impiego, coerente e attrattiva, basata sulla conoscenza delle richieste dei propri potenziali candidati target. Tale proposta include condizioni strumentali (stipendio, bonus, orario di lavoro, benefit), ma anche simboliche, ideologiche e relazionali (status, impatto sociale del lavoro, fiducia e autonomia, adesione ai valori dell'organizzazione) (Backhaus e Tikoo, 2004; Martin, 2008; Miles e

Mangold, 2004), l'identità dell'azienda (Albert e Whetten, 1985) e la chiarezza dei valori di riferimento (Lievens *et al.*, 2007; Lievens e Highhouse, 2003). Nel caso in oggetto, l'employer non coincide con l'azienda, ma più correttamente con il sistema sanitario regionale; pertanto, la percezione del sistema come chiuso e non interessato a candidature esterne potrebbe essere un ostacolo nella scelta di proporre la propria candidatura, generando un processo di auto-selezione nei possibili interessati. Anche la credibilità del sistema sanitario regionale, intesa come la fiducia nella classe dirigente politica e manageriale, è un fattore che può influenzare i processi di auto-selezione. Si ritiene quindi rilevante esplorare le condizioni che i potenziali candidati ricercano nell'incarico di DG e quali fattori ostacolano/favoriscono il trasferimento dal privato al pubblico o la partecipazione a bandi fuori regione, unitamente alle ragioni di eventuale indisponibilità.

Le ulteriori due domande di ricerca individuate saranno pertanto:

- (2) La prospettiva dei potenziali candidati: cosa rende attrattivo per un manager che opera nel settore privato (sanitario o non sanitario) un incarico da DG nella sanità pubblica?**
- (3) La prospettiva dei potenziali candidati: cosa rende attrattivo per un DG una posizione in un SSR diverso da quello di provenienza?**

12.2.2 Metodologia della ricerca

La ricerca utilizza metodi di osservazione di tipo quali-quantitativo.

Per rispondere alla prima domanda, in merito alle strategie di reclutamento e selezione dei DG, si è ritenuto necessario indagare la prospettiva di alcuni policy maker coinvolti in recenti processi di selezione di DG in sanità. Sul totale dei 21 sistemi sanitari regionali, si è scelto di restringere la ricerca ad un campione di questi capace di soddisfare i seguenti criteri:

- ▶ Significatività del caso regionale per numerosità e rilevanza delle aziende, largamente determinata dall'ampiezza della popolazione;
- ▶ Segmentazione dei profili di performance complessiva del sistema regionale, al fine di includere regioni «forti» sul piano clinico ed economico (potenzialmente più capaci ed interessate ad attrarre competenze dal privato sanitario) insieme a regioni «deboli» (in piano di rientro, potenzialmente più interessate ad attrarre competenze extra-regionali).

Sulla base dei criteri citati, sono state scelte le seguenti regioni:

- ▶ Lombardia, per le regioni c.d. «forti», che ha compiuto la selezione dei DG attualmente in carica alla fine del 2015;

- ▶ Lazio, per le regioni c.d. «deboli», che ha realizzato la selezione dei DG, per la maggior parte ancora in carica, nel 2013;
- ▶ Piemonte, attualmente in una posizione intermedia fra le due regioni appena citate in quanto in fase di uscita dal piano di rientro, che ha selezionato i propri DG attualmente in carica nel 2014.

L'analisi del punto di vista dei policy-maker delle tre regioni citate è avvenuta tramite la realizzazione di interviste individuali semi-strutturate, precedute dall'analisi desk dei documenti disponibili sull'ultimo processo di selezione tenuto nella regione in oggetto.

L'intervista si componeva di tre parti: la prima finalizzata ad indagare gli elementi di forza e debolezza propri del processo regionale di selezione più recente, la seconda analizzava invece il profilo manageriale ricercato e la terza esplorava i vantaggi e gli svantaggi insiti nell'espansione del bacino di reclutamento al settore privato e alla mobilità interregionale.

Per l'individuazione dei soggetti da sottoporre a intervista, si è optato per due figure regionali chiave per ogni territorio: una figura dal profilo «politico» (es. assessore alla sanità regionale) e una figura dal profilo tecnico (es. direttore assessorato o membro della commissione regionale di selezione): questa scelta è stata operata così da garantire una pluralità di punti di vista. Sono pertanto state effettuate in totale sei interviste fra i mesi di marzo e maggio 2016.

L'approccio di analisi dei contenuti delle interviste operato in questa ricerca è di tipo narrativo, ovvero finalizzato a ricostruire la prospettiva degli intervistati e le loro rappresentazioni delle priorità strategiche.

Per rispondere alla seconda e alla terza domanda, relative alle preferenze dei candidati potenziali, è stato utilizzato lo strumento del questionario in formato elettronico. La popolazione di riferimento è stata identificata con l'insieme delle persone che al momento dell'invio del questionario (aprile-maggio 2016) ricoprivano la carica di DG in aziende sanitarie pubbliche o figure assimilabili nel settore sanitario privato (amministratore delegato, direttore generale, presidente con deleghe operative, etc.⁴), così da definire un insieme di candidati potenziali con un bagaglio di esperienza il più possibile assimilabile.

Il questionario è stato costruito allo scopo di indagare gli elementi di valore ricercati in un incarico da DG, nonché gli elementi che ostacolano o favoriscono l'invio della propria candidatura in selezioni esterne alla regione / settore di

⁴ Per evitare conflitti di interesse nella formulazione delle risposte, qualora tali figure avessero coinciso con la proprietà del gruppo sanitario privato o della struttura, accreditati o non accreditati, il questionario è stato sottoposto ad altre figure appartenenti al top management aziendale (es. Chief Financial Officer, Direttore Gestione Operativa, Direttore sanitario, etc.). Per poter entrare nel campione, il dimensionamento dei gruppi e delle strutture sanitarie private doveva essere di almeno 300 posti letto.

provenienza. A tal fine, esso si componeva di quattro sezioni: una dedicata all'anagrafica del campione, volta a conoscerne alcune caratteristiche rilevanti come l'età o la retribuzione; una dedicata alle esperienze pregresse, volta ad indagare se i rispondenti avessero già ricoperto un incarico da DG/AD/etc. (o avessero fatto parte della direzione strategica aziendale) e in quali Regioni; una volta all'individuazione della rilevanza di alcuni elementi di valore nell'incarico al momento ricoperto e nell'incarico ideale; una indirizzata ad identificare l'influenza di alcuni fattori motivanti nella decisione di accettare un incarico da DG con caratteristiche particolari (settore pubblico/sistemi sanitari regionali «deboli»).

Per evitare i possibili limiti insiti nello strumento del questionario (per esempio la rigidità delle variabili definite ex ante), si è scelto di sottoporre un questionario pilot ad un campione di 4 intervistati, selezionati sulla base della rappresentatività (due attivi in ambito sanitario pubblico, di cui uno più giovane e al secondo incarico da DG e l'altro con una lunga carriera nei vertici di aziende sanitarie e altri incarichi istituzionali; due attivi in ambito sanitario privato, di cui uno più giovane e alla prima esperienza in sanità alla conduzione di una esperienza imprenditoriale di successo e l'altra alla direzione di un gruppo presente in sette regioni italiane con esperienza sia del privato che del pubblico). A seguito di tali prime somministrazioni, il questionario è stato rivisto, perfezionato ed inviato via email a tutta la popolazione così identificata, per un totale di 264 persone.

12.3 Le strategie regionali di selezione dei DG nella prospettiva dei policy-maker: analisi delle interviste

Descrizione del processo di selezione: com'è e come dovrebbe essere?

In genere, tutti gli intervistati si sono dichiarati soddisfatti delle scelte e dell'esito del processo di selezione in analisi. Essi infatti hanno identificato come punti di debolezza non tanto le scelte puntuali compiute per istruire il processo, quanto piuttosto i vincoli di sistema, come i requisiti stabiliti dalla legge per definire il bacino dei profili candidabili a DG e i limiti imposti alla retribuzione. Al contrario, come elementi di forza del processo, gli intervistati hanno identificato fattori legati al singolo processo, come la qualità della collaborazione tra i membri della Commissione.

Più nel dettaglio, come elemento di debolezza è emerso chiaramente che tutti gli intervistati ritengono i requisiti definiti per legge ex art. 3-bis del D.Lgs n. 502/1992 e s.m.i. ormai desueti. Essi si configurano infatti come troppo laschi, non escludendo candidature provenienti da figure dirigenziali con ridotta autonomia e responsabilità di gestione di risorse (es. medici o infermieri responsabili di struttura semplice), e risultando allo stesso tempo eccessivamente restritti-

vi non ammettendo alla selezione figure interessanti come consulenti, figure in staff al direttore generale o accademici, con brillanti prospettive di carriera ma ridotta esperienza manageriale. Quest'ultimo punto è stato segnalato come critico da due interlocutori in riferimento alle regioni c.d. «deboli», che avrebbero necessità di profili giovani e innovativi e dove invece nel corso dell'ultimo processo di selezione sono stati privilegiati profili con maggiore esperienza e/o con carriere in ascesa. Uno dei due intervistati ha inoltre aggiunto che il favorire la presenza di una carriera in ascesa non tiene in considerazione, per quelle regioni che si trovano in condizioni di instabilità politica, della possibilità che, negli anni antecedenti la selezione, DG capaci siano stati vittime di rovesciamenti di fortuna non dovuti alle loro capacità manageriali bensì a dinamiche di natura politica.

In secondo luogo, un ulteriore fattore di debolezza del processo segnalato dalla componente politica riguarda il valore delle retribuzioni erogabili. In particolare modo è stato segnalato come gli stipendi non appaiano proporzionati ad un ruolo complesso come quello di direttore generale in aziende con un dimensionamento elevato (in termini di dipendenti, fatturato, bacino di utenza), una esposizione mediatica forte, una percezione pubblica non favorevole e ingenti responsabilità sociali, economiche e penali che ricadono sull'individuo. È inoltre impossibile differenziare le retribuzioni regionali sulla base delle dimensioni delle aziende o della complessità delle sfide da esse poste. I rischi che queste caratteristiche di sistema possono determinare sono il prevalere di logiche di appartenenza a quelle di merito, la riduzione della motivazione lavorativa dei DG, la diminuzione della capacità di attrarre i profili manageriali migliori. Ciò appare particolarmente vero se comparato con le retribuzioni attribuite al top management di aziende simili nel settore privato, che appaiono sensibilmente più elevate. Tale elemento di criticità è emerso anche durante la discussione relativa al bacino di reclutamento dei DG, successivamente trattata.

Un elemento di forza dei processi di selezione vissuti dagli interlocutori appare invece essere la presenza di una commissione allineata rispetto alle competenze manageriali da ricercare nei candidati (segnalato da 4 intervistati su 6); in questo senso la configurazione ideale è quella che coinvolga persone esperte che abbiano vissuto più di un processo di questo tipo. Fondamentale appare infatti garantire un processo di apprendimento dalle esperienze pregresse, con la consapevolezza che la presenza di errori è fisiologica in procedure così complesse. Altrettanto importante è avere background e competenze diverse.

Un elemento che emerge con una certa ambiguità dalle interviste è invece relativo al tempo impiegato per portare a termine il processo. Se da un lato un interlocutore di tipo politico segnala che una riduzione delle tempistiche diminuisce il rischio di negoziazioni di tipo politico, un interlocutore della parte tecnica segnala che tempi ristretti complessificano la comparazione dei candidati. In questo senso, quest'ultimo afferma che un processo ideale dovrebbe prevedere-

re una collaborazione fra il livello politico e tecnico della regione e la commissione, al fine di definire *ex ante* tempi adeguati per lo svolgimento di un processo strutturato.

La domanda successiva, relativa agli strumenti da utilizzarsi per la selezione dei candidati in un processo ideale, ha invece visto posizioni differenti all'interno del gruppo degli intervistati. Due di essi, con esperienza minore rispetto agli altri in processi di questo tipo, hanno infatti sostenuto la maggiore efficacia ed oggettività dei test in forma scritta (ovvero la redazione di un tema e/o test psico-attitudinale, che devono però essere preparati *ad hoc* rispetto ai fabbisogni regionali ed essere sviluppati in partnership con un fornitore competente), mentre tre degli interlocutori più esperti hanno indicato il colloquio come lo strumento più adatto per l'individuazione delle attitudini dei candidati che, fra manager di così elevato profilo, risultano maggiormente rilevanti rispetto alle competenze tecniche (considerate come acquisite per tutti coloro che rispondono ai requisiti formali stabiliti dalla normativa). Un intervistato si distingue infine dagli altri, affermando che un processo di selezione ideale dovrebbe essere affidato a degli *head hunter*, tramite gara pubblica o commissione di garanti, in modo che essi propongano alla regione una rosa di tre possibili candidati per struttura sanitaria. Quest'ultimo afferma di apprezzare tale processo per la sua trasparenza e capacità di selezionare profili adeguati per specifiche posizioni con caratteristiche differenti (es. in ASL, AO, AOU, etc.); il problema operativo e strategico che ciò pone però è se un singolo candidato possa essere citato in più rose per diverse aziende.

Da ultimo, se tutti gli intervistati affermano l'importanza di una prima scrematura tramite *curricola vitae*, due tecnici su tre segnalano la rilevanza di richiedere *curricola* completi rispetto alle informazioni considerate rilevanti prima che il processo di selezione abbia inizio, per esempio tramite la pubblicazione di un format on line standard in allegato al bando pubblico, così che essi siano più facilmente comparabili fra loro.

In relazione alla richiesta di specificare quali caratteristiche dovrebbe avere un processo di selezione ideale, tre persone (fra cui due appartenenti al gruppo dei tecnici ed ex membri di commissioni) su sei sostengono che la componente politica dovrebbe comunicare alla commissione e ai potenziali interessati al bando i criteri di valutazione, o comunque un indirizzo relativo alle competenze, attitudini, etc. che vengono ricercate, almeno in via informale. Due di esse hanno inoltre affermato che tali indicazioni dovrebbero essere rese pubbliche tramite il bando, chiarendole così anche sul piano formale. Essi ritengono che in questo modo la selezione verrebbe percepita anche all'esterno come imparziale e trasparente, attirando numerose candidature anche dal privato e da fuori regione. Un intervistato invece, appartenente al gruppo dei «politici», sostiene che la regione non debba in alcun modo influenzare i lavori della commissione, rendendo anzi pubblica tale condotta così da sterilizzare la presenza di eventuali logi-

che di fedeltà politica. Il vantaggio che egli identifica in tale scelta risiede nella possibilità di attrarre e selezionare i candidati tecnicamente migliori (decisione da mantenersi però anche in fase di nomina).

Due sono le considerazioni che è possibile trarre da quest'ultimo punto:

- ▶ La componente tecnica percepisce una difficoltà da parte della politica nel definire le competenze professionali ricercate e di conseguenza nel dedurre i criteri di valutazione delle candidature, in quanto fisiologicamente alla ricerca di vicinanza politica più che di competenza tecnica;
- ▶ Vi è una scarsa disponibilità da parte della politica nel definire le caratteristiche ricercate nei profili dei candidati, indirizzata ad evitare l'accusa di voler influenzare il processo di selezione tecnica. In tal senso, tale componente politica ricerca prevalentemente il consenso dell'opinione pubblica sulla trasparenza e oggettività della selezione o, almeno, sulla sua narrazione. Un tecnico interpreta questo fenomeno come fisiologico, affermando che è quindi compito della commissione interrogare i vertici regionali al fine di comprendere quali siano i profili da ricercare, mentre gli altri lo percepiscono come una mancanza da parte della politica.

Quale profilo manageriale ricercare?

Nella seconda parte della discussione è stato chiesto ai sei intervistati di esprimere un proprio parere rispetto alle caratteristiche che un direttore generale di azienda sanitaria dovrebbe possedere e come (e se) direttori con profili diversi debbano essere indirizzati verso aziende diverse (IRCCS, ASL, AO, aziende robuste in crescita vs. aziende da risanare, aziende metropolitane vs. decentrate, etc.).

Durante la realizzazione delle interviste è apparsa evidente una distinzione fra: i politici, che ritenevano particolarmente rilevante distinguere profili specifici da orientare su strutture definite; e i tecnici, che ritenevano necessario selezionare i candidati in base ad un profilo unitario di manager di azienda complessa, capace di sviluppare una visione sistemica della stessa, più negoziatore e stakeholder manager che «comandante», capace di ascolto e lettura del contesto e di assunzione di decisioni anche impopolari. La posizione dei due gruppi veniva poi a conciliarsi rispetto alla fase di nomina, dove anche i tecnici affermavano la necessità di una distinzione, anche non formalizzata, in particolar modo con riferimento agli IRCCS e ai contesti universitari. Più specificatamente, tutti gli attori concordavano nell'affermare che:

- ▶ Negli IRCCS/aziende universitarie è necessario un profilo particolarmente sensibile rispetto alla ricerca e innovatore, che conosca bene il mondo universitario, capace di portare il proprio istituto a competere a livello europeo. Il mercato di questa tipologia di DG appare molto ristretto, in quanto si limita

- ai soli IRCCS, alle AOU o a coloro che hanno fatto parte di direzioni scientifiche;
- ▶ Nelle ASL è necessario un profilo che potremmo definire «orizzontale», in grado di negoziare con le istanze del territorio e dei professionisti, capace di leggere i bisogni non solo sanitari ma anche sociosanitari, di affrontare le pressioni e la complessità del territorio e degli attori che vi operano;
 - ▶ Nelle AO è necessario invece un profilo che potremmo definire maggiormente «verticale», più operativo, meno focalizzato sulla negoziazione politica rispetto al caso dell'ASL. Nelle AO infatti il DG è chiamato a gestire più i processi operativi interni che la relazione con i portatori di interesse del territorio. Gli intervistati evidenziano come questo profilo si avvicini più a quello di un manager di azienda di produzione di servizi (non necessariamente pubblica né sanitaria), che deve essere in grado di fare squadra con i professionisti.

Due intervistati hanno poi evidenziato un ulteriore interessante elemento: ritengono infatti fondamentale che vengano favoriti profili professionali collaborativi piuttosto che una serie di unità molto capaci singolarmente ma poco integrate, al fine di costituire una squadra regionale che operi armonicamente. Le aziende sanitarie si configurano infatti come una «holding» di proprietà regionale all'interno di un sistema unitario, dove la logica collaborativa dovrebbe incidere maggiormente rispetto alla logica competitiva. Essi segnalano infine l'importanza di compiere una differenziazione anche fra aziende che vivono un momento storico in cui necessitano di maggiore innovazione e quelle che invece necessitano di maggiore stabilità.

Quale bacino di reclutamento?

Durante la terza ed ultima parte delle interviste, la discussione si è orientata sui vantaggi e gli svantaggi insiti nella ricezione di candidature inter-settoriali e inter-regionali.

In primo luogo, tutti gli attori coinvolti hanno confermato l'importanza di ricevere candidature esterne sia come testimonianza dell'imparzialità e della trasparenza percepite del processo, sia come arricchimento delle competenze presenti nella squadra regionale, sia come modalità per incentivare il ricambio del top management ed evitare la costituzione di logiche di appartenenza verso la politica e i professionisti dell'azienda sanitaria stessa. Si evidenziano però di seguito alcuni punti di attenzione emersi.

Opinioni degli intervistati relativamente alla ricezione di candidature dal settore privato:

- ▶ *Sanitario.* Il maggior numero di candidature di questo tipo proviene da persone che gestiscono piccole case di cura o residenze sanitarie assistenziali con

un numero di posti letto, di dipendenti e in generale con una complessità organizzativa non comparabili rispetto a quella propria di una ASL o di una AO. Pertanto, tali profili risultano sovente inadeguati al ruolo per cui si sono candidati. D'altra parte, le candidature provenienti da manager operanti in grandi gruppi o in grandi strutture sanitarie private risultano essere quantitativamente irrilevanti, se non del tutto assenti. Gli intervistati interpretano tale fenomeno con riferimento all'elevato valore delle retribuzioni erogate in tali organizzazioni, che superano gli stipendi pubblici anche di due o tre volte, ad un minore carico di responsabilità (orientate più verso il CdA e gli azionisti che verso la molteplicità di stakeholder tipica dei soggetti pubblici) e ad una minore esposizione mediatica;

- ▶ *Non sanitario.* Poche appaiono essere le candidature provenienti da altri settori, presumibilmente per le stesse motivazioni addotte nel caso del settore sanitario privato. In aggiunta, è necessario considerare che secondo il parere degli intervistati l'operare nel settore sanitario pubblico richiede delle doti negoziali, una sensibilità pubblica, una capacità di lettura dei bisogni del territorio e di ascolto non sempre presenti in coloro che operano in altri settori, elemento che porta le commissioni a scartare tali profili e i candidati ad auto-selezionarsi. Si segnala però un'apertura degli intervistati verso l'inserimento di un profilo manageriale di questo tipo all'interno delle aziende ospedaliere: rispetto alle aziende territoriali, infatti, esse vengono percepite come più «imprenditoriali» e «gerarchiche», adatte quindi ad approcci di governo più vicini a quelli delle imprese private. Secondo alcuni intervistati, fondamentale appare per queste figure la selezione di collaboratori (in primis i direttori sanitario e amministrativo) conoscitori delle dinamiche e del linguaggio pubblico.

Opinioni degli intervistati relativamente alla ricezione di candidature da altre regioni:

- ▶ Gli intervistati ritengono che la reputazione dei sistemi sanitari regionali giochi un ruolo fondamentale nell'auto-selezione operata dai potenziali candidati. Essi sostengono infatti che sistemi considerati chiusi, ovvero dove storicamente le nomine sono più facilmente ricadute su persone la cui carriera professionale si è sviluppata sul territorio, più difficilmente riceveranno profili dall'esterno. Viceversa, sistemi regionali considerati aperti e procedure di selezione percepite come eque e trasparenti attireranno candidature di elevata qualità anche da altri territori (o settori). Fondamentale è inoltre la serie storica delle performance economiche e sanitarie delle singole regioni, in un clima politico-culturale orientato a stigmatizzare le pubbliche amministrazioni con risultati insufficienti e a responsabilizzarne immediatamente il management, senza alcun distinguo di contesto e di capita-

le istituzionale e amministrativo disponibili. Gli intervistati ritengono che questo clima spinga il management pubblico ad evitare contesti difficili, che richiedono lunghi e complessi cambiamenti nel breve periodo fisiologicamente non raggiungibili, alimentando una propensione della categoria a spostarsi nelle regioni tradizionalmente più forti. Inoltre, paradossalmente, le regioni più deboli e managerialmente più difficili, sono quelle con le retribuzioni più basse, determinando una selezione avversa del management. Ciò implica forti differenze interregionali relativamente alla ricezione di candidature extra-regionali, che si distribuiscono pertanto in modo opposto ai fabbisogni di governo del SSN (molte candidature qualificate verso i sistemi forti);

- ▶ Durante le interviste è inoltre emerso che una motivazione che potrebbe trattenere i DG dallo spostarsi in altre regioni potrebbe essere connessa all'accumulo di conoscenze istituzionali e regolatorie di tipo regionale: il nostro SSN si suddivide infatti in 21 SSR, di fatto indipendenti fra loro e con regole proprie, che i direttori generali devono imparare a conoscere. Cambiare ambiente di lavoro significa rinunciare a tali conoscenze accumulate sottoponendosi ad un nuovo processo di apprendimento. Questo elemento favorirebbe quindi la creazione di sub-mercati;
- ▶ Gli interlocutori coinvolti evidenziano che se il numero delle candidature extra-regionali può non essere elevato, sono solitamente numerose le candidature di persone che hanno operato in contesti regionali diversi che vengono selezionate dalle commissioni regionali per entrare nelle c.d. «short list». Essi attribuiscono tale ricorrenza al fatto che l'essere venuti in contatto con ambienti differenti viene frequentemente considerato un plusvalore da parte degli esperti. Al momento della nomina però, solo poche di queste candidature vengono effettivamente selezionate per la carica di direttore generale. In particolare, un intervistato ritiene che quest'ultimo fenomeno sia dovuto ad una mancanza di fiducia da parte della giunta regionale, che preferisce ricorrere a profili regionali già noti e che lasciano presumere una più facile negoziazione futura sugli indirizzi da assumere nel territorio. Una interpretazione alternativa si basa sulla scarsa appetibilità economica della mobilità interregionale, che determina rifiuti dei candidati perché ad essa non viene associata alcuna retribuzione aggiuntiva, ma solo i costi addizionali di un secondo domicilio e di trasferta settimanale, senza alcun rimborso.

Da ultimo, gli intervistati segnalano il rischio della costituzione di un circolo vizioso relativo alla mobilità intersettoriale e interregionale: stipendi ridotti e percezione negativa del sistema rischiano infatti di disincentivare la candidatura dei profili migliori, peggiorando le determinanti dei risultati economici e di salute, riducendo ulteriormente la credibilità e attrattività professionale del sistema sanitario regionale, generando una spirale negativa.

12.4 La prospettiva dei candidati potenziali: tra realtà ed aspettative

Nel paragrafo precedente sono state analizzate le percezioni di un campione di policy maker relativamente ai processi di selezione dei DG in sanità; in maniera complementare, in questo paragrafo è analizzata la prospettiva dei DG della sanità pubblica e privata in merito ai fattori che incentivano o disincentivano la mobilità interregionale e intersettoriale.

La rilevazione è stata condotta tramite survey online su tutta la popolazione di DG delle ASL e AO italiane e figure assimilabili nel settore sanitario privato (in gruppi o strutture di dimensioni superiori a 300 posti letto). Come anticipato nel paragrafo 12.2.2, il questionario inviato si componeva di quattro sezioni: una dedicata all'anagrafica del campione; una volta all'indagine delle esperienze manageriali pregresse; una dedicata all'individuazione della rilevanza di alcuni elementi di valore nell'incarico al momento ricoperto e nell'incarico ideale; una indirizzata ad identificare l'influenza di alcuni fattori motivanti nella decisione di accettare un incarico da DG con caratteristiche particolari (settore pubblico/ sistemi sanitari regionali «deboli»). Le evidenze empiriche raccolte tramite la survey in oggetto costituiscono una base su cui è possibile articolare delle proposte di miglioramento dei processi di reclutamento e selezione di profili manageriali eccellenti alla luce delle aspettative e delle preferenze dei possibili candidati; tali proposte vengono illustrate nel paragrafo 12.5.

Anagrafica

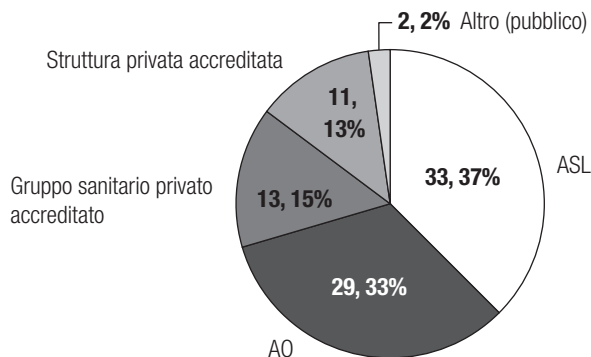
Hanno risposto all'indagine 88 persone, 23 donne e 65 uomini, in 16 diverse regioni italiane⁵, per un tasso di risposta del 33,3%; la distribuzione dell'età dei rispondenti viene riportata nella Tabella 12.2 sottostante.

Tabella 12.2 **Distribuzione dell'età del campione**

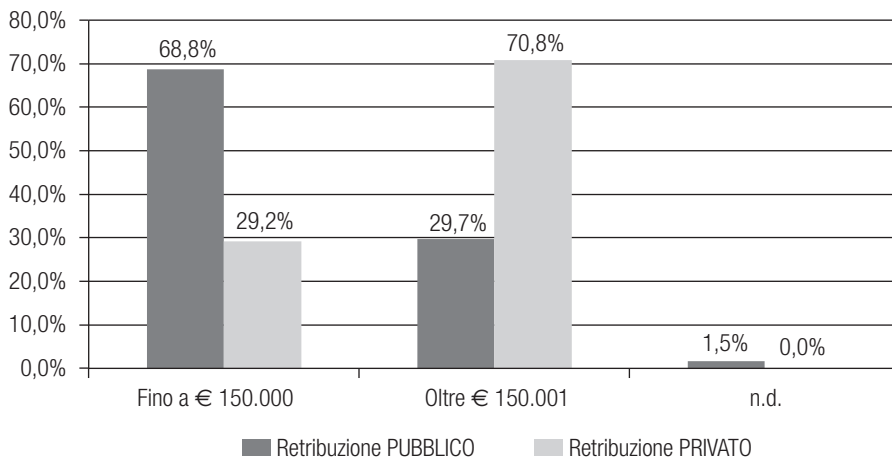
36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	Oltre 60 anni	Totale
2	2	18	22	21	23	88
2,3%	2,3%	20,5%	25,0%	23,9%	26,1%	100,0%

Come mostrato dalla Figura 12.1, degli 88 rispondenti, 24 operano nel settore sanitario privato e 64 nel settore sanitario pubblico; in particolare, si riscontra la presenza di 33 risposte provenienti da DG di aziende sanitarie locali, 29 di aziende ospedaliere, 13 di gruppi sanitari accreditati, 11 di direttori di strutture private accreditate, 2 di aziende socio-sanitarie (ASP/IPAB).

⁵ Basilicata, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Trentino Alto Adige, Umbria, Veneto.

Figura 12.1 **Tipologia di struttura gestita**

Come già anticipato, obiettivo di questa prima sezione del questionario era di verificare la sussistenza di un disallineamento fra il valore delle retribuzioni dei DG che operano nel settore sanitario pubblico e dei top manager che operano nel settore sanitario privato. L'analisi delle risposte ottenute conferma la presenza di tale disallineamento fra livelli retributivi. Come è possibile notare dalla Figura 12.2 infatti, il 29,7% dei direttori che operano in ambito pubblico riceve una retribuzione lorda annua superiore ai 150.000 euro, mentre tale quota aumenta fino al 70,8% per coloro che operano in ambito privato. Anche la remunerazione variabile appare inferiore nel settore pubblico: in questo settore essa è infatti per il 100% dei rispondenti al di sotto del 20% della RAL, mentre nel settore privato essa è superiore a tale valore per il 42% dei rispondenti. Questo

Figura 12.2 **Retribuzione dei DG o figure assimilabili per ambito di appartenenza**

risultato quindi, che conferma quanto già riportato in altri studi (ad es. Longo *et al.*, 2011), sembra avvalorare quanto affermato dagli intervistati relativamente alle possibili cause della ridotta ricezione di candidature dal settore sanitario privato (§ 12.3).

Molto interessante è infine notare che quanto sinora affermato in relazione alla mobilità fra settori è applicabile anche alla mobilità interregionale. Vi sono infatti evidenze empiriche (per es. Ghezzi *et al.*, 2016) che mostrano che le regioni con problemi finanziari e di standard assistenziali minori registrano stipendi più bassi per il top management rispetto alle altre. Questo elemento conferma quindi la percezione riportata da alcuni intervistati relativamente ai flussi della mobilità fra regioni, ovvero che essi siano indirizzati prevalentemente da sud (dove si trova la maggior parte delle regioni in piano di rientro) verso il nord (§ 12.3).

Esperienze pregresse

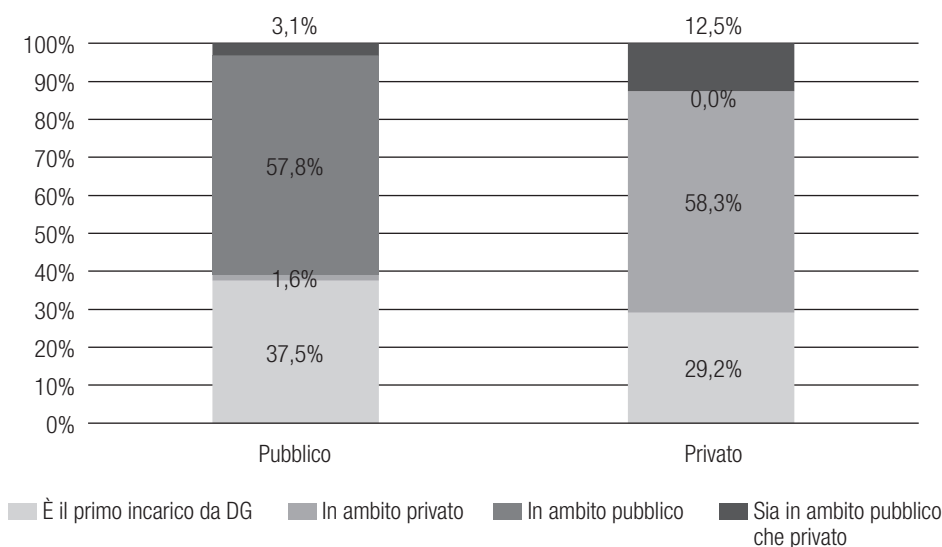
Obiettivo di questa seconda parte del questionario era valutare l'entità della mobilità dei DG fra settori e fra regioni, che viene considerata come un'occasione di *cross-fertilization* per la crescita del SSN nel suo complesso.

La Figura 12.3 mostra parte delle esperienze lavorative pregresse dei rispondenti. Innanzitutto emerge che il 37,5% di coloro che operano nel settore pubblico e il 29,2% di coloro che operano nel settore privato ricoprono per la prima volta il ruolo di direttore generale (o figure assimilabili per il privato). Il grafico mostra inoltre che in entrambi i casi la quota di rispondenti che hanno già ricoperto tale incarico all'interno del settore di appartenenza appare assimilabile (57,8% nel pubblico e 58,3% nel privato). Interessante è invece osservare coloro che hanno esperienza come DG in entrambi i settori: tale quota è infatti più elevata nel privato, dove raggiunge il 12,5% dei rispondenti, che nel pubblico, dove invece è pari al 3,1%; è possibile quindi immaginare che vi sia maggiore mobilità dal pubblico verso il privato che viceversa.

Approfondendo inoltre l'analisi solo su coloro che hanno già ricoperto un incarico da DG o figure assimilabili, è possibile verificare in quante regioni i rispondenti abbiano esercitato tale ruolo. Dall'elaborazione dei dati raccolti è emerso che nel settore privato vi è una maggiore mobilità geografica, in quanto sono il 76,5% i DG che hanno operato in una sola regione, l'11,8% coloro che hanno operato in due, il 5,9% in tre e il 5,9% in quattro o più regioni; nel settore pubblico invece l'82,5% dei DG ha svolto il proprio incarico in una sola regione, il 7,5% in due, il 7,5% in tre e il restante 2,5% in quattro o più.

Il settore privato appare quindi maggiormente attento rispetto al settore pubblico nell'attrarre profili con esperienza in contesti e aree geografiche diverse; in alternativa, è possibile ipotizzare che gruppi privati presenti in più regioni propongano al proprio management esperienze interne a livello apicale in strutture di diverse regioni.

Figura 12.3 **Esperienze pregresse come DG o figure assimilabili per ambito di appartenenza**



Value proposition: elementi di attrattività nell'incarico di DG

Al fine di analizzare le motivazioni alla base delle scelte di mobilità dei manager della sanità, si è scelto di comparare tra loro più fattori di attrattività di un incarico da DG, articolati sulla base della già citata letteratura sull'*employer branding*, che sottolinea come l'attrattività di un impiego sia la combinazione di condizioni strumentali (stipendio, bonus, orario di lavoro, benefit), ma anche simboliche, ideologiche e relazionali (status, impatto sociale del lavoro, fiducia e autonomia, adesione ai valori dell'organizzazione) (Bachaus e Tikoo, 2004; Martin, 2008; Miles e Mangold, 2004), l'identità dell'azienda (Albert e Whetten, 1985) e la chiarezza dei valori di riferimento (Lievens *et al.*, 2007; Lievens e Highhouse, 2003).

Le aspettative professionali relative all'incarico da DG e le preferenze di scelta dei top manager della sanità pubblica e privata sono quindi state indagate attraverso una serie di 14 domande sintetizzabili nelle categorie «Retribuzione e famiglia», «Autonomia», «Prestigio e impatto», «Relazioni istituzionali». In particolare, è stato richiesto ai rispondenti di indicare su una scala da 1 (poco d'accordo) a 6 (molto d'accordo) quali fattori ritrovassero nell'incarico al momento ricoperto (ovvero nell'incarico «AS IS») e quali ritenessero rilevanti considerare per un nuovo incarico da DG (ovvero «TO BE»). La Tabella 12.3 riporta le risposte ottenute, evidenziando la differenza (Delta) fra il punteggio attribuito all'incarico «ideale» e quello attualmente ricoperto.

In termini generali, è possibile notare che nelle prime 7 domande il privato registra valori superiori rispetto alle aziende pubbliche sia nella colonna «AS

Tabella 12.3 **Preferenze dei rispondenti al questionario**

	Ambito pubblico			Ambito privato		
	AS IS	TO BE	Delta	AS IS	TO BE	Delta
Retribuzione e famiglia						
1. Uno stipendio adeguato alle sue aspettative/responsabilità	3,1	4,3	1,2	4,4	4,9	0,5
2. Bonus basati sui risultati conseguiti	2,9	4,4	1,5	4,0	4,8	0,9
3. La prossimità del luogo di lavoro con l'abitazione / la residenza della famiglia	3,8	3,5	-0,4	4,3	4,2	-0,1
Media retribuzione e famiglia	3,3	4,1	0,8	4,2	4,6	0,4
Autonomia						
4. L'autonomia nella definizione delle priorità, nei confronti della politica / shareholder	4,1	4,8	0,7	4,4	5,3	0,8
5. L'autonomia nella definizione della scelta dei collaboratori	4,7	5,2	0,5	4,8	5,5	0,7
6. L'autonomia nell'utilizzo del budget	3,9	4,8	0,9	4,5	5,4	0,8
Media autonomia	4,2	4,9	0,6	4,6	5,4	0,5
Prestigio e impatto						
7. Il prestigio dell'azienda che dirige (n. di pazienti, n. di dipendenti, fatturato, reputazione, etc.)	4,5	4,5	0,0	5,1	4,6	-0,5
8. Il prestigio del sistema sanitario regionale nel quale presta servizio	4,8	4,6	-0,2	4,3	3,9	-0,4
9. L'impatto del proprio operato nel contesto locale	4,9	4,8	-0,1	4,5	4,5	0,0
10. Il riconoscimento sociale del proprio operato nel contesto locale / status (es. da parte di politica, media, inviti ad eventi, etc.)	4,4	4,2	-0,2	4,2	4,1	-0,1
Media prestigio e impatto	4,6	4,5	0,3	4,5	4,3	0,5
Relazioni istituzionali						
11. Le condizioni economiche di gestione (disponibilità di risorse per investimenti, sviluppo, etc...)	3,3	4,8	1,5	3,9	4,8	0,8
12. La fiducia e la delega da parte della Regione / degli shareholder	4,4	5,2	0,7	4,2	5,1	0,9
13. La chiarezza delle strategie sanitarie regionali	4,0	5,1	1,1	2,6	4,5	1,9
14. L'adesione alle strategie sanitarie regionali	4,8	5,0	0,2	3,3	4,5	1,1
Media relazioni istituzionali	4,1	5,0	0,7	3,5	4,7	0,8

IS» che nella colonna «TO BE», mentre nelle successive 6 domande (ad eccezione della n° 11) si registrano valori più elevati in ambito pubblico. Possiamo quindi desumere da tali risposte che, mediamente, il privato percepisca il proprio incarico attuale come ben retribuito e con elevata autonomia nell'assunzione delle decisioni, mentre il pubblico si identifichi maggiormente in incarichi di responsabilità e prestigio, in cui le relazioni istituzionali sono particolarmente rilevanti e soddisfacenti. Possiamo notare inoltre che nessuno dei due gruppi si discosta particolarmente dai valori «AS IS» nell'immaginare gli elementi che potrebbero caratterizzare un nuovo incarico da DG, mantenendo nei fatti una certa propor-

zionalità nelle risposte e mostrando quindi una certa difficoltà nell'immaginare un incarico diverso da quello attualmente ricoperto.

Le risposte ricevute registrano una minor soddisfazione dei DG pubblici rispetto al top management privato relativamente all'ammontare della retribuzione e dei bonus; questi ultimi in particolare appaiono come critici, in quanto in entrambi i gruppi di risposte la differenza è elevata (1,5 in ambito pubblico e 0,9 in ambito privato), segnalando un interesse dei rispondenti verso l'innalzamento dei bonus calcolati sui risultati di performance ottenuti. Poco rilevante appare invece essere la distanza del luogo di lavoro dalla propria residenza. Differenze più contenute e allineate fra pubblico e privato si riscontrano in relazione all'autonomia delle scelte, le cui risposte presentano valori nella colonna «TO BE» particolarmente elevati, talvolta superiori a 5; ciò testimonia l'importanza che i rispondenti attribuiscono al poter definire liberamente le proprie scelte. Valori vicini allo 0 o negativi (ovvero di ridotto interesse per i rispondenti) sono identificabili in relazione alla categoria «Prestigio e impatto», che non riscuote quindi le preferenze dei professionisti coinvolti. Da ultimo appare particolarmente rilevante la distanza fra l'attuale contenuto degli incarichi e quello desiderato in riferimento alle relazioni istituzionali, che segnala: per il pubblico, la rilevanza delle condizioni economiche di gestione e la chiarezza delle strategie sanitarie regionali; per il privato, la chiarezza delle strategie sanitarie regionali (con un delta molto elevato, 1,8, che ne segnala la forte criticità attualmente percepita) e l'adesione alle strategie sanitarie regionali.

In sintesi, è possibile affermare che gli elementi di maggiore attrattività per un nuovo incarico da DG sono:

- ▶ Per coloro che operano nel settore pubblico: più elevati livelli retributivi (e in particolare l'incremento dei bonus calcolati sui risultati conseguiti), condizioni economiche di gestione più favorevoli (ovvero maggiore disponibilità di risorse per investimenti, sviluppo etc.) e maggiore chiarezza nelle strategie sanitarie adottate dalle regioni;
- ▶ Per coloro che operano nel settore privato: maggiore chiarezza nelle strategie sanitarie adottate dalle regioni, maggiore adesione alle strategie sanitarie regionali e, a pari merito, bonus più elevati e maggiore fiducia / delega da parte della Regione / degli shareholder.

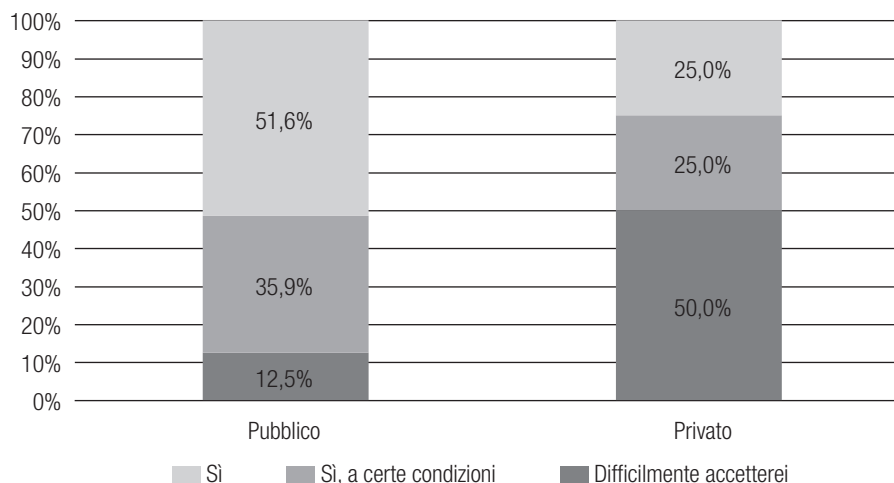
Preferenze individuali: quali motivazioni influiscono nell'accettare un incarico da DG?

I risultati mostrati nella Tabella 12.3 sono stati ulteriormente approfonditi nella quarta ed ultima parte del questionario, dedicata alle preferenze dei rispondenti. Obiettivo di questa sezione era comprendere se e con quali vincoli i potenziali candidati avrebbero accettato un incarico da DG con caratteristiche particolari (settore pubblico/sistemi sanitari regionali «deboli»).

La Figura 12.4 mostra quindi la disponibilità dei candidati ad accettare un incarico da DG e in particolare presenta:

- ▶ Sulla colonna di sinistra le risposte ricevute dai DG pubblici relativamente alla domanda «Prenderebbe in considerazione un incarico da DG in un Sistema Sanitario Regionale con performance cliniche e aziendali inferiori a quelle da cui proviene (es. in piano di rientro)?» Come è possibile notare, la maggior parte dei rispondenti (51,6%) prenderebbe in considerazione tale possibilità senza apporre condizioni, il 35,9% vorrebbe invece garanzia di alcune condizioni (es. un mandato chiaro, supporto da parte della regione, autonomia nelle scelte, etc.), mentre il 12,5% difficilmente accetterebbe tale opportunità;
- ▶ Sulla colonna di destra le risposte ricevute dal top management privato relativamente alla domanda «Prenderebbe in considerazione un incarico da DG in una struttura pubblica?» In questo caso troviamo invece risultati molto diversi: il 50% dei rispondenti non prenderebbe in considerazione tale incarico, mentre il restante 50,0% lo prenderebbe in considerazione (equamente diviso fra coloro che apporrebbero condizioni e coloro che accetterebbero senza particolari vincoli).

Figura 12.4 **Disponibilità dei DG o figure assimilabili ad accettare incarichi che prevedano mobilità interregionale o intersettoriale per ambito di appartenenza**

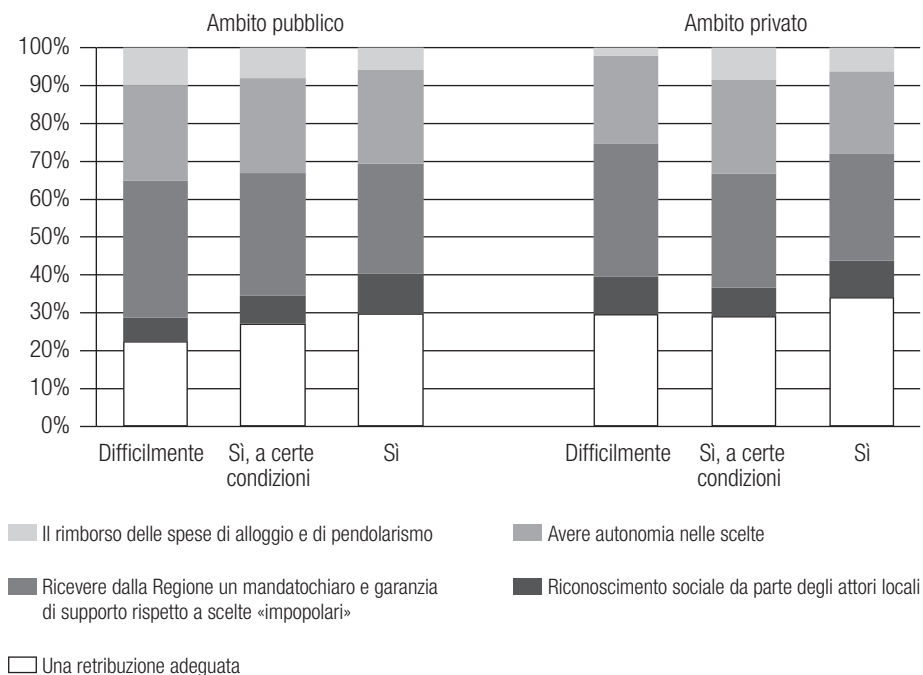


In seguito sono state indagate le motivazioni che potrebbero indurre i rispondenti ad accettare gli incarichi da DG proposti (per i DG pubblici, in regioni con performance cliniche e aziendali inferiori a quelle di provenienza; per il top management privato, in strutture pubbliche).

Tale analisi è stata effettuata conferendo a ciascun rispondente 100 punti da redistribuire a seconda della rilevanza che ciascuna variabile proposta⁶ avrebbe avuto nella decisione; per esempio, un punteggio di 80 attribuito al livello retributivo avrebbe testimoniato una sua influenza sulla scelta pari all'80%. Le risposte ottenute vengono mostrate nella Figura 12.5.

Come è possibile osservare dal grafico, emerge in primo luogo come le motivazioni che potrebbero indurre i rispondenti ad accettare un incarico da DG con le caratteristiche precedentemente citate siano simili indipendentemente dalla tipologia di settore di provenienza e dalla predisposizione della persona ad accettare effettivamente l'incarico. In particolare, si può notare che la variabile più rilevante nella scelta risulterebbe essere il ricevere dalla Regione un mandato chiaro e garanzia di supporto rispetto all'assunzione di decisioni «impopolari» (tale motivazione influirebbe sulla scelta per il 31,2% per coloro che operano in

Figura 12.5 **Disponibilità dei DG o figure assimilabili ad accettare incarichi che prevedano mobilità interregionale o intersettoriale per ambito di appartenenza e motivazione**



⁶ Le variabili proposte erano: una retribuzione adeguata (comprensiva di bonus), riconoscimento sociale da parte degli attori locali (media, associazioni etc.), ricevere dalla Regione un mandato chiaro e garanzia di supporto rispetto a scelte «impopolari», avere autonomia nelle scelte, il rimborso delle spese di alloggio e di pendolarismo.

ambito pubblico e per il 32,1% per coloro che operano in ambito privato). In secondo luogo appare particolarmente influente il livello retributivo; esso infatti pesa in media per il 28,0% nelle scelte dei DG pubblici e per il 30,6% nelle scelte del top management privato. Rilevante sarebbe inoltre il poter definire liberamente gli indirizzi da seguire all'interno dell'azienda (per il 24,8% secondo i DG pubblici e per il 23,3% per i manager privati). Due sono le variabili residuali: il riconoscimento sociale da parte degli stakeholder locali (che pesa per l'8,8% in ambito pubblico e per il 9,3% in ambito privato) e il rimborso delle spese per il pendolarismo (rispettivamente 7,2% per il pubblico e 4,7% per il privato). I risultati non appena citati confermano quanto poc'anzi affermato in relazione alla Tabella 12.3.

12.5 Alcune proposte per migliorare i processi di selezione dei DG in sanità

Le evidenze raccolte ci segnalano alcune evidenti criticità:

1. I sistemi regionali hanno difficoltà a definire le specificità professionali attese per il proprio top management e quindi a contestualizzarlo per le diverse tipologie di aziende. Allo stesso modo, non si interrogano esplicitamente sul «se» e «quando» desiderano avere immissioni da altre regioni, dal settore sanitario privato o altre industrie;
2. I sistemi regionali non riescono a qualificare in modo esplicito *ex ante* il ruolo reciproco della Giunta, del vertice tecnico e delle commissioni di esperti esterne nei processi di selezione, determinando degli assetti emergenti, di norma razionalizzati *ex post*;
3. Pur essendoci oramai una ricca serie di esperienze di selezione del top management con strumenti innovativi, questi ultimi non sono mai stati sistematizzati; allo stesso modo, non esiste un meccanismo di apprendimento di sistema, sfavorito anche dalla decisione di non retribuire i selezionatori, che, per definizione, colloca tale processo in una prospettiva non professionale e sistematica. In particolare, rimane aperto se e come combinare la raccolta e l'assessment dei CV, i test psico-attitudinali, i temi o questionari di auto-valutazione manageriale e i colloqui. Inoltre, nessuna regione sembra valorizzare le informazioni disponibili sulle performance storiche del management in servizio;
4. Vi è la comprensione della rilevanza e un generico desiderio di attrarre competenze professionali robuste provenienti da altre regioni o dal settore sanitario privato di grandi dimensioni, in particolar modo per le regioni più «deboli», per aumentare lo scambio di culture manageriali e la competizione nelle carriere direttive. Non sembra esservi però nessuna reale politica attiva effi-

- cace in tale direzione, agendo tutti gli incentivi *de facto* in azione in direzione opposta, con condizioni di lavoro più sfavorevoli proprio nei contesti con più alto deficit di competenze;
5. La mobilità professionale del top management dal settore privato al pubblico è quasi inestitente, così come i flussi di direttori dalle regioni «forti» verso quelle a basse performance economiche e sanitarie;
 6. Si è consolidata una robusta classe direzionale per le aziende sanitarie, che è più sensibile alle condizioni di lavoro (chiarezza di mandato, spazio strategico, sostegno per le scelte impopolari) che al prestigio o allo status sociale e che non teme gli elementi di complessità.

Alla luce di questo scenario emergono con una certa nitidezza le politiche che è possibile implementare qualora si ritenga che il SSN abbia bisogno di diffondere le migliori competenze gestionali e di ibridare tra di loro i diversi contesti regionali e il settore pubblico con quello privato.

Innanzitutto occorre decidere se inserire nell'agenda di policy del SSN il tema della mobilità tra pubblico e privato e tra regioni definendolo come uno dei target, ricordandosi che si tratta comunque di uno strumento per il miglioramento del sistema e non di un fine del medesimo.

Messo in agenda questo tema emerge la necessità di allineare le retribuzioni alle sfide e alle responsabilità manageriali assegnate: più è complessa e grande un'azienda e maggiore deve essere la retribuzione; più è difficile il contesto regionale e gli obiettivi risultano sfidanti, più alto deve essere l'incentivo ad andarci. A questo proposito è possibile ipotizzare un aumento significativo delle retribuzioni, con un incremento più che proporzionale della quota variabile rispetto a quella fissa, correlata ad obiettivi rilevanti e complessi. La quota variabile deve però essere gestita in modo professionale e rigoroso e non in funzione dei ritmi politici, come avviene oggi, dove si valutano gli obiettivi raggiunti anche con anni di ritardo, definendo la quota riconosciuta più in funzione delle sostenibilità politica che dei risultati effettivamente conseguiti. Un incremento rilevante delle quote variabili è probabilmente oggi anche politicamente più sostenibile rispetto all'aumento dello stipendio tabellare.

Per incentivare la mobilità interregionale si potrebbero inoltre prevedere dei rimborsi spese per alloggi aggiuntivi e pendolarismo del fine settimana, soprattutto laddove i contratti sono molto brevi (es. 3 anni).

Una quota variabile della retribuzione può essere tanto più robusta e credibile quanto più un sistema sanitario regionale è in grado di definire la propria pianificazione e di assegnare chiari mandati ai propri direttori generali. Questa è considerata, sia per i DG del pubblico, sia per quelli del privato, la variabile più importante con cui si qualifica il *brand* di ogni *employer* regionale. Avere un sistema regionale dalle performance economiche e sanitarie deboli non impe-

disce di definire una pianificazione e dei mandati direzionali chiari, sfidanti ma raggiungibili.

Appare evidente che le regioni devono imparare ad esplicitare le caratteristiche professionali che ricercano per ogni tipologia d'azienda. Questi fabbisogni devono essere istruiti dalle tecnostrutture regionali e validati *ex ante* dalla Giunta o dal Presidente, prima del bando regionale. Questo permette di attribuire un mandato preciso alla commissione e anche di costruire rose molto ristrette per ogni singola azienda, essendo probabilmente pochi i candidati qualificati dotati proprio di quelle specifiche caratteristiche. A questo proposito va definito se e come i potenziali candidati possono essere inseriti in più rose nella stessa regione, soluzione che riteniamo opportuna e ragionevole per impedire che i più capaci non vengano selezionati solo perché inseriti in una rosa in cui sono prevalse logiche di appartenenza. La specificazione delle competenze manageriali ricercate potrebbe portare a superare gli attuali criteri di inclusione formale nelle liste degli idonei, in cui basta, di fatto, essere dirigente di UOC da 5 anni per essere formalmente nominabile. Questi elementi hanno portato negli ultimi anni a generare delle lunghe liste di professionisti formalmente idonei al ruolo direttivo, elenchi tuttavia di scarso valore per il sistema, costosi nel loro mantenimento e frustranti nei confronti di molti professionisti formalmente qualificati senza però di fatto prospettive sostanziali di diventare DG, cui è stato dato un indizio segnaletico illusoriamente consolatorio.

È giunta l'ora di professionalizzare e sistematizzare questi processi di selezione, incaricando un'agenzia di un percorso di monitoraggio, assessment e apprendimento di tutte le esperienze regionali, per generare un sapere di sistema. Questo potrebbe portare alla condivisione tra regioni di logiche e strumenti di selezione: format per CV, test psico-attitudinali e database comparativo delle risposte (elemento essenziale per ogni test), schemi di colloqui, algoritmi di valutazione delle performance manageriali storiche, modelli logici di correlazione di tutte queste informazioni.

Appare oggi sempre più necessario, in una stagione del Paese in cui ogni ruolo pubblico è diventato contendibile, in cui il dibattito è costantemente sulle caratteristiche della classe dirigente, fare un salto di qualità, strutturando una qualificata agenda dei problemi nei processi di selezione e codificando delle risposte sistemiche, efficaci e coerenti alle evidenze di partenza disponibili.

Bibliografia

- Albert S. e Whetten D.A. (1985), Organizational identity. *Research in Organizational Behavior*, 7, pp. 263-295.
- Aldrich H.E. (1999). Organizations evolving. LondAmbler T. e Barrow S. (1996) The employer brand. *Journal of Brand Management*, 4(3), pp 185-206.

- Backhaus K. e Tikoo S. (2004), Conceptualizing and researching employer branding. *Career Development International*, 9(5), pp. 501-517.
- Carignani V. (2011), *Il Management strategico delle Aziende Sanitarie: primo rapporto sul trattamento economico in alcune Regioni italiane*, Primo rapporto Federsanità-Anci.
- Edwards M.R. (2010), An integrative review of employer branding and OB theory. *Personnel Review* 39(1), pp. 5-23.
- Fattore G., Longo F. e Sartirana M. (2013), Il curriculum vitae dei Direttori Generali, in Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2013*, Milano, Egea.
- Fragale E.N. (2013), La dirigenza delle aziende sanitarie dopo la c.d. riforma Balduzzi, *Istituzioni del federalismo*, 34(2): pp. 551-581.
- Furnari A. e Petracca F. (2016), La struttura e le attività del SSN in CERGAS (a cura di), *Rapporto OASI 2016*, Milano, Egea.
- Ghezzi L., Pirisi L., Ravagli L., Sciclone N, Smaldone P. e Vainieri M (2016), La variabilità di retribuzione dei Direttori Generali nella sanità italiana, *Sviluppo & Organizzazione*, n. 268, pp. 61-72.
- Jorio E. (2013), *Diritto della sanità e dell'assistenza sociale*, Rimini, Maggioli.
- Lan G.Z., Riley L. e Cayer N.J. (2005), How can local government become an employer of choice for technical professionals? Lessons and experiences from the city of Phoenix. *Public Personnel Management*, 25(3), pp. 225-242.
- Lavigna R.J. e Hays S.W. (2004). Recruitment and selection of public workers: an international compendium of modern trends and practices. *Public Personnel Management*, 33(3), pp. 237-253.
- Lievens F. e Highhouse S. (2003), The relation of instrumental and symbolic attributes to a company's attractiveness as an employer. *Personnel Psychology*, 56, pp. 75-102.
- Lievens F., Van Hoye G. e Anseel F. (2007), Organizational Identity and Employer Image: Towards a Unifying Framework. *British Journal of Management*, 18, pp. 45-59.
- Llorens J.J. e Kellough J.E. (2007), A revolution in public personnel administration: the growth of web-based recruitment and selection processes in the federal service. *Public Personnel Management*, 36(3), pp. 207-221.
- Longo F., Ferrè F., Russo Valentini R. e Sartirana M. (2011), I livelli retributivi del top management: un'analisi comparata, in Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2011.*, Milano, Egea.
- Mareschal P. e Rudin J. (2011). E-government versus e-business: A comparison of online recruitment in the public and private sectors. *American Review of Public Administration*, 41(4), pp. 453-467.
- Martin G. (2008), Employer branding and corporate reputation management: a model and some evidence, in Burke R.J. e Cooper C.L. (a cura di), *The peak performing organization*, London, Routledge.

- Miles S.J. e Mangold G. (2004), A Conceptualization of the Employee Branding Process. *Journal of Relationship Marketing*, 3(2-3), pp. 65-87.
- Mishra A. e Akman I. (2010), Information technology in human resource management: an empirical assessment. *Public Personnel Management*, 39(3), pp. 271-290.
- Petracca F. e Ricci A. (2015), La struttura e le attività del SSN, in CERGAS (a cura di), *Rapporto OASI 2015*, Milano, Egea.
- Vieider S. (2015), *I processi di selezione dei direttori generali delle aziende sanitarie italiane: tra spoils system e meritocrazia*, Tesi di laurea discussa presso l'Università Commerciale Luigi Bocconi, A.A. 2015-2016.