



**IL RUOLO DEL DIRIGENTE MEDICO
TRA POLITICA E
AMMINISTRAZIONE**

Ambito della ricerca: analisi empirica del ruolo del dirigente medico responsabile di struttura operativa dell'azienda e della latitudine dei poteri di quest'ultimo

- Interventi legislativi degli anni 90': nel ruolo del dirigente medico convivono funzioni di tipo manageriale con mansioni eminentemente tecniche
- il medico è "l'unico mediatore tra i bisogni del cittadino e il razionamento delle risorse"
- La disciplina positiva non è esaustiva: esigenza di lasciare ampio margine allo strumento di autogoverno aziendale, più idoneo a rispondere alle esigenze che ciascun contesto richiede di soddisfare.
- Esigenza di flessibilità: capacità della struttura organizzativa di adeguarsi alle esigenze che mutano. Criterio fondamentale per la distribuzione dei poteri

La apparente centralità dell'atto aziendale nelle dinamiche della dirigenza (art. 3 co. 1bis d.lgs. 502/92)

In funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica

Atto come "regola ultima ed effettiva di funzionamento",
eppure profondamente condizionato dal rispetto dei
vincoli di programmazione ed indirizzo derivanti dalla
normativa regionale (e nazionale)

I primi condizionamenti autorizzati della politica si
ritrovano nel procedimento di adozione: nel governo
delle aziende prevalgono, in concreto, "le rigidità e gli
automatismi burocratici, la logica della "catena di
trasmissione" con la Regione che disvelano un ruolo dei
Direttori generali piuttosto marginale nell'incidere sulle
scelte, ben più significative di quelle economiche, di
efficacia ed efficienza

Contraddizioni della disciplina positiva (art. 3 co. 6, e art. 15, d.lgs. 502/92)

- Apparente attribuzione di tutti i poteri di gestione al D.G.
- Centralità del direttore generale: *Tutti i poteri di gestione, nonchè la rappresentanza dell'unità sanitaria locale, sono riservati al direttore generale (art. 3, co.6)*
- Anche il Dirigente di struttura è titolare di poteri di gestione: *Il dirigente è responsabile dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite. I risultati della gestione sono sottoposti a verifica annuale tramite il nucleo di valutazione (art. 15, co.6)*
- il dirigente di struttura dialoga col Manager che definisce compiti e poteri gestionali: *L'atto aziendale di cui all'art. 3, comma 1- bis , disciplina l'attribuzione al direttore amministrativo, al direttore sanitario, nonché ai direttori di presidio, di distretto, di dipartimento e ai dirigenti responsabili di struttura, dei compiti, comprese, per i dirigenti di strutture complesse, le decisioni che impegnano l'azienda verso l'esterno, per l'attuazione degli obiettivi definiti nel piano programmatico e finanziario aziendale (art.15 bis).*

Condizionamenti della politica

- Interposizione di figure apicali di vertice con poteri di nomina degli altri dirigenti
- Rapporto politica amministrazione: no Regione –D.G., bensì D.G. – D.M.
- Si esce dal modello politico rappresentativo della riforma del 1978 per rientrarvi seguendo altra strada

Criteri distribuzione dei poteri negli atti aziendali

- D.g. ipercompetente: detiene anche i poteri di gestione spettanti ai dirigenti di struttura (Puglia)
- D.g. a competenze limitate: possibilità di ampliare i poteri di gestione dei responsabili di struttura (Campania)
- D.g. a competenze tassative: competenza residuale dei dirigenti di struttura in ordine a tutto quanto non ricada nelle attribuzioni del D.g. (Roma S. Filippo Neri)

Strumenti di distribuzione dei poteri gestionali

- Delega: attribuzione puntuale e singola fatta al dirigente. Se il D.g. ha potere di delega generale le mansioni sono di volta in volta delegate; in altri casi la delega si attua nel contratto di incarico.
Flessibilità ampia
- Conferimento: predeterminazione delle mansioni in carico all'ufficio dirigenziale. Maggiore rigidità e decentramento decisionale
- Sistemi misti (delega/conferimento) a flessibilità variabile
- Atti di alta amministrazione per modifiche successive



Dirigente medico di struttura

- Conflitto: è meglio produrre salute o DRG?
- Finalità di cura e assistenza perseguite sotto l'egida del risultato economico e della valutazione
- Difficile equilibrio: assenza di un budget predeterminato; assenza di specificazione contrattuale; gestione del personale
- Piena autonomia solo sul piano tecnico-operativo



Direttore generale

- Angolo di visuale puntato sul fronte dell'efficienza
- Contesto disagiato
- Tendenza ad accentrare i poteri
- Utilizzo virtuoso della flessibilità (anche col sistema delle deleghe): performance vincenti



Profili di criticità

- 1) Qualifica dirigenziale a soggetti con competenza eminentemente specialistica
- 2) Assenza di budgettizzazione dell'attività
- 3) Mancanza di atti di indirizzo puntuali
- 4) Condizionamenti della politica sulla dirigenza medica
- 5) Utilizzo poco virtuoso della flessibilità