





Franco Gaboardi

# SANITÀ E WELFARE

Teoria giuridica e teoria finanziaria

il Segnalibro

**2012**

© Il Segnalibro Editore  
Via Verdi, 39/b  
10124 Torino  
Tel e Fax 011.88.25.70  
[www.facoltaumanistiche.it](http://www.facoltaumanistiche.it)  
e-mail: [libgenesi@tiscali.it](mailto:libgenesi@tiscali.it)

Impaginazione a cura di CDR, Torino

Tutti i diritti riservati.

Nessuna parte del presente volume può essere riprodotta con qualsiasi mezzo (fotocopia compresa) senza il consenso scritto dell'Editore

*Alla cara memoria dei nonni Gina e Angelo*



## INDICE

	<i>pag.</i>
<i>Premessa</i>	11
<b>Capitolo 1: L'EVOLUZIONE LEGISLATIVA</b>	<b>15</b>
1.1. La storia del Servizio Sanitario	15
1.2. Le principali fonti normative	18
1.2.1. La Costituzione	18
1.2.2. La legge n. 833/1978	22
1.2.3. I d.lgs. n. 502/1992 e n. 517/1993	26
1.2.4. Il d.lgs. n. 229/1999	30
<b>Capitolo 2: L'ATTO AZIENDALE</b>	<b>33</b>
2.1. Il ruolo dell'atto aziendale	33
2.2. Il rapporto dell'atto aziendale con le fonti pubblicistiche	34
2.3. I limiti dell'autonomia imprenditoriale	35
2.4. Le linee guida per l'atto aziendale	36
<b>Capitolo 3: LA DIRIGENZA</b>	<b>41</b>
3.1. Chiave di lettura	41

	<i>pag.</i>
3.2. Dai tre livelli alla dirigenza unica	42
3.3. La dirigenza medica: fra competenze professionali e manageriali	45
3.4. Il <i>top management</i> e la distribuzione del potere decisionale	46
3.5. Gli incarichi dirigenziali	49
3.5.1. Direttore Generale	49
3.5.2. Direttore sanitario e amministrativo	50
3.5.3. Gli altri incarichi dirigenziali	51
 <b>Capitolo 4: LE SPERIMENTAZIONI GESTIONALI</b>	 53
4.1. Chiave di lettura	53
4.2. L'evoluzione normativa	54
4.3. Modelli organizzativi	56
4.4. Il procedimento di sperimentazione	58
 <b>Capitolo 5: L'ATTIVITÀ CONTRATTUALE</b>	 63
5.1. Chiave di lettura	63
5.2. La qualificazione giuridica	64
5.3. I limiti dell'autonomia imprenditoriale	66
5.4. Gli acquisti sotto-soglia e gli acquisti in economia	67
5.5. I modelli di aggregazione degli acquisti	69
 <b>Capitolo 6: I SISTEMI CONTABILI</b>	 71
6.1. Dalla contabilità finanziaria alla contabilità economico-patrimoniale	71



*pag.*

6.2.	La contabilità generale: il bilancio economico patrimoniale	73
6.2.1.	Stato patrimoniale	75
6.2.2.	Conto economico	75
6.2.3.	Nota integrativa	77
6.3.	La contabilità analitica: i centri di costo	78
6.3.1.	Piano dei conti	79
6.3.2.	Piano dei centri di costo	80
6.3.3.	<i>Reporting</i>	81
6.4.	Il <i>budget</i>	82

<b>Capitolo 7: I SERVIZI SOCIALI NEL NOSTRO SISTEMA DI <i>WELFARE</i></b>	87
---	----

7.1.	I Servizi Sociali tra funzione politica e metodo giuridico	91
7.2.	Un'attenzione alla centralità della persona	94
7.3.	Il regime giuridico dei servizi sociali	100

<b>Capitolo 8: IL PIANO SOCIO-SANITARIO DELLA REGIONE PIEMONTE</b>	109
--	-----

8.1.	La novità	109
8.2.	Principi generali	111
8.3.	Le priorità e gli obiettivi	112
8.3.1.	Le criticità del sistema	112
8.3.2.	Le scelte prioritarie	117
8.4.	Le traiettorie di sviluppo e di riconfigurazione del Servizio Sanitario Regionale per conseguire gli obiettivi di piano	122
8.4.1.	I presupposti logici dello sviluppo e riconfigurazione del SSR	122

	<i>pag.</i>
8.5. <i>Governance</i> ed organizzazione del Servizio Sanitario Regionale	126
8.5.1. La <i>governance</i> di sistema: attori, luoghi e processi decisionali	126
8.5.2. I criteri generali per l'organizzazione dei servizi e delle Aziende Sanitarie Regionali	129
8.6. Accreditalamento e valutazione	137
8.6.1. I principi ispiratori per la revisione del sistema di accreditalamento dei servizi	137
<b>ALCUNE RIFLESSIONI CONCLUSIVE</b>	<b>141</b>

## *PREMESSA*

Negli ultimi trent'anni abbiamo assistito ad una trasformazione organizzativa ed operativa del sistema sanitario italiano. Sicuramente sono gli anni '90 il teatro principale del processo di aziendalizzazione del Servizio sanitario nazionale, che ha preso il via con l'emanazione del d.lgs. n. 502 del 1992 e ha subito importanti correzioni già nel 1993, ma soprattutto nel 1999. Nonostante quella del '99 sia ritenuta l'ultima riforma sanitaria, novità successive si sono avute e si avranno a livello regionale. Infatti con l'entrata in vigore della legge costituzionale n. 3 del 2001, che ha modificato il Titolo V della nostra Carta costituzionale, è stata sancita la potestà legislativa regionale in materia di tutela della salute, nel rispetto della determinazione dei principi fondamentali che spetta allo Stato. Pertanto, alla luce del nuovo dettato costituzionale, le Regioni diventano le vere protagoniste della politica sanitaria.

Il processo di riconversione aziendale nasce dall'esigenza di correggere quelle disfunzioni che si erano registrate dopo l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale e che avevano condotto ad una crescita incontrollata della spesa pubblica. L'obiettivo di garantire la migliore allocazione delle risorse disponibili e, soprattutto, la sostenibilità dell'intero sistema, ha reso necessaria l'introduzione di strumenti ed istituti di natura imprenditoriale nell'azienda sanitaria pubblica. È importante sottolineare che la configurazione aziendale delle unità operative è da considerarsi esclusivamente come uno strumento organizzativo. Infatti, il fine istituzionale del Servizio Sanitario è e rimane la tutela della

salute, quale diritto fondamentale della persona costituzionalmente tutelato dal nostro ordinamento.

In questo lavoro si intende mettere in evidenza i tratti caratteristici del nostro sistema sanitario osservato secondo un'ottica aziendalistica. In altre parole, si cercherà di passare in rassegna gli ambiti in cui l'aziendalizzazione ha maggiormente inciso nella creazione del nuovo modello di organizzazione sanitaria.

Verrà presentata una breve storia del SSN per meglio comprendere le ragioni delle scelte politiche che hanno caratterizzato le recenti riforme. In particolare ci si soffermerà sugli interventi legislativi più significativi in materia sanitaria dall'entrata in vigore della Costituzione ad oggi. In seguito si affronteranno in specifico i seguenti argomenti: l'atto aziendale ed il suo ruolo nel processo di aziendalizzazione; la dirigenza sanitaria, i poteri, le competenze ed il ruolo all'interno dell'organizzazione; le forme di collaborazione tra enti del Servizio sanitario nazionale e soggetti privati, con particolare riguardo alle sperimentazioni gestionali; l'attività contrattuale delle ASL per l'approvvigionamento di beni e servizi; il sistema di contabilità analitica per centri di costo; un'attenzione ai servizi sociali e al sistema integrato dei servizi socio-sanitari, alla luce delle privatizzazioni e dei cambiamenti del *welfare*. Infine si restringerà il campo volgendo lo sguardo al modello piemontese. Si prenderà in esame il Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-15 e la legislazione sanitaria recente, si cercherà di rintracciare in queste fonti normative i principi e gli elementi che caratterizzano l'aziendalizzazione della sanità in Piemonte ed il superamento delle logiche competitive con i recentissimi provvedimenti orientati alla cooperazione interaziendale.

È doveroso, inoltre, constatare che l'impoverimento dei servizi sanitari e sociali con il principale scopo di avere i conti pubblici un po' più in ordine, comporta anche di avere, poi, la coscienza un po' più in disordine. Si tratta, perciò, di ricostruire un "nuovo umanesimo", cioè il rinascimento della persona, nella

sua interezza e universalità. È questo il punto di partenza che può generare effettivamente il beneficio collettivo.

Per la realizzazione di questo breve libro devo ringraziare il Dr. Massimiliano Zichi, che con la sua instancabile e puntuale collaborazione ha consentito di ultimare un lavoro complesso, iniziato due anni fa, anche per le continue trasformazioni che hanno caratterizzato questa disciplina, soprattutto in questi ultimi mesi.

Un grazie anche a Elly, che con pazienza mi ha aiutato nella rilettura delle bozze, indicandomi alcuni suggerimenti preziosi.



## **Capitolo 1**

### **L'EVOLUZIONE LEGISLATIVA**

#### 1.1. LA STORIA DEL SERVIZIO SANITARIO

La nostra organizzazione sanitaria va fatta risalire all'epoca comunale, durante la quale furono istituiti presso alcuni Comuni i primi uffici preposti alla tutela della salute, le cui funzioni erano essenzialmente rivolte al mantenimento dell'ordine pubblico che poteva essere messo in discussione da pestilenze e carestie<sup>1</sup>.

Solo le famiglie nobili potevano permettersi l'assistenza di un medico che, a quell'epoca, era considerato un intellettuale. Era la Chiesa ad occuparsi dei malati, dei poveri e degli invalidi.

La prima traccia di legislazione sanitaria in Italia nasce con il regolamento napoleonico del 1806, in virtù del quale la salute da bene privato diventa un bene sociale che lo Stato deve proteggere.

Con l'unità d'Italia si pongono immediatamente i problemi legati all'assistenza sanitaria. La legge n. 2248 del 1865 individua nel Prefetto e nel Sindaco gli organi sanitari periferici del Ministro degli Interni.

Nel 1888 viene istituito il Consiglio Superiore di Sanità e l'Ufficio d'igiene in ogni Comune.

Nel 1890 gli enti morali di assistenza divengono Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza (IPAB).

---

<sup>1</sup> F. Gaboardi, *Compendio di contabilità sanitaria*, Torino, 2001.

Negli anni '30 si diffondono enti con finalità sanitarie o ad esse collegate, tra cui l'Istituto Nazionale per le Assicurazioni sul Lavoro (INAIL) e l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS).

Nel 1948 entra in vigore la Costituzione che riconosce il diritto alla salute quale bene fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività.

Nel 1958 viene istituito il Ministero della Sanità che ricopre i compiti svolti fino a quel momento dal Ministero dell'Interno e dall'Alto Commissario per l'Igiene e la Sanità Pubblica.

La legge n. 132 del 1968 istituisce l'ente ospedaliero preposto al ricovero e alla cura degli infermi. Se questa riforma rappresenta la fine della concezione assistenziale di tipo caritativo, non risolve il problema della frammentarietà e molteplicità degli enti abilitati in tema di assistenza sanitaria. Infatti il sistema sanitario era ancora fortemente basato sulla presenza delle casse mutue, enti competenti per una determinata categoria di lavoratori. Questi, insieme ai loro familiari a carico, fruivano dell'assicurazione sanitaria finanziata dai contributi versati da loro e dai datori di lavoro. Il diritto alla tutela della salute non era quindi correlato all'essere cittadino, ma all'essere lavoratore, con conseguenti casi di mancata copertura e sperequazioni tra gli assistiti. Il sistema così organizzato si poneva in aperto contrasto con i principi fondamentali costituzionali che, pertanto, erano variamente disattesi. Una riforma si rendeva indispensabile.

Nel 1977 sono soppressi tutti gli enti mutualistici aventi funzioni di assistenza sanitaria.

Nel 1978 viene approvata dal Parlamento la legge n. 833 che istituisce il Servizio Sanitario Nazionale e decreta l'universalità del sistema di prevenzione e di cura. D'ora in poi non sono più i contributi dei lavoratori, ma è il meccanismo fiscale dello Stato a garantire il sostegno economico necessario. In tutto il territorio nazionale vengono create le Unità Sanitarie Locali quali enti ope-



rativi dei Comuni che forniscono direttamente le prestazioni sanitarie.

La preoccupazione per i crescenti deficit dei bilanci ed il conseguente aumento vertiginoso della spesa sanitaria a carico dello Stato porta all'esigenza di un riordino dell'assetto istituzionale del SSN.

Una prima risposta a queste criticità è stata data dall'emanazione del d.lgs. n. 502 del 1992, successivamente modificato dal d.lgs. n. 517 del 1993. Con questi provvedimenti i Comuni vengono quasi totalmente estromessi dalla gestione della sanità, si riducono il numero delle USL a cui viene attribuita la natura di azienda con personalità giuridica, si introduce il principio della responsabilizzazione finanziaria delle Regioni, si prefigura un sistema di concorrenza tra strutture pubbliche e private fondato sull'accREDITAMENTO ed il finanziamento a tariffa, si incorporano gli ospedali dalle Unità Sanitarie Locali.

L'ultimo importante intervento legislativo è l'emanazione del d.lgs. n. 229 del 1999, che riconosce alle Regioni ampie facoltà di programmazione e gestione dei servizi, aprendo la strada a sistemi sanitari regionali tra loro differenziati. Inoltre si interviene sulla posizione del personale dirigente, sulla definizione dei criteri per l'adozione dell'atto aziendale, sul finanziamento delle ASL, sul controllo dei risultati e sul meccanismo dell'accREDITAMENTO<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> R. Balduzzi (a cura di), *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*, Milano, 2004; R. Balduzzi (a cura di), *I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema*, Milano, 2005.

## 1.2. LE PRINCIPALI FONTI NORMATIVE

L'*excursus* storico che è stato tracciato si snoda attraverso alcuni interventi legislativi che hanno rappresentato le tappe fondamentali di evoluzione del nostro sistema sanitario. Possiamo ritenere che in Italia sono state fatte tre grandi riforme sanitarie:

– La legge n. 833/1978 che istituisce il Servizio Sanitario Nazionale

– Il d.lgs. n. 502/1992, modificato dal d.lgs. n. 517/1993, che istituisce l'Azienda Sanitaria Locale e l'Azienda Ospedaliera.

– Il d.lgs. n. 229/1999 che introduce importanti novità per il processo di aziendalizzazione.

A seguire saranno esaminati più approfonditamente questi tre riferimenti normativi, non prima di aver preso in considerazione i principi fondamentali che sono contenuti nella Costituzione.

### 1.2.1. La Costituzione

Nella Carta costituzionale sono espressamente riconosciuti i c.d. "diritti sociali", attraverso i quali si esprime l'intento del costituente di imporre una precisa direttiva al legislatore, chiamato a rimuovere le disuguaglianze che di fatto esistono nel tessuto sociale<sup>3</sup>.

Fra i diversi diritti sociali emerge il diritto alla salute sancito dall'articolo 32 Cost. che recita testualmente: "*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sa-*

---

<sup>3</sup> P. Caretti, U. De Siervo, *Istituzioni di diritto pubblico*, Torino, 2008.

*nitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”.*

È l'unica disposizione in cui un diritto viene qualificato ‘fondamentale’. Grande è il rilievo attribuito alla salute, presupposto indispensabile per la realizzazione piena della persona e base di tutti gli altri diritti<sup>4</sup>. In quanto “diritto primario fondamentale” inerente alla persona, deve essere riconosciuto a tutti, cioè ai cittadini e, nel suo nucleo irrinunciabile, agli stranieri qualunque sia la loro posizione rispetto alle leggi sull’immigrazione.

Il perseguimento di una sempre migliore condizione sanitaria della popolazione, uno degli obiettivi primari assegnati alla Repubblica, coinvolge tutti gli apparati pubblici, il cui impegno si traduce nell’obbligo di garantire le condizioni minime di salute e di benessere psicofisico dell’individuo.

A tale diritto non corrisponde un connesso dovere individuale a mantenersi in buona salute, cioè non sussiste l’obbligo di sottoporsi a determinati trattamenti sanitari, salvo i casi espressamente previsti dalla legge e nel rispetto della persona umana. È il diritto alla salute inteso come interesse della collettività che giustifica i trattamenti sanitari obbligatori previsti dalle disposizioni di legge, nonché tutta l’attività di prevenzione, soprattutto nel settore delle malattie infettive.

Sul piano giuridico, la norma è nel contempo programmatica, in quanto impegna il legislatore a promuovere idonee iniziative per attuare un sistema di tutela adeguato, e precettiva, in quanto l’individuo vanta nei confronti dello Stato un vero e proprio diritto soggettivo<sup>5</sup>.

Tale norma costituzionale è rimasta, tuttavia, per lungo tem-

---

<sup>4</sup> D. Morana, *La salute nella Costituzione italiana. Profili sistematici*, Milano, 2002.

<sup>5</sup> N. Bottari, *Principi costituzionali ed assistenza sanitaria*, Milano, 1991.

po lettera morta, e la sua concreta operatività la si deve innanzitutto all'intervento della Corte Costituzionale<sup>6</sup>.

Nel momento in cui il disposto costituzionale è stato interpretato come norma meramente programmatica, si è avvallata di fatto l'idea che potesse anche non esistere un sistema sanitario.

Infatti per un lungo periodo la tutela della salute è stata garantita dal sistema mutualistico, la cui fonte era costituita dall'art. 38.2 Cost.: "*I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi, adeguati alle loro esigenze di vita, in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria*". Fondandosi sull'obbligatorietà dell'assicurazione sociale contro le malattie in favore dei lavoratori e dei pensionati, il sistema garantiva appropriate cure per il ristabilimento delle condizioni psico-fisiche alterate da una patologia improvvisamente insorta.

Dovranno passare ben trent'anni prima che il diritto alla salute venga riconosciuto in modo pieno.

Tra le fonti costituzionali che si riferiscono alla tutela della salute è di fondamentale importanza l'art. 117 Cost. Viene citato in questo paragrafo anche se cronologicamente interviene successivamente rispetto alle fonti primarie su cui si fondano le tre riforme sanitarie. Con l'esito positivo del *referendum* costituzionale del 7 ottobre 2001 è entrata in vigore la legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001 che contiene una serie di principi di straordinario valore istituzionale per ciò che concerne la diversa ripartizione delle competenze legislative tra lo Stato e le Regioni, incidendo in maniera rilevante sulla disciplina della sanità pubblica e privata. Infatti il terzo comma del nuovo art. 117 Cost. elenca una serie di materie nelle quali spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato, tra queste

---

<sup>6</sup> R. Ferrara, *Principi di diritto sanitario*, Torino, 1995.

materie figura anche la tutela della salute. È opportuno ricordare che comunque “*la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti [...] sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale*” (art. 117.2 Cost.) spetta in via esclusiva allo Stato.

Quanto disposto da questi articoli si traduce con l’individuazione dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), a cui si è proceduto con il D.P.C.M. del 29 novembre 2001 e successive integrazioni, con un procedimento concertato con le Regioni, e con la predisposizione del Piano Sanitario Nazionale. Quest’ultimo può essere considerato il principale strumento di programmazione sanitaria che viene predisposto dal Governo su proposta del Ministero della Salute, tenendo conto delle proposte provenienti dalle Regioni; è adottato con Decreto del Presidente della Repubblica e ha durata triennale. Entro centocinquanta giorni dalla data di entrata in vigore del Piano Sanitario Nazionale, le Regioni adottano o adeguano i propri Piani Sanitari Regionali, trasmettono al Ministro della Salute gli schemi o i progetti allo scopo di acquisire il parere dello stesso per quanto attiene alla coerenza dei medesimi con gli indirizzi del Piano Sanitario Nazionale.

Alla base della scelta di configurare un quadro istituzionale di “federalismo sanitario”, sancito dalla modifica del Titolo V della Costituzione, c’è il “principio di sussidiarietà” costituzionale (art. 118.4 Cost.), che vede la necessità di porre le decisioni il più possibile vicino al luogo in cui nasce il bisogno e quindi al cittadino e alla comunità locale<sup>7</sup>. Alla luce di ciò si comprende

---

<sup>7</sup> E. Menichetti, *La tutela della salute tra competenze “divise” e interessi “concordati. Riflessioni sul destino del Servizio Sanitario Nazionale nel nuovo Titolo V della Costituzione*, in R. Balduzzi (a cura di), *La sanità italiana*

facilmente anche la scelta di utilizzare lo strumento pattizio degli accordi e dell'intesa, sanciti in Conferenza Stato-Regioni, quale modalità nuova e sussidiaria per affrontare e risolvere le problematiche che vedono coinvolti i diversi livelli di governo sui problemi in materia di tutela della salute.

Se l'art. 117.3 Cost. sancisce la potestà legislativa concorrente delle Regioni, è importante aggiungere che l'ordinamento e organizzazione amministrativa degli enti pubblici diversi da quelli statali è materia di potestà legislativa residuale prevista dal quarto comma dello stesso art. 117 Cost. Di conseguenza, essendo le aziende sanitarie degli enti pubblici regionali, l'organizzazione delle stesse è materia di competenza legislativa regionale piena.

### 1.2.2. La legge n. 833/1978

È la legge che ha portato a compimento la prima vera riforma sanitaria in Italia.

Nel secondo dopoguerra il sistema sanitario era fondato sul principio dell'assicurazione sociale obbligatoria. Tale sistema era basato sulle casse mutue, che potevano erogare prestazioni sanitarie direttamente o indirettamente attraverso convenzioni con medici, ospedali e farmacie<sup>8</sup>. Questa pluralità di enti eterogenei, ognuno con proprio statuto e regolamento, ha condotto a crescenti disuguaglianze tra le diverse fasce della popolazione, nonché a problemi finanziari legati ai costanti deficit di bilancio degli enti stessi.

Per superare queste criticità, si è avviato un processo di progressiva modificazione dell'organizzazione sanitaria nel nostro

---

*tra livelli di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*, Milano, 2004.

<sup>8</sup> F. Gaboardi, *Compendio di contabilità sanitaria*, Torino, 2001.

Paese, che è culminato con l'entrata in vigore della legge n. 833/78 che ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale, definito come "complesso delle funzioni, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzione alcuna".

I principi su cui si fonda il SSN sono i seguenti:

- *Universalità*: vengono garantite prestazioni sanitarie a tutti senza distinzione di condizioni individuali, sociali e di reddito.
- *Uguaglianza*: tutti hanno diritto alle medesime prestazioni a parità di bisogno.
- *Globalità*: non viene presa in considerazione la malattia, ma in generale la persona; ciò implica inevitabilmente un collegamento di tutti i servizi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione.

Sotto il profilo tecnico le più importanti innovazioni dell'istituzione del SSN sono rappresentate:

- dall'unificazione dei numerosi enti che in epoca di pre-riforma assicuravano l'assistenza sanitaria;
- dalla priorità accordata alla prevenzione;
- dal potenziamento dei servizi sanitari di primo livello e di pronto intervento con la creazione, accanto ai presidi, dei distretti sanitari di base.

Sotto il profilo politico le più importanti innovazioni riguardano:

- il rispetto del principio di uguaglianza;
- il decentramento dei poteri decisionali dal livello centrale a livello regionale e locale;
- l'istituzione delle USL (Unità Sanitarie Locali) a cui veniva concretamente affidata la gestione dell'assistenza sanitaria.

Sotto il profilo economico si tenta di:

- razionalizzare la spesa sanitaria mediante l'introduzione della programmazione come strumento di controllo dell'impiego delle risorse;
- recuperare efficienza nei servizi con misure rivolte all'aumento della produttività complessiva;
- estendere una rete di controlli economico-finanziari ai vari livelli del SSN.

Il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese dovrebbe essere attuato attraverso un'adeguata programmazione sanitaria ed una coerente distribuzione delle risorse disponibili. Lo strumento programmatico che stabilisce le linee generali di indirizzo e le modalità di svolgimento delle attività istituzionali del SSN è il Piano Sanitario Nazionale. Esso indica gli obiettivi da realizzare nel triennio, fissa i livelli uniformi di assistenza sanitaria da garantire a tutti i cittadini e determina l'importo del Fondo sanitario regionale da iscrivere annualmente nel bilancio dello Stato.

Il Piano Sanitario Regionale, di competenza della Regione, uniformandosi al PSN, determina gli indirizzi ai quali devono riferirsi gli organi di gestione delle USL.

I principali organi delle USL sono:

- l'Assemblea generale, organo deliberativo composto dai consiglieri degli enti locali situati nel territorio dell'USL;
- il Comitato di gestione, organo amministrativo;
- il Collegio dei revisori, organo di gestione contabile;
- l'Ufficio di direzione, composto da tutti i responsabili dei servizi, tra cui in particolare il coordinatore sanitario ed il coordinatore amministrativo.

La determinazione dell'ambito territoriale dell'USL compete alla Regione e deve essere individuato sulla base di gruppi di po-



polazione compresi tra un minimo di cinquantamila ed un massimo di duecentomila abitanti, con riferimento alle caratteristiche geomorfologiche e socio-economiche della zona interessata.

La legge n. 833/1978 ha avuto pregi e difetti. I pregi si possono riconoscere nell'impianto complessivo della legge (tant'è che essa ha riscosso grande interesse da parte di altri paesi europei), nella capacità di risposta unitaria e di programmazione alle esigenze sanitarie e nella concezione universalista del servizio socio-sanitario, nell'obiettivo di dare piena attuazione all'art. 32 Cost.

I difetti si riscontrano nella mancanza di strumenti di governo, in quanto non sono state create le condizioni per gli operatori e, soprattutto, per i dirigenti per operare nella piena responsabilità e con il senso di servizio nei confronti della collettività; nella complessità delle procedure, nel complesso e poco chiaro rapporto tra enti locali e USL, nella confusione di ruolo tra organo politico di direzione delle USL (Comitato di gestione) ed organi tecnici.

Alcuni errori sono stati determinati dalla volontà di dare risposte strutturali e funzionali ad ogni esigenza, all'insegna del "tutto, gratis e subito", aumentando la spesa corrente senza razionalizzare i servizi, nonché dalla scarsa autonomia dai Comitati di gestione spesso condizionati dalle ingerenze dei partiti.

Non da ultimo la mancanza di una vera cultura della programmazione: infatti il grave ritardo con cui è stato emanato il primo Piano Sanitario Nazionale (solo nel 1993) ha comportato l'impossibilità di determinare una spesa sanitaria, obbligando lo Stato a ripianare i continui disavanzi generati dal sistema.

La spesa corrente per il funzionamento del SSN ha subito un incremento così vertiginoso da triplicare il proprio bilancio nel giro di pochi anni. Tutto ciò ha fatto entrare in campo anche nella sanità concetti privatistici di mercato, concorrenza, produttività, analisi dei costi, cittadino non più utente ma cliente.

Questi motivi hanno portato alla necessità di una seconda riforma sanitaria all'inizio degli anni '90.

### 1.2.3. I d.lgs. n. 502/1992 e n. 517/1993

Ai limiti della riforma sanitaria del 1978 si è cercato di porre rimedio negli anni successivi, in cui sono state varate diverse misure legislative atte a contenere la spesa sanitaria e a rendere più razionale il sistema della sanità pubblica.

Ma è solo nel '92 che il Parlamento, in seguito alla crisi economica mondiale e allo scoppio dello scandalo di tangentopoli, ha approvato la legge delega n. 421/1991 che prevedeva anche il riordino della disciplina in materia di sanità. In attuazione è stato adottato quindi il d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 contenente una revisione della legge n. 833/1978 talmente profonda da essere definita la “riforma della riforma”, successivamente corretta, per effetto della battaglia condotta in prima fila dalle Regioni, dal definitivo d.lgs. 31 dicembre 1993, n. 517.

I principi fondamentali di “globalità” ed “universalità” del diritto alla tutela della salute, sanciti dalla legge n. 833/1978, non sono stati messi in discussione con le norme di razionalizzazione introdotte con i suddetti decreti, che tuttavia modificano profondamente la natura giuridica delle USL, la loro “territorializzazione”, le loro competenze in riferimento alla materia socio-assistenziale, l'impianto organizzativo, le modalità di finanziamento.

In particolare, ecco le modifiche introdotte.

– *Piano Sanitario Nazionale*: affermazione della centralità del PSN quale insostituibile strumento di programmazione sanitaria nell'ambito dei vincolanti limiti delle risorse finanziarie effettivamente disponibili.

– *Regionalizzazione del sistema*: si pone al centro dello scenario sanitario locale la Regione, come titolare della funzione legislativa ed amministrativa in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera e responsabile della programmazione sanitaria regionale. Determina i criteri di finanziamento delle prestazioni definendo delle tariffe sulla base dei costi delle prestazioni stesse, eliminando il cosiddetto pagamento a “piè di lista”.

– *USL azienda*: l’USL da struttura operativa dei Comuni diviene azienda con riconoscimento di personalità giuridica pubblica, diretto da un Direttore generale coadiuvato da Direttori amministrativo, sanitario e sociale. La scelta è quella di istituire un soggetto pubblico autonomo responsabilizzato per la natura aziendalistica della sua struttura e per gli obiettivi improntati a logiche di efficienza, efficacia, economicità, produttività, qualità dei processi produttivi. Si afferma che, nonostante l’assetto autonomistico dell’azienda, resta fermo il diritto-dovere degli organi rappresentativi di esprimere il bisogno socio-sanitario delle comunità locali. Il numero delle USL viene ridotto da 670 a 221.

– *Livelli uniformi di assistenza*: è confermato l’obbligo per le USL di assicurare nel proprio ambito territoriale i livelli uniformi di assistenza individuati dal PSN con la specificazione delle prestazioni da garantire a tutti i cittadini. Il riferimento tra livelli uniformi d’assistenza e volume delle risorse disponibili è indotto dalla necessità di mantenere un rapporto di compatibilità tra espansione della domanda e finanziamento.

– *Servizi socio-sanitari*: l’assunzione in gestione diretta da parte dell’USL di attività o servizi socio-assistenziali può avvenire solo su delega dei singoli enti interessati, a loro totale carico e con l’assenso delle USL. Tale impostazione intende ricondurre i servizi socio-assistenziali nell’ambito della diretta gestione dell’ente locale, definendo ciò che è assistenza sociale e

ciò che è assistenza sanitaria per impedire ricadute finanziarie improprie sul Fondo sanitario nazionale.

– *Aziende ospedaliere*: è prevista l'aziendalizzazione per gli ospedali di rilievo nazionale e d'alta specializzazione che siano in possesso di almeno tre strutture d'alta specialità e di un'organizzazione di tipo dipartimentale. Ad essi è riconosciuta la personalità giuridica pubblica in analogia a quanto previsto per le USL. È garantita una marcata autonomia anche agli ospedali che, pur non essendo costituiti in azienda, conservano la natura di presidi ospedalieri, con autonomia economico-finanziaria e contabilità separata all'interno del bilancio delle USL. Gli ospedali costituiti in Azienda Ospedaliera devono avere gli stessi organi previsti per l'USL ad esclusione delle rappresentanze territoriali.

– *Rapporti SSN e Università*: superamento del regime convenzionale (*ex art. 39 legge n. 833/1978*) e attivazione di un sistema più flessibile e discrezionale fondato sulla stipulazione di specifici protocolli d'intesa fra Regione ed Università e sulla stipulazione d'appositi accordi tra Università, Aziende Ospedaliere ed USL.

– *Rapporti SSN e strutture private*: si costituiscono nuovi rapporti con le strutture private basati sull'"accreditamento" delle strutture che erogano prestazioni specialistiche, sulla remunerazione di tali prestazioni e sull'adozione del sistema di verifica e revisione della qualità delle attività svolte dai centri. La separazione delle responsabilità tra erogatori ed "assicuratori" introduce così una sorta di competizione nell'ambito della gestione delle prestazioni. Viene introdotta la facoltà di libera scelta da parte dell'assistito della struttura sanitaria (pubblica o privata) accreditata e del professionista erogante la prestazione.

– *Prestazioni*: è modificata la linea d'intervento rispetto all'impostazione assunta dalla legge n. 833/1978 che riconduceva alla normativa "centralistica" tutta la disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni al fine di garantire omogeneità di trattamento giuridico ed economico ai soggetti convenzionati con il SSN. È esteso al medico convenzionato l'obbligo di contenimento della spesa nell'ambito dei livelli programmati d'assistenza; è favorito l'associazionismo medico con la previsione di garantire la continuità assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana.

– *Prestazioni integrative*: possono essere istituiti fondi integrativi sanitari finalizzati a fornire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle assicurate dal SSN mediante contratti ed accordi.

– *I controlli di qualità*: le Aziende Sanitarie sono tenute non solo alla realizzazione di risultati d'efficienza ed efficacia sul piano sanitario e tecnico-economico, ma anche ad una gestione che produca la soddisfazione dell'utenza in relazione della qualità dei servizi erogati.

– *La partecipazione*: l'art. 14 si inserisce nel contesto di una voluta rivisitazione del rapporto fra pubblica amministrazione e cittadino alla luce anche della legge n. 241/1990, nella volontà di realizzare strategie di recupero e di rilancio di una amministrazione sanitaria capace di garantire trasparenza, personalizzazione ed umanizzazione, informazione, coinvolgimento, consultazione, verifica.

Questa seconda riforma sanitaria è stata solo parzialmente attuata. I concetti di gestione aziendale, managerialità ed accreditamento sono entrati con difficoltà a far parte della cultura della classe medica e degli amministratori delle Aziende Sanitarie. Il

processo di aziendalizzazione del sistema sanitario non era ancora compiuto e necessitava di ulteriori interventi normativi.

#### 1.2.4. Il d.lgs. n. 229/1999

Dopo la controversa attuazione della seconda riforma sanitaria e delle sue variegate interpretazioni, a volte molto distanti le une dalle altre, alla fine dagli anni novanta si è giunti all'approvazione di una legge delega per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, dalla quale è scaturito, il decreto delegato del 19 giugno 1999, n. 229, conosciuto come "la riforma Bindi", dal nome del ministro della sanità di allora proponente.

Pur non stravolgendo la normativa vigente, il provvedimento è importante per la riorganizzazione del nostro sistema sanitario e contiene diversi elementi di innovazione.

Ecco i principi generali della terza riforma sanitaria.

– *Il Servizio Sanitario Nazionale*: ne viene confermata l'importanza quale strumento attraverso cui l'ordinamento svolge il compito costituzionale di tutela della salute. Vengono così ribaditi e perseguiti i principi e gli obiettivi della prima riforma sanitaria.

– *Nuovo ruolo delle autonomie locali*: in linea con il già avviato processo di decentramento, il decreto rafforza ulteriormente il ruolo regionale in ambito sanitario. Ora le Regioni possono elaborare proposte per la predisposizione del Piano Sanitario Nazionale; adottano il Piano Sanitario Regionale per soddisfare le specifiche esigenze del territorio; vanno a definire l'articolazione del territorio in Aziende Sanitarie Locali e queste in distretti; ne disciplinano il finanziamento, le modalità di controllo e vigilanza e la valutazione dei risultati; provvedono all'accreditamento

delle strutture pubbliche e private autorizzate a fornire prestazioni per conto del SSN; propongono forme di sperimentazione di nuovi modelli gestionali attraverso sinergie tra soggetti pubblici e privati.

I Comuni hanno un ruolo più incisivo nella programmazione, nella valutazione dei servizi e del raggiungimento degli obiettivi, nonché nella valutazione dell'operato del Direttore Generale.

– *Aziendalizzazione*: le Aziende Sanitarie Locali, oltre alla personalità giuridica pubblica, sono dotate di autonomia imprenditoriale: ciò comporta che le aziende USL, anche se sono giuridicamente soggetti pubblici attraverso i quali la Regione assicura i LEA, nel perseguire i propri fini agiscono in concreto alla stregua di un qualsiasi imprenditore privato. La loro organizzazione e funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato. Le ASL sono tenute al rispetto del vincolo di bilancio.

– *Tariffe*: la riforma stabilisce un doppio canale; cioè le funzioni assistenziali sono retribuite in base al costo standard di produzione, mentre gli interventi di ricovero e le prestazioni di specialistica ambulatoriale continuano ad essere pagate a prestazione.

– *Rapporto di lavoro dei medici*: i medici sono chiamati a scegliere fra il rapporto di lavoro esclusivo e la libera professione fuori dal SSN.

Il contratto di lavoro definisce incentivi e gratificazioni economiche per chi sceglierà il rapporto esclusivo. È introdotto il ruolo unico della dirigenza medica. I due attuali livelli sono accorpati in un unico livello articolato secondo le responsabilità professionali e gestionali. Le responsabilità dei primari sono rafforzate mentre scompare la possibilità di restare primari a vita. Ogni cinque anni, infatti, è prevista una verifica dell'operato. La carriera sarà fondata sulle capacità in merito e le responsabilità.

Per tutti i medici dipendenti o convenzionati il limite d'età per il pensionamento è fissato a sessantacinque anni, elevabile a sessantasette.

Per i medici di famiglia la convenzione stabilirà tempi e modalità applicative.

Sono disciplinati gli ambiti e le modalità di esercizio della libera professione per i medici di medicina generale e per i pediatri di libera scelta. Le prestazioni offerte nell'attività libero professionale devono essere definite nell'ambito della convenzione. Il medico è tenuto a comunicare all'ASL l'avvio dell'attività libero professionale, indicando sede ed orario di svolgimento, al fine di consentire opportuni controlli.

Il processo di aziendalizzazione, iniziato con il d.lgs. n. 502/1992 (che rappresenta la seconda fase del riordino del SSN istituito con legge n. 833/1978) e continuato con il d.lgs. n. 229/1999, lungi dall'essersi stabilizzato e chiuso, è tuttora in corso con l'approntamento di nuove regole e la previsione di ulteriori aggiustamenti richiesti dall'evolversi della società e dal bisogno di salute manifestato dai singoli e dall'intera collettività.

Con l'evoluzione in senso "federalista" del sistema di tutela della salute, in seguito alla riforma generale apportata con la revisione del Titolo V, parte II, della Costituzione, si sono creati i presupposti per l'approvazione di nuove e distinte discipline regionali della sanità pubblica.

L'esigenza di coniugare costantemente la domanda crescente di salute con la limitatezza delle risorse disponibili, porta necessariamente ad un nuovo modo di pensare l'assistenza sanitaria.

Non più, infatti, solo organizzazione di servizi preposti alla erogazione di prestazioni, ma anche "produzione" di salute con la presenza, la partecipazione, il coinvolgimento, l'impegno di tutti e con l'assunzione di responsabilità ai diversi livelli.



## Capitolo 2

### L'ATTO AZIENDALE

#### 2.1. IL RUOLO DELL'ATTO AZIENDALE

L'aziendalizzazione del sistema sanitario è da considerarsi un processo di riforma che ha l'obiettivo di conseguire migliori performance delle aziende pubbliche del servizio sanitario, sia in termini di efficacia che di efficienza.

In tale ottica si giustifica la scelta del legislatore di costituire delle aziende sanitarie con personalità giuridica pubblica e nel contempo di dotarle di autonomia imprenditoriale<sup>9</sup>. La principale espressione di tale autonomia è, senza dubbio, l'atto aziendale, un documento al quale viene riconosciuta la natura di atto di diritto privato con il quale vengono disciplinati l'organizzazione ed il funzionamento dell'azienda (art. 3, comma 1-*bis*, del d.lgs. n. 229/1999). Viene adottato dal Direttore Generale ed è improntato ai principi e ai criteri stabiliti dall'attività legislativa regionale.

La descrizione operata dalla legge in merito all'atto aziendale è molto generica, ma è evidente l'intento di accostarlo allo statuto di una società privata di cui l'azienda sanitaria deve imitare l'organizzazione interna.

---

<sup>9</sup> B. Primicerio, *La ristrutturazione dei modelli operativi delle aziende sanitarie sulla base degli atti autonomi di diritto privato di organizzazione e funzionamento*, in *Rass. Amm. Sanità*, 2001.

La scelta di questa tipologia di strumento consente di introdurre quegli elementi di flessibilità necessari a rendere concretamente praticabile una gestione economica, efficiente ed efficace delle risorse<sup>10</sup>. In altre parole, consente di disporre di una più ampia capacità di manovra, di operare scelte diversificate e, soprattutto, di adattare meglio il modello operativo al contesto concreto.

Pertanto, l'atto aziendale rappresenta il momento più qualificante in cui può e deve esprimersi l'attitudine manageriale del vertice aziendale, che va a delineare l'insieme dei caratteri distintivi che contraddistinguono l'organizzazione<sup>11</sup>.

Per non incorrere in fraintendimenti, è importante sottolineare che gli obiettivi finali che l'azienda sanitaria deve perseguire non possono che rimanere pubblici, quali sono gli obiettivi di tutela della salute come diritto della persona ed interesse della collettività. Ad essere privatizzati sono esclusivamente gli strumenti organizzativi<sup>12</sup>.

## 2.2. Il rapporto dell'atto aziendale con le fonti pubblicistiche

Per comprendere il perché della scelta di uno strumento organizzativo disciplinato dal diritto privato, è necessario effettuare un breve cenno al regime degli atti di natura pubblicistica. In tal modo si rende evidente la finalità perseguita, cioè sottrarre questo atto fondamentale ad una serie di vincoli a cui, diversamente, avrebbe dovuto sottostare.

Se è vero che ogni tipo di atto deve essere conforme alla leg-

---

<sup>10</sup> G. Cilione, M.G. Cavallari (a cura di), *L'atto aziendale di organizzazione e funzionamento delle aziende sanitarie*, Bologna, 2002.

<sup>11</sup> C.E. Gallo, *Natura e funzione dell'atto aziendale*, in *Pol. Sanitarie*, 2001.

<sup>12</sup> A. Pioggia, M. Dugato, G. Racca, S. Civitarese Matteucci (a cura di), *Oltre l'aziendalizzazione del sistema sanitario*, Milano, 2008.

ge, che delimita i confini dello spazio entro cui operare le scelte, è altresì vero che solo gli atti pubblici devono seguire un regime particolare a garanzia dei principi di imparzialità, buon andamento, trasparenza, ragionevolezza. A tal scopo, “ai soggetti titolari di potere pubblicistico viene imposto un percorso decisionale predefinito che prende il nome di procedimento amministrativo”<sup>13</sup>.

Nell’esercizio di poteri privatistici, invece, il processo decisionale non è predeterminabile; pertanto, sempre nel rispetto dei vincoli legislativi, le scelte organizzative sono libere.

Ora è chiaro come, in tal modo, per l’adozione dell’atto aziendale, quale espressione dell’autonomia imprenditoriale delle aziende sanitarie, non rilevano più i principi propri del diritto amministrativo. Viene così configurato uno strumento organizzativo flessibile che, teoricamente, lascia spazio ad ampi margini di scelta per la definizione dell’assetto organizzativo aziendale.

### 2.3. I LIMITI DELL’AUTONOMIA IMPRENDITORIALE

Nonostante sia stato evidenziato che una delle espressioni più chiare del processo di aziendalizzazione sanitaria è il riconoscimento dell’autonomia imprenditoriale delle ASL, non sarebbe corretto pensare che questa autonomia sia illimitata. Essa, infatti, è definita e qualificata da una serie di vincoli entro i quali l’ordinamento le consente di operare.

Da un lato rilevano gli obiettivi di salute che costituiscono il fine istituzionale di tutto il sistema sanitario, a garanzia dei diritti costituzionalmente tutelati. Le aziende devono perseguire i “livelli essenziali delle prestazioni” in ambito sanitario, quali vincoli derivanti dal Piano Sanitario Nazionale, dai Piani Sanita-

---

<sup>13</sup> D. Sorace, *Diritto delle pubbliche amministrazioni*, Bologna, 2010.

ri Regionali e, in parte, dalla pianificazione locale. Quindi l'autonomia è di natura strumentale, dal momento che il quadro degli obiettivi è interamente determinato dall'esterno<sup>14</sup>. Per le ASL si tratta di massimizzare la capacità di gestione efficiente ed efficace in un contesto di risorse non illimitate.

Dall'altro lato esistono una serie di vincoli che incidono direttamente sulle determinazioni relative all'organizzazione dell'azienda. Questi vincoli diretti all'autonomia organizzativa possono essere rinvenuti:

- nella legislazione nazionale sull'organizzazione aziendale;
- nella contrattazione collettiva nazionale di comparto;
- nella legislazione regionale;
- nelle disposizioni regionali recanti principi e criteri per l'atto aziendale<sup>15</sup>.

#### 2.4. LE LINEE GUIDA PER L'ATTO AZIENDALE

Una particolare attenzione merita l'ultimo punto, in cui vengono citati gli atti di indirizzo regionali recanti "principi e criteri per l'atto aziendale", meglio conosciuti come "*linee guida per l'atto aziendale*".

Risulta subito evidente come tali linee guida funzionino da elemento uniformante a livello regionale. Se un certo livello di differenziazione tra i vari atti aziendali potrebbe essere letto come un indicatore di successo nell'esercizio dell'autonomia imprenditoriale, i vincoli dettati dalle linee guida si pongono in

---

<sup>14</sup> G. Carnevali, *Autonomia imprenditoriale e atto aziendale: strumenti sufficienti per il completamento dell'aziendalizzazione?*, in *Ragiusan*, 2001.

<sup>15</sup> A. Pioggia, M. Dugato, G. Racca, S. Civitarese Matteucci (a cura di), *Oltre l'aziendalizzazione del sistema sanitario*, Milano, 2008.

netto contrasto con la filosofia di fondo del processo di aziendalizzazione<sup>16</sup>.

Infatti, nella maggioranza dei casi, esse si sono rivelate uno strumento capace di incidere in modo molto diretto sulla predisposizione degli atti aziendali. Ciò è avvenuto per due principali ragioni.

In primo luogo le linee guida sono adottate con delibera della Giunta regionale nella forma di provvedimento amministrativo generale, e si sa come la fonte non legislativa sia la più idonea ad una formulazione di dettaglio. Oltre all'indubbio vantaggio di poter essere formulate con una procedura relativamente semplice rispetto alla legge, questo atto di indirizzo è lo strumento per poter indicare concrete soluzioni organizzative e strategie gestionali precise<sup>17</sup>.

In secondo luogo, se si tiene conto del fatto che le linee guida costituiscono, dopo le legge statale e la legge regionale, una fonte di terzo livello che delimita l'autonomia organizzativa delle aziende, è inevitabile che la disciplina non potrà che essere puntuale.

Se si vanno ad analizzare le linee guida formulate dalle varie Regioni, si nota come tra questi atti sussistano delle differenze significative.

In alcuni casi è possibile riscontrare delle linee guida "a maglie larghe" che esplicitamente si prefiggono l'obiettivo di promuovere la flessibilità organizzativa delle aziende sanitarie. Sono formulate in termini generici, indicano obiettivi generali e lasciano uno spazio significativo all'esercizio dell'autonomia organizzativa. In questo caso la differenziazione è considerata

---

<sup>16</sup> A. Perella, *L'atto aziendale: i provvedimenti regionali*, in *Ragiusan*, 2003.

<sup>17</sup> A. Cicchetti, C. Ricciardi, *Funzione ed evoluzione dell'atto aziendale di diritto privato nelle aziende sanitarie locali*, in *Org. San.*, 2003.

come un valore da incentivare, perché funzionale al raggiungimento degli obiettivi di economicità, efficacia ed efficienza nell'erogazione dei servizi sanitari.

In altri casi si osserva come le linee guida individuano un nucleo compatto di contenuti obbligatori, preoccupandosi di sviluppare dettagliatamente solo la parte relativa agli aspetti fondamentali dell'organizzazione aziendale. Il resto della disciplina è lasciato alla libera determinazione dell'atto aziendale. In questo caso la previsione di un nucleo organizzativo comune è ritenuta necessaria a garantire un'uniforme erogazione dei servizi sul territorio regionale. Pertanto l'uniformità opera come criterio di garanzia, mentre la residua differenziazione è in funzione del recupero di quote di efficienza ed efficacia.

Infine si segnalano alcune linee guida in cui l'effetto di vincolo è particolarmente rilevante. Infatti esse arrivano addirittura a formalizzare lo schema di atto aziendale da adottarsi da parte di tutte le aziende, imponendo in tal modo la disciplina di una serie di elementi ulteriori rispetto alla legislazione nazionale. È chiaro come in quest'ottica gli spazi di differenziazione sono mal tollerati e contenuti, per quanto possibile<sup>18</sup>.

Dunque, l'atto aziendale è un importante strumento di governo aziendale da articolarsi secondo le scelte strategiche di ciascuna Regione, sulla base delle linee fondamentali, individuate dalla normativa.

Attraverso la sua adozione da parte del Direttore Generale, l'azienda agisce come un soggetto di diritto privato che autonomamente persegue i suoi fini, servendosi di strumenti imprenditoriali.

Il valore dell'atto aziendale risiede nella determinazione del modello di azienda sanitaria che si intende attuare, i cui limiti

---

<sup>18</sup> A. Pioggia, M. Dugato, G. Racca, S. Civitarese Matteucci (a cura di): *Oltre l'aziendalizzazione del sistema sanitario*, Milano, 2008.

sono determinati nell'osservanza del dettato normativo del d.lgs. n. 229/1999.

Non sempre l'atto aziendale è riuscito ad essere vera espressione dell'autonomia imprenditoriale a causa di vincoli diretti ed indiretti che agiscono sulla configurazione organizzativa delle aziende sanitarie.

In particolare, alcuni modelli di linee guida regionali si sono mostrati più rigidi nella determinazione dei contenuti dell'atto aziendale. Altri invece, incentivando in misura diversa gli strumenti di differenziazione, si possono considerare coerenti con la filosofia che ha animato il processo di aziendalizzazione.





## Capitolo 3

### LA DIRIGENZA

#### 3.1. CHIAVE DI LETTURA

In seguito all'entrata in vigore del d.lgs. n. 229/1999, la disciplina riguardante la dirigenza del Servizio Sanitario Nazionale è stata sostanzialmente modificata. In relazione alla nuova struttura aziendalistica della sanità pubblica, si è reso necessario il collegamento tra attività clinica e manageriale. Alla componente dirigenziale del personale sanitario è stato imposto di assumersi quelle responsabilità tipiche delle aziende, fino a qualche anno fa estranee alla loro professione: *budget*, rendimento, risultati, risorse, efficienza, efficacia, economicità, competitività<sup>19</sup>.

Oggi la dirigenza che opera nel servizio sanitario nazionale è così organizzata:

1. dirigenza medica disciplinata dal d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, modificato ed integrato dalle disposizioni del d.lgs. n. 229/1999;
2. dirigenza dei ruoli professionale, tecnico, amministrativo disciplinata dall'art. 26 del d.lgs. n. 165/01;

---

<sup>19</sup> F.A. Roversi Monaco (a cura di), *Il nuovo Servizio Sanitario Nazionale*, Rimini, 2000.

3. l'area del c.d. *top management*, in cui trovano collocazione il Direttore Generale, il Direttore sanitario ed il Direttore amministrativo.

Nell'ambito della dirigenza medica sono comprese quattro categorie:

- a) dirigenti con incarico di struttura complessa;
- b) dirigenti con incarico di struttura semplice;
- c) dirigenti con incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e di ricerca, di ispezione, di verifica e di controllo;
- d) dirigenti con meno di cinque anni di attività (neoassunti) con incarico di natura professionale.

La riforma Bindi (d.lgs. n. 229/1999) ha introdotto importanti innovazioni nello stato giuridico della dirigenza sanitaria, sintetizzabili in quattro punti fondamentali:

- livello unico di dirigenziale in linea con quanto previsto nella dirigenza del pubblico impiego;
- incarichi dirigenziali a termine sottoposti a verifica;
- accesso agli incarichi direzionali solo per meriti personali e non in base a diritti acquisiti;
- esclusività di rapporto con il SSN, incentivata sia dal punto di vista economico che come requisito per ottenere incarichi di alta responsabilità gestionale.

### 3.2. DAI TRE LIVELLI ALLA DIRIGENZA UNICA

In passato, ai primari erano attribuiti poteri gerarchici mentre tutti gli altri medici dovevano limitarsi ad eseguire ordini e direttive. Il primario poteva assegnare a sé ed agli altri medici i pazienti da ricoverare ed avocare i casi alla sua diretta responsa-

bilità, fermo restando l'obbligo di collaborazione da parte del personale appartenente alle altre posizioni funzionali.

Al medico corresponsabile, definito aiuto, veniva riservata la responsabilità autonoma delle attività a lui affidate.

Pertanto, i medici erano distinti in due differenti livelli dirigenziali, con forti rigidità fra i due ruoli, per cui i compiti, le responsabilità e la retribuzione più che alla funzione svolta erano legati alla posizione. Il livello e la conseguente retribuzione venivano mantenuti a prescindere dai risultati raggiunti, il che costituiva una forma di autorità indiscutibile.

Il d.lgs. n. 502/1992 aveva introdotto alcune modifiche, distinguendo dirigenti di primo e di secondo livello e specificandone le funzioni. Tuttavia una tale impostazione non consentiva ancora uno sviluppo professionale corretto dei medici di I livello, essendo la loro attività completamente dipendente dalla disponibilità del dirigente apicale e non essendo soggetta ad alcun tipo di regolamento. Ovviamente, la presenza di certe conoscenze ed abilità professionali concentrate su poche figure non poteva dare una risposta adeguata alle esigenze dell'utenza.

Come già accennato, il d.lgs. n. 229/1999 ha accentuato le caratteristiche di aziendalizzazione del SSN ed ha introdotto il principio che anche per la dirigenza sanitaria si debba adottare lo stesso criterio in vigore per tutta la restante dirigenza pubblica: il livello unico.

L'abolizione del primario a vita e dei tre vecchi livelli di ruolo gerarchizzato fa finalmente emergere diverse funzioni e gradi di responsabilità garantendo a tutti i medici l'autonomia di intervento professionale, la collaborazione e la pari dignità che deve caratterizzare ogni atto medico effettuato in *équipe*, a prescindere dalla posizione<sup>20</sup>.

---

<sup>20</sup> D. Bolognino, *La dirigenza pubblica statale tra autonomia e responsabilità*, Padova, 2007.

Dunque il ruolo è unico, ma sono previste diverse posizioni funzionali corrispondenti ai diversi gradi di responsabilità.

La distinzione è tra incarichi professionali ed incarichi di struttura. I primi comprendono incarichi di natura professionale conferibili a dirigenti con meno di cinque anni di servizio, ed incarichi di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo che sono conferibili a dirigenti medici con più di cinque anni di esperienza. I secondi comprendono incarichi di struttura semplice, di durata dai tre ai cinque anni, ed incarichi di struttura complessa, di durata dai cinque ai sette anni, compreso il direttore di dipartimento, direttore di distretto sanitario e direttore di presidio.

Un'importante innovazione legislativa è rappresentata dal principio che l'attività dirigenziale è sottoposta a verifica del raggiungimento degli obiettivi assegnati e della professionalità espressa. La valutazione è necessaria alle AA.SS. per poter razionalizzare i percorsi di carriera, motivare gli affidamenti di incarichi, intervenire operativamente in tema di direzione di risorse umane e retribuire il risultato in maniera trasparente ed oggettiva.

Gli organismi preposti alla verifica dei dirigenti sono il collegio tecnico, nominato dal Direttore Generale, ed il nucleo di valutazione, composti da persone altamente qualificate per professionalità e qualità.

Dall'esito della verifica dipende la conservazione della titolarità dell'incarico precedentemente conferito o la possibilità di affidamento di incarichi più importanti. La norma contenuta nell'art. 32 del d.lgs. n. 229/1999 non indica nulla circa i contenuti ed i metodi per concretizzare la verifica, per cui ogni ASL ha scelto i propri standard di valutazione.

### 3.3. LA DIRIGENZA MEDICA TRA COMPETENZE PROFESSIONALI E MANAGERIALI

Si accennava, nella parte introduttiva al capitolo, come l'ultima riforma sanitaria abbia indotto il personale medico ad occuparsi di aspetti manageriali e a combinarli inevitabilmente con le loro competenze professionali specifiche.

La scelta di inquadrare tutti i medici nell'ambito della dirigenza ha fatto sì che il numero dei dirigenti nel settore sanitario sia superiore a quello di qualsiasi altro ambito amministrativo<sup>21</sup>. Questo sovradimensionamento ha creato confusione tra le funzioni professionali e quelle manageriali – gestionali.

È chiaro che, nella misura in cui è valido il principio che tutti i dirigenti sono necessariamente anche titolari di compiti gestionali, questa sovrapposizione di competenze è fonte di incertezza.

Nella prima fase dell'aziendalizzazione (d.lgs. n. 502/1992), la previsione del duplice livello di dirigenza del ruolo sanitario aveva ridotto il rischio di confusione. Invece il d.lgs. n. 229/1999, avendo collocato la dirigenza sanitaria in un unico ruolo e in un unico livello, ha affidato la distinzione fra dirigenti solo "professionali" e dirigenti con responsabilità manageriali gestionali alla tipologia di incarico ricoperto.

Se è vero che la legge espone in modo chiaro la diversità di competenze, una certa confusione discende tuttavia dal modo in cui la contrattazione collettiva ha integrato la disciplina della dirigenza. Infatti è stata prevista una doppia tipologia di verifica che riguarda indistintamente tutti i dirigenti; una concernente l'attività professionale da parte di un collegio tecnico, e l'altra sui risultati di gestione affidata al nucleo di valutazione<sup>22</sup>, creando una

---

<sup>21</sup> F. Merloni, *Dirigenza pubblica e amministrazione imparziale*, Bologna, 2006.

<sup>22</sup> P. Lambertucci: *Dirigenza sanitaria, responsabilità dirigenziale e gestionale delle risorse umane: brevi appunti*, in *Lav. pubbl. amm.*, 2006, 825.

sovrapposizione concettuale tra dirigente e *manager*.

In conclusione, la chiarezza nella configurazione del ruolo gestionale non potrà che emergere dalle scelte organizzative effettuate dal Direttore Generale in sede di adozione dell'atto aziendale.

#### 3.4. IL *TOP MANAGEMENT* E LA DISTRIBUZIONE DEL POTERE DECISIONALE

In virtù dell'attuale modello di organizzazione sanitaria basato sull'autonomia imprenditoriale, le aziende possono stabilire alcune regole sulla propria articolazione interna e sui compiti dei soggetti che vi operano. In questo ambito, uno degli aspetti più significativi da esaminare è la distribuzione dei poteri decisionali fra la direzione aziendale ed il resto della dirigenza.

Quando si parla di *top management* delle aziende sanitarie ci si riferisce alle tre figure di vertice che sono rappresentate dal Direttore Generale, dal Direttore sanitario e dal Direttore amministrativo.

Ora, l'affermazione dell'art. 3 del d.lgs. n. 502/1992, in base alla quale tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza dell'Unità Sanitaria Locale, sono riservati al Direttore Generale, sembrerebbe voler concentrare nel solo Direttore la funzione gestionale<sup>23</sup>. In realtà, un'attenta lettura combinata delle disposizioni contenute nello stesso decreto suggerisce che è vero l'esatto opposto, cioè che il potere gestionale è distribuito fra tutti i dirigenti, seppur con differenze.

Pertanto una simile previsione assume il senso di rendere disponibili al Direttore stesso le scelte organizzative relative all'allocatione e distribuzione dei poteri gestionali.

---

<sup>23</sup> A. Pioggia, M. Dugato, G. Racca, S. Civitarese Matteucci (a cura di): *Oltre l'aziendalizzazione del sistema sanitario*, Milano, 2008.

Infatti, la legge riconosce in modo esplicito al Direttore amministrativo la direzione dei servizi amministrativi e al Direttore sanitario la direzione dei servizi sanitari. Inoltre, ai direttori di struttura complessa sono attribuite funzioni di direzione ed organizzazione della struttura, da attuarsi anche mediante direttive al personale e l'adozione di decisioni necessarie per il corretto espletamento del servizio. Nella stessa direzione vanno le previsioni relative al direttore di distretto, il direttore di presidio ed il direttore di dipartimento.

Le riserve ai suddetti direttori rappresentano un minimo base al di sotto del quale il Direttore Generale non può andare. Con l'adozione dell'atto aziendale, il Direttore disciplinerà l'attribuzione dei compiti delle varie figure dirigenziali per l'attuazione degli obiettivi aziendali.

È quindi l'atto aziendale che definisce la distribuzione delle responsabilità gestionali fra i dirigenti; pertanto è dall'esame di questi atti che possiamo ricavare i vari modelli di soluzioni adottate.

In merito alle competenze del Direttore Generale, quasi la totalità degli atti aziendali elenca gli atti a lui riservati. Più ampia è la riserva al Direttore, meno consistente sarà la responsabilità di gestione attribuibile al resto della dirigenza. Si è osservato come siano poco frequenti i casi in cui si è optato per una scelta accentratrice, configurando le competenze del Direttore Generale in maniera estremamente ampia. Nella maggioranza degli atti, il ruolo del Direttore è esplicitamente collegato alla funzione di *top management*, essendogli riservato unicamente l'esercizio di indirizzo strategico e gestionale. In questo caso gli competono tutte le nomine dirigenziali, oltre che l'adozione dell'atto aziendale e di tutti gli atti regolamentari. Si segnalano, però, alcuni casi in cui le competenze del Direttore sono tassative. In questo caso, tutti gli atti e provvedimenti non specificatamente riservati

al Direttore Generale, sono di esclusiva competenza dei dirigenti che li adottano.

Anche nel rapporto fra Direttore Generale e Direttori amministrativo e sanitario si sono adottate soluzioni diverse. Il modello più frequente è quello che corrisponde ad una figura di Direttore Generale a compiti limitati, mentre le competenze dei Direttori amministrativo e sanitario sono elencate in maniera precisa. In alcuni casi assume importanza il collegio di direzione, che va a configurarsi come elemento di bilanciamento del ruolo del Direttore o, semplicemente, come organo con funzioni collaborative e di supporto. Più raramente si trova negli atti aziendali un ruolo forte riconosciuto al Direttore Generale, a cui possono corrispondere una maggiore o minore certezza nell'identificazione delle competenze proprie degli altri due direttori.

Lo strumento adottato per la distribuzione dei poteri gestionali può essere la *delega* o il *conferimento*. Mentre nel caso della delega la tipologia degli atti che i dirigenti sono chiamati ad adottare dipende da una decisione puntuale del Direttore Generale, nel conferimento gli atti tipici di un ufficio dirigenziale sono predeterminati in regolamenti o nello stesso atto aziendale. Naturalmente i due modelli possono coesistere, soprattutto in quei casi in cui è prevista la possibilità di riconoscere al singolo dirigente uno specifico ulteriore potere decisionale non compreso in quelli conferitigli.

Per quanto concerne il recupero del potere decisionale da parte del vertice aziendale, si osserva come nella quasi totalità dei casi sia prevista la possibilità del Direttore Generale di annullamento degli atti adottati dai dirigenti per motivi di legittimità. Talora è altresì contemplato l'annullamento per motivi di merito, ma solo per alcuni atti delegati. Sono invece ampiamente previsti i poteri di sostituzione e di avocazione, in virtù dei



quali il Direttore può sostituirsi ad un dirigente inerte o riacquisire una competenza ad esso attribuita o delegata<sup>24</sup>.

### 3.5. GLI INCARICHI DIRIGENZIALI

#### 3.5.1. Direttore Generale

La normativa vigente non esplicita a chi spetti il potere di nomina del Direttore Generale, ma si desume indirettamente che sia attribuito al Presidente della Regione, preceduto in molti casi da una deliberazione della Giunta<sup>25</sup>.

Spettando la nomina al massimo organo politico regionale, si può concludere che tra Regione e Direttore generale sussista una natura fiduciaria del rapporto, confermata anche dall'esiguità dei criteri di selezione. Attualmente si richiede un qualunque diploma di laurea ed un'esperienza quinquennale di direzione tecnica o amministrativa in enti o aziende pubbliche o private, senza la necessità di valutazioni comparative.

Nel Direttore Generale si sommano funzioni di indirizzo (adozione dell'atto aziendale, nomina del Direttore amministrativo e sanitario) e di gestione (ai sensi dell'art. 3 del d.lgs. n. 299/1999 gli spettano in via riservata tutti i poteri di gestione e la rappresentanza legale dell'Unità Sanitaria Locale. Inoltre deve verificare mediante valutazioni comparative dei costi dei rendimenti e dei risultati, la corretta ed economica gestione delle risorse nonché l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa).

Il rapporto di lavoro è esclusivo ed è regolato da un contratto di prestazione d'opera di diritto privato, con durata fra i tre ed i cinque anni, eventualmente rinnovabile. La durata massima non

---

<sup>24</sup> A. Pioggia, M. Dugato, G. Racca, S. Civitarese Matteucci (a cura di), *Oltre l'aziendalizzazione del sistema sanitario*, Milano, 2008.

<sup>25</sup> R. Ferrara, *L'ordinamento della sanità*, Torino, 2007.

necessariamente coincide con la permanenza in carica degli organi di governo regionale; la norma, quindi, sembra preordinata a tutelare adeguatamente l'autonomia professionale dei Direttori Generali delle ASL. La legge enumera tassativamente i casi di risoluzione del contratto, che avviene per "gravi motivi", grave disavanzo di gestione, "violazione di legge" e "violazione del principio di buon andamento ed imparzialità"<sup>26</sup>.

Il regime di incompatibilità è piuttosto severo, a garanzia dell'imparzialità nell'esercizio delle sue funzioni pubbliche. È prevista l'ineleggibilità alle cariche di consigliere comunale, provinciale e regionale e di parlamentare e, corrispettivamente, la non nominabilità a Direttore Generale per cinque anni per il candidato non eletto nel collegio nel quale sia compresa l'ASL interessata.

Il Direttore Generale è sottoposto ad una serie di valutazioni al fine di mantenere un controllo costante sull'attività dell'ASL. Nella procedura di valutazione è assicurata la presenza di organi politici comunali, a garanzia del collegamento tra attività sanitarie ed interessi locali.

Riguardo allo *spoils system* dei direttori generali delle ASL, la Corte Costituzionale ne ha decretato l'illegittimità. La Corte motiva la decisione sostenendo che l'incarico conferito sulla base di elementi sia politici che professionali non giustifica una decadenza automatica al verificarsi del rinnovo del Consiglio regionale.

### 3.5.2. Direttore sanitario e amministrativo

Sono nominati dal Direttore Generale. Anche i loro rapporti sono retti da un contratto di prestazione d'opera intellettuale.

---

<sup>26</sup> F. Merloni: *Dirigenza pubblica e amministrazione imparziale*, Bologna, 2006.

La legge definisce alcuni requisiti minimi per la nomina, che lasciano ampia discrezionalità di scelta. Il Direttore sanitario deve essere un medico, di età inferiore a sessantacinque anni con esperienza almeno quinquennale nella direzione tecnico-sanitaria di strutture di media o grande dimensione. Il Direttore amministrativo deve essere laureato in discipline giuridiche o economiche, di non più di sessantacinque anni con esperienza almeno quinquennale nella direzione tecnica o amministrativa di strutture di media o grande dimensione.

### 3.5.3. Gli altri incarichi dirigenziali

I responsabili delle strutture operative dell'azienda sono nominati dal Direttore Generale. A differenza dei dirigenti delle amministrazioni tradizionali, per loro non vale il principio della riserva dell'attività di gestione che invece è affidata al Direttore Generale. In questo senso i dirigenti sono organi esecutivi, ma hanno ampio spazio di azione operativa, tanto che è da ritenersi che tutte le decisioni relative alle prestazioni sanitarie sono assunte da loro in autonomia.

È da escludersi che vi sia alcun rapporto di tipo fiduciario; il dirigente sanitario è scelto esclusivamente sulla base della propria competenza professionale e la sua permanenza nell'incarico è indipendente dalla durata in carica del Direttore Generale<sup>27</sup>.

In sintesi, i disposti del d.lgs. n. 229/99 relativi alla disciplina del *top management* e della dirigenza medica nascono dall'intenzione del legislatore di portare a compimento il processo di aziendalizzazione della sanità pubblica. Per raggiungere gli obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità, le Aziende Sanitarie

---

<sup>27</sup> F. Merloni, *Lo spoils system è inapplicabile alla dirigenza professionale: dalla Corte nuovi passi nella giusta direzione*, in *Le Regioni*, 2007.

hanno bisogno non solo di vertici aziendali che esercitino i propri poteri con più ampi spazi di manovra, ma anche di dirigenti medici con competenze manageriali.

La sensazione è che l'idea di fondo di far convivere la professionalità sanitaria con la capacità manageriale non sia stata pienamente realizzata, forse perché è un meccanismo al quale le aziende stesse non hanno creduto fino in fondo, forse perché i medici continuano a percepire se stessi come dirigenza professionale.

Non è un caso che molte Regioni abbiano avviato una centralizzazione di attività tipiche della gestione (spesa, amministrazione delle risorse) affidandosi a soggetti esterni specializzati.

Se da un lato è apprezzabile l'obiettivo di creare economie di scala e semplificazioni procedurali, dall'altro c'è la consapevolezza che questi provvedimenti conducono ad un progressivo allontanamento della possibile combinazione fra competenze manageriali e professionali.

## Capitolo 4

### LE SPERIMENTAZIONI GESTIONALI

#### 4.1. CHIAVE DI LETTURA

Negli ultimi trent'anni si è assistito ad un aumento vertiginoso della spesa sanitaria, in parte dovuto all'invecchiamento della popolazione, in parte allo sviluppo scientifico e tecnologico che ha portato ad un incremento nell'utilizzo di strumenti diagnostici e di intervento per erogare le prestazioni sanitarie (anche a causa dei c.d. "protocolli").

Le esigenze di razionalizzazione delle risorse e del miglioramento qualitativo dei servizi hanno trovato una risposta della diffusione anche nel settore pubblico di modelli strutturali di collaborazione con il privato<sup>28</sup>.

Il sistema sanitario attuale è prevalentemente pubblico per quanto riguarda il governo ed il finanziamento, ma è misto sotto il profilo dell'erogazione delle prestazioni<sup>29</sup>. Quindi il coinvolgimento dei privati nell'organizzazione e gestione dell'offerta pubblica sanitaria ha la duplice funzione di reperire risorse e di migliorare l'offerta.

La legislazione recente ha recepito questa necessità, aprendo alla possibilità di intraprendere percorsi gestionali sperimentali,

---

<sup>28</sup> N. Aicardi, *I soggetti erogatori delle prestazioni sanitarie*, in *Dir. amm.*, 1998.

<sup>29</sup> V. Mapelli: *Il sistema sanitario italiano*, Bologna, 1999.

da realizzare prevalentemente attraverso logiche collaborative con operatori privati.

Le sperimentazioni gestionali possono essere considerate anche un'espressione della tendenza all'esternalizzazione in sanità e come in altri settori di intervento pubblico si sta intensificando<sup>30</sup>.

#### 4.2. L'EVOLUZIONE NORMATIVA

Le sperimentazioni gestionali sono strumenti organizzativi di recente previsione.

- La prima regolamentazione legislativa risale alla legge n. 421/1991 che introduce l'istituto in modo funzionale. Senza fornire una nozione precisa, si riferisce in termini generici alla possibilità di attuare forme di collaborazione fra pubblico e privato finalizzate all'acquisizione di risorse finanziarie, di conoscenze e di esperienze per migliorare l'efficienza del sistema sanitario. Gli strumenti individuati per dare vita a tali collaborazioni sono di tipo privatistico, in particolare le convenzioni. Si prevede la facoltà di deroga alla normativa vigente, che viene riconosciuta in termini molto ampi, nella convinzione che il nuovo istituto possa consentire il superamento dei vincoli della normativa sul sistema pubblico.

- Una specifica regolamentazione delle sperimentazioni gestionali si ritrova nel d.lgs. n. 502/1992 e nel d.lgs. n. 517/1993, in cui si precisa che le sperimentazioni gestionali sono attuate attraverso convenzioni con organismi pubblici e privati per lo svolgimento in forma integrata sia di opere che di servizi, motivando le ragioni di convenienza, di miglioramento della qualità dell'assistenza e gli elementi di garanzia che supportano le con-

---

<sup>30</sup> G. Piperata, *Le esternalizzazioni nel settore pubblico*, in *Dir. amm.*, 2005.

venzioni medesime. In particolare, si prevede che, a tal fine, la Regione può dar vita a società miste a capitale pubblico e privato. La Conferenza Stato-Regioni ha il compito di individuare, in sede di prima attuazione, nove aziende USL e/o ospedaliere, in cui effettuare le sperimentazioni e di verificare annualmente i risultati conseguiti sia sul piano economico che su quello della qualità dei servizi. Al termine del primo triennio di sperimentazione, è affidata al Governo e alle Regioni l'adozione dei provvedimenti conseguenti.

- Il successivo d.lgs. n. 229/1999 introduce i profili di garanzia rispetto a possibili pregiudizi per il servizio pubblico, che potrebbero derivare dal ricorso a forme di collaborazione tra pubblico e privato. La norma riconosce esplicitamente alle Regioni il potere di proposta dei progetti, ma li assoggetta a un atto autorizzatorio della Conferenza Stato-Regioni. Inoltre, viene messo in discussione l'istituto della deroga, disponendo che le sperimentazioni devono essere attuate nel pieno rispetto del regime giuridico di riferimento.

- La legge n. 388/2000 conferma nuovamente la fonte primaria delle sperimentazioni, ribadendo la vigenza dell'istituto della deroga. Rappresenta un momento di svolta della disciplina perché prevede la possibilità di costituire soggetti giuridici nuovi, quali le fondazioni di partecipazione.

- Il d.l. n. 347/2001, convertito nella legge n. 405/2001 attribuisce alle Regioni e Province Autonome la potestà autorizzatoria sui programmi di sperimentazione aventi ad oggetto nuovi modelli gestionali che prevedono forme di collaborazione tra strutture del Servizio Sanitario Nazionale e soggetti privati.

- La legge finanziaria 2002 prevede l'autorizzazione per le pubbliche amministrazioni, anche in deroga alle disposizioni vigenti, ad acquistare sul mercato i servizi, originariamente prodotti al proprio interno, a condizione di ottenere conseguenti economie di gestione, e di costituire soggetti di diritto privato a cui affidare lo svolgimento di servizi svolti in precedenza, o di

attribuirli a quelli già esistenti, attraverso gara pubblica. Per questi soggetti è previsto, inoltre, un regime fiscale agevolato.

Il quadro normativo, come si è venuto a configurare nel corso del tempo, ha affidato alle Regioni il ruolo centrale nel processo di sviluppo dell'istituto, investendole direttamente della potestà autorizzatoria. La sperimentazione costituisce uno strumento per superare gradualmente, attraverso processi monitorati, la rigidità del sistema di regolazione pubblica del settore della sanità e introdurre in esso, attraverso forme di collaborazione con altri soggetti, strumenti e modelli gestionali di particolare successo.

#### 4.3. MODELLI ORGANIZZATIVI

Per esaminare le condizioni ed i meccanismi di realizzazione delle sperimentazioni gestionali, si fa riferimento a quanto disposto nell'art. 9-*bis* del d.lgs. n. 502/1992, riscritto in modo quasi identico nel successivo d.lgs. n. 229/1999.

Il legislatore non si preoccupa di darne un'esatta definizione, ma specifica che tali iniziative devono avere ad oggetto nuovi modelli gestionali che prevedono forme di collaborazione tra Servizio Sanitario Nazionale e soggetti privati, anche attraverso la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato. La formulazione della norma è volutamente aperta e flessibile, in modo tale da rendere teoricamente possibile l'utilizzo di uno spettro ampio di strumenti. Pertanto l'individuazione delle figure organizzative più idonee non è effettuata a monte, ma è rimessa all'iniziativa autonoma dell'Azienda Sanitaria.

Vengono esplicitamente menzionate solo due ipotesi che, a ben vedere, possono apparire tra loro incoerenti; da un lato il modello societario viene indicato come possibile modello di sperimentazione, ammettendo così l'ingresso nel settore delle



sperimentazioni sanitarie pubbliche di operatori economici con finalità lucrative; dall'altro, però, si riconosce una preferenza alle organizzazioni senza scopo di lucro<sup>31</sup>, collocando un'eventuale scelta in questa direzione fra gli elementi di garanzia che dovrebbero assicurare il buon esito delle sperimentazioni stesse.

L'art. 9-bis si conclude con il divieto alle aziende del Servizio Sanitario Nazionale di costituire, al di fuori dei programmi di sperimentazione, società di capitali aventi per oggetto sociale lo svolgimento di compiti diretti di tutela della salute.

Tra gli strumenti di sperimentazione gestionale, una posizione di rilievo è assunta dalle *società a partecipazione mista pubblico-privato*, rappresentando il modello che nella prassi ha avuto più larga diffusione.

Le ragioni che hanno determinato il successo del modello societario sono sostanzialmente tre. In primo luogo, la volontà di introdurre un modello di gestione di tipo manageriale nel settore sanitario; in secondo luogo, la necessità di coinvolgere soggetti capaci di apportare risorse finanziarie e tecnologiche non rinvenibili all'interno del soggetto pubblico; infine, l'intenzione di sfruttare l'elevata flessibilità e duttilità gestionale, tipiche dell'istituto societario<sup>32</sup>.

Un secondo strumento, diverso dalla società mista, utilizzato per l'erogazione diretta dei servizi sanitari, è la *fondazione di partecipazione*. Sebbene finora sia stata una formula organizzativa poco riscontrata, nel corso del tempo potrebbe divenire una delle modalità ordinarie di produzione di servizi di tutela della salute. Infatti la fondazione di partecipazione è un istituto giuridico di diritto privato che contempera l'assenza di uno scopo di

---

<sup>31</sup> E. Jorio, R. Maida, E. Montilla, *Le sperimentazioni gestionali e la finanza di progetto*, in *Sanità pubblica e privata*, 2004.

<sup>32</sup> G. Fiorentini, *Società a capitale misto nell'offerta dei servizi sanitari*, in *MCR*, 2000.

lucro con un modello di gestione flessibile e informato a criteri di economicità gestionale. Inoltre tale figura permette di attribuire un ruolo attivo (partecipazione) nella gestione operativa a coloro che ne condividono gli scopi istituzionali. Un importante elemento di vantaggio è rappresentato dal fatto che soggetti pubblici e privati possono aderirvi anche successivamente alla sua costituzione, apportando denaro, beni materiali o immateriali, servizi e, soprattutto, nominando i loro rappresentanti nell'organo di amministrazione attiva.

Un terzo modello gestionale degno di menzione è l'*associazione in partecipazione*. L'associante è colui che gestisce direttamente l'impresa, ed è direttamente responsabile delle obbligazioni nei confronti di terzi. L'associato, invece, è colui che esercita il controllo dell'impresa, secondo le modalità previste dal contratto. Nel settore sanitario il ruolo di associante dovrebbe essere assunto dal soggetto privato, mentre quello di associato dall'azienda sanitaria pubblica. Quindi al privato sarà affidata la gestione operativa, mentre la definizione dei criteri e delle modalità per l'erogazione delle prestazioni sanitarie, nonché il modello di vigilanza, saranno di competenza del soggetto pubblico.

Per tratteggiare un quadro completo degli strumenti generali di sperimentazione gestionale, si ricordano ancora due modelli minori che sono stati rinvenuti nella prassi, rappresentati dalle associazioni consortili e dalle *joint venture*.

#### 4.4. IL PROCEDIMENTO DI SPERIMENTAZIONE

L'art. 9-*bis* del d.lgs. n. 502/1992, che contiene la disciplina del procedimento da seguire per la definizione e l'approvazione dei programmi di sperimentazione gestionale, è stato sensibilmente modificato dal d.l. n. 347/2001.

Nella normativa precedente la Conferenza Stato-Regioni ri-

copriva un ruolo di primo piano, essendole attribuiti sia il potere di autorizzare che di verificare le sperimentazioni gestionali. Invece nella legislazione del 2001 essa continua a mantenere il potere di monitoraggio, ma la potestà autorizzativa dei programmi è attribuita alle Regioni e alle Province Autonome.

Nulla viene detto riguardo al potere di iniziativa del procedimento, ma non pare realistico escludere per le Aziende Sanitarie un ruolo di intervento attivo quantomeno al momento della definizione della proposta alla Regione. Tale potere di iniziativa è da intendersi riconosciuto non solo alle ASL e alle ASO, ma anche agli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, ai policlinici universitari ed alle aziende miste.

Il progetto di programma di sperimentazione non deve essere una bozza delineante un ipotetico percorso organizzativo da realizzare in seguito all'autorizzazione, ma deve presentare in modo già definito i profili connessi al modulo di collaborazione tra soggetto pubblico e privato.

In seguito all'adozione della delibera del progetto da parte dell'azienda titolare dell'iniziativa, viene effettuata la scelta del socio privato di minoranza. Il *partner* per la sperimentazione può essere inquadrato in tre diversi profili:

- a. *partner di know-how gestionale;*
- b. *partner di know-how specialistico;*
- c. *partner di know-how finanziario.*

La selezione del socio privato deve essere effettuata attraverso una gara ad evidenza pubblica, al fine di assicurare il rispetto dei principi comunitari di concorrenza, di parità di trattamento e di non discriminazione.

Presentata la proposta di sperimentazione gestionale, la Regione sottopone il progetto ad un'attenta istruttoria per verificare la sussistenza dei seguenti requisiti:

- la convenienza economica;

- il miglioramento della qualità dell'assistenza;
- la coerenza con il Piano Sanitario Regionale;
- la limitazione della partecipazione privata ad un massimo del 49%;
- la previsione di forme idonee di limitazione alla facoltà di cessione della propria quota sociale ai privati partecipanti;
- la previsione di forme di risoluzione del rapporto con i soggetti privati che partecipano in caso di gravi inadempienze;
- la definizione dei compiti, delle funzioni e dei rispettivi obblighi di tutti i partecipanti;
- la previsione di forme e modalità di risoluzione della convenzione;

Il procedimento si conclude con la delibera regionale o provinciale<sup>33</sup>.

Quindi, una volta ricostruito il percorso evolutivo e procedimentale dei programmi di sperimentazione gestionale, è il momento di effettuare un primo bilancio, allo scopo di mettere in luce tanto i punti di forza quanto le criticità.

Un primo accenno va fatto alla valutazione dei risultati.

Nonostante la riforma del 1999 ponga la fase del controllo al centro del processo di sperimentazione, le operazioni di verifica si sono rivelate assai complesse. Infatti, nel caso delle sperimentazioni gestionali si è osservata l'abitudine di avviare i procedimenti senza aver esplicitato con sufficiente puntualità sia gli obiettivi perseguiti che i risultati conseguiti; pertanto l'imbattersi in affermazioni generiche e scarsamente significative non aiuta ad operare un raffronto fra obiettivi e risultati.

Questa carenza di elementi per comprendere gli esiti della

---

<sup>33</sup> A. Pioggia, M. Dugato, G. Racca, S. Civitarese Matteucci (a cura di), *Oltre l'aziendalizzazione del sistema sanitario*, Milano, 2008.

scelta privatistica ha comportato che il controllo delle sperimentazioni ha finito per essere un controllo di correttezza giuridico-amministrativa.

In secondo luogo merita qualche considerazione la definizione del modello organizzativo sperimentale. Se la previsione normativa rende evidente la sostanziale libertà lasciata agli enti nella definizione dello strumento associativo, la prassi è stata invece caratterizzata dall'assoluta predominanza della società di capitali. La ragione è da ricercarsi nel fatto che tale strumento è più idoneo per un'eventuale rapporto stabile tra l'ente pubblico ed il socio privato, a scapito di necessari elementi di flessibilità che altre forme giuridiche avrebbero potuto garantire (ad es. le *joint ventures*). È chiaro che nelle realtà locali, caratterizzate da una bassa qualità dei servizi pubblici, la collaborazione stabile è vista dal privato come una soluzione non stimolante e meno redditizia. In queste ipotesi, la sperimentazione è stata di fatto imposta dall'ente pubblico, interessato all'apporto di strutture e capitali, e subito dal privato come unica via di esercizio dell'attività sanitaria.

Un ultimo aspetto importante riguarda la presenza del privato per la realizzazione di eventuali sperimentazioni, considerata da molti non una forma di collaborazione ma un inizio di privatizzazione. In quelle realtà territoriali in cui la qualità percepita dell'offerta sanitaria è risultata soddisfacente, l'ingresso di soggetti privati non è stato visto di buon occhio dalle ASL, continuando a perseguire l'implementazione dei servizi attraverso le ordinarie vie pubblicistiche. Un punto di vista differente porterebbe, invece, a considerare le sperimentazioni una risorsa, che permetterebbe di effettuare ciò che il pubblico non è in grado di realizzare, o eventualmente di realizzarlo in modo migliore. Quindi l'aspetto più difficile non dovrebbe essere la presenza del privato, quanto piuttosto la capacità della Regione di governare il sistema.



## Capitolo 5

### L'ATTIVITÀ CONTRATTUALE

#### 5.1. CHIAVE DI LETTURA

Quando si parla di attività contrattuale della Pubblica Amministrazione si fa riferimento a quel complesso di azioni attraverso cui l'Amministrazione esplica i suoi poteri mediante gli ordinari strumenti di diritto privato.

È la stessa legge n. 241/1990 e succ. modif. (legge sul procedimento amministrativo) a stabilire che la Pubblica Amministrazione, nell'adozione di atti di natura non autoritativa, può agire secondo le norme di diritto privato, salvo che la legge disponga diversamente.

In ogni caso non va dimenticato che, anche quando la P.A. agisce in regime di diritto privato, non cambiano le sue finalità di perseguimento del pubblico interesse<sup>34</sup>, il che giustifica le numerose deroghe alla disciplina dello strumento contrattuale privatistico.

Inoltre rilevano i principi dell'ordinamento comunitario a tutela della concorrenza, a cui tutte le amministrazioni pubbliche sono soggette<sup>35</sup>.

---

<sup>34</sup> M. Mazzone, *Attività contrattuale della Pubblica Amministrazione*, 2011, dal sito [www.professionisti.it](http://www.professionisti.it).

<sup>35</sup> R. Cavallo Perin, *I principi come disciplina giuridica del pubblico servizio tra ordinamento interno e ordinamento europeo*, in *Dir. amm.*, 2000.

Per quanto concerne le Aziende Sanitarie, l'evoluzione del quadro normativo risulta piuttosto articolata. In questo capitolo, fra interventi legislativi statali e principi dell'ordinamento comunitario, si cercherà di fare chiarezza su una materia tanto complessa quanto importante all'interno del fenomeno di aziendalizzazione del sistema sanitario.

Saranno oggetto di riflessione:

- il modo in cui la qualificazione giuridica delle ASL va ad influire sull'attività contrattuale;
- il significato dell'autonomia imprenditoriale e i suoi limiti;
- i c.d. acquisti sotto-soglia e gli acquisti in economia;
- i modelli di aggregazione degli acquisti.

## 5.2. LA QUALIFICAZIONE GIURIDICA

Il d.lgs. n. 163/2006 (Il Codice dei Contratti Pubblici), nel recepire la direttiva europea 2004/18/CE disciplina le procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici di lavori, di forniture e di servizi.

Sono definite «amministrazioni aggiudicatrici» *“le amministrazioni dello Stato, gli enti pubblici territoriali, gli altri enti pubblici non economici, gli organismi di diritto pubblico, le associazioni, unioni, consorzi, comunque denominati, costituiti da detti soggetti”* (art. 25).

L'obiettivo è capire se l'Azienda Sanitaria rientri in una delle suddette categorie affinché possa essere qualificata come amministrazione aggiudicatrice, essendo in tal caso destinataria delle norme che regolano gli appalti pubblici. Per fare ciò è necessario partire dalla riforma sanitaria del 1999.

Si è ritenuto che l'attribuzione contestuale della personalità giuridica pubblica e dell'autonomia imprenditoriale qualifichi



l'Azienda Sanitaria come “ente pubblico economico”<sup>36</sup> che agisce mediante atti di diritto privato. Anche la sua attività contrattuale doveva conformarsi ai principi di efficacia, efficienza ed economicità. Nell'abrogato art. 3, comma 1-ter, del d.lgs. n. 502/1992, così come modificato dal d.lgs. n. 229/1999, si dice che i contratti di fornitura di beni e servizi, il cui valore sia inferiore a quello stabilito dalla normativa comunitaria in materia, sono appaltati o contrattati direttamente secondo le norme di diritto privato indicate nell'atto aziendale.

Quanto disposto è stato interpretato nella direzione di escludere l'azienda sanitaria dalla disciplina degli appalti pubblici; infatti né può essere considerata un ente territoriale, né l'attività del settore sanitario è contemplata fra i settori che consentono di qualificare l'“impresa pubblica” come amministrazione aggiudicatrice.

Si pone allora la questione se l'Azienda Sanitaria possa rientrare nella categoria di origine comunitaria degli *organismi di diritto pubblico*.

Per “organismo di diritto pubblico” si intende qualsiasi organismo che deve rispondere a tre requisiti:

1. soddisfare specificatamente esigenze di interesse generale, aventi carattere non industriale o commerciale;
2. essere dotato di personalità giuridica;
3. svolgere un'attività finanziata in modo maggioritario dallo Stato, dagli enti pubblici territoriali o da altri organismi di diritto pubblico oppure la cui gestione sia soggetta al controllo di questi ultimi oppure il cui organo d'amministrazione, di direzione o di vigilanza sia costituito da membri dei quali più della metà è designata dallo Stato, dagli enti pubblici territoriali o da altri organismi di diritto pubblico.

---

<sup>36</sup> N. Aicardi, *La sanità*, in S. Cassese (a cura di), *Trattato di diritto amministrativo*, Milano, 2003.

Sul secondo e terzo punto non paiono esserci dubbi. Sicuramente l'Azienda Sanitaria è dotata di personalità giuridica pubblica (art. 3, comma 1-*bis* del d.lgs. n. 229/1999); inoltre la maggior parte degli organi di vigilanza (il Direttore Generale, il Collegio sindacale) sono nominati da amministrazioni territoriali pubbliche; e ancora, il finanziamento delle ASL avviene tramite la fiscalità generale. Invece sul carattere non industriale o commerciale dell'attività svolta, nonostante ci sia un orientamento ad escludere che l'attività sanitaria possa comportare un rischio d'impresa, permangono ancora difficoltà interpretative.

Una terza via percorribile è il verificare se tra Regione ed Azienda Sanitaria vi sia un rapporto di *house providing*, che consiste, in sintesi, in un modello di organizzazione e di gestione dei servizi che le pubbliche amministrazioni adottano attraverso propri organismi, cioè senza ricorrere al libero mercato. Il rapporto sussiste ove l'ente produttore *in house* sia sottoposto ad un controllo analogo a quello che l'amministrazione territoriale controllante esercita sui propri uffici e destini la propria attività in via prevalente all'amministrazione controllante. A questo proposito non ci sono dubbi sul fatto che la destinazione prevalente dell'attività sanitaria è a favore della Regione per conto della quale l'Azienda Sanitaria eroga le prestazioni.

### 5.3. I LIMITI ALL'AUTONOMIA IMPRENDITORIALE

Il riconoscimento della personalità giuridica pubblica implica che le aziende sanitarie siano inserite a pieno titolo nella categoria delle pubbliche amministrazioni nazionali, per le quali valgono i principi di *imparzialità* e *buon andamento* enunciati nell'art. 97 della Costituzione.

Inoltre, ad esse si applica quanto disposto nell'articolo 1 della legge n. 241/1990 secondo cui “*l'attività amministrativa per-*

*segue i fini determinati dalla legge ed è retta da criteri di economicità, di efficacia, di pubblicità e di trasparenza, secondo le modalità previste dalla presente legge [...], nonché dall'ordinamento comunitario*". Il principio di efficienza, non nominato nel presente articolo, è da considerarsi una specificazione del principio costituzionale di buon andamento.

Quindi i principi di efficacia, efficienza ed economicità caratterizzano l'attività di ogni pubblica amministrazione senza che tale esplicitazione vada a connotare l'autonomia come "imprenditoriale", poiché da tempo tali principi non sono più connotazione o carattere esclusivo dell'impresa pubblica<sup>37</sup>.

Ai fini dell'esposta argomentazione rileva soprattutto la soggezione delle pubbliche amministrazioni ai principi dell'ordinamento comunitario a tutela della concorrenza, in particolar modo nell'attività di approvvigionamento di beni e servizi. L'obbligo di osservanza di tali principi sussiste quando l'Azienda Sanitaria instauri relazioni economiche con soggetti terzi, non rilevando se essa agisce mediante atti di diritto privato.

In conclusione, i principi della Carta costituzionale, le fonti legislative nazionali sulla pubblica amministrazione ed i principi, espressi o desumibili, che caratterizzano l'ordinamento dell'Unione Europea si pongono come limite all'autonomia imprenditoriale delle Aziende Sanitarie.

#### 5.4. GLI ACQUISTI SOTTO-SOGLIA E GLI ACQUISTI IN ECONOMIA

Fino a questo momento si è cercato di inquadrare l'Azienda Sanitaria all'interno della normativa nazionale ed europea che ne disciplina l'attività contrattuale. Ora si osserva come in concreto

---

<sup>37</sup> A. Pioggia, M. Dugato, G. Racca, S. Civitarese Matteucci (a cura di), *Oltre l'aziendalizzazione del sistema sanitario*, Milano, 2008.

queste norme vanno a regolare, e spesso limitare, lo svolgimento dell'attività di approvvigionamento di beni e servizi.

La direttiva europea 2004/18/CE, relativa al coordinamento delle procedure di aggiudicazione degli appalti dei lavori pubblici, di forniture e di servizi, stabilisce dei valori soglia oltre i quali si applicano i principi in essa contenuti.

L'attribuzione dell'autonomia imprenditoriale ha fatto ritenere che le aziende, quantomeno sotto la soglia di rilievo comunitario, potessero agire con atti di diritto privato, ai sensi dell'art. 3, comma 1-*ter*, del d.lgs. n. 502/1992. Una simile previsione ha determinato la convinzione di poter eliminare ogni formalismo previsto per le gare pubbliche, lasciando piena autonomia nella scelta dei contraenti.

Sono soprattutto gli atti aziendali che, nel recepire una tale scelta normativa, hanno evidenziato la libertà delle forme e l'inapplicabilità delle norme che disciplinano, in regime di diritto pubblico, la formazione dei contratti.

Una conseguenza immediata per le varie aziende sanitarie è stata la tendenza a frazionare artificiosamente l'oggetto dell'appalto pubblico, al fine di contenerlo nei limiti economici previsti.

I vantaggi di una così ampia autonomia si sono rivelati presto illusori, dal momento che i principi nazionali e comunitari avrebbero in ogni caso dovuto essere osservati anche per i contratti sotto-soglia ed il frazionamento artificioso sarebbe stato sanzionato.

Infatti, il d.lgs. n. 163/2006, il Codice dei Contratti Pubblici, ha abrogato l'art. 3, comma 1-*ter*, del d.lgs. n. 502/1992 che consentiva alle aziende sanitarie di stipulare contratti come i privati. In questo modo viene superato definitivamente l'equivoco del concetto di aziendalizzazione; l'attribuzione cioè dell'autonomia imprenditoriale è da intendersi nel senso di autonomia or-

ganizzativa, mentre l'attività contrattuale non viene "privatizzata", essendo vincolata anch'essa al rispetto dei principi di imparzialità e concorrenza.

Come reazione a tale limite, gli amministratori delle aziende sanitarie sono ricorsi con ampiezza agli *acquisti in economia* previsti all'art. 125 del suddetto Codice. Per importi inferiori a 200.000 euro, viene data la possibilità di acquisire beni e servizi attraverso l'esperimento di una gara ufficiosa in alternativa alla stipulazione di un contratto di appalto di valore inferiore alla soglia europea. Ciò consente un'immediata convenienza in termini di semplicità procedurale e costi di pubblicità, oltre al vantaggio dell'azienda di poter definire liberamente le tipologie di beni e servizi che possono esserne oggetto.

Le acquisizioni in economia possono essere effettuate mediante procedura di "cottimo fiduciario", una procedura negoziata con cui si stipula un contratto con un soggetto terzo scelto a seguito di una gara informale. A tal proposito, si sta consolidando la tendenza a istituire un procedimento *ad hoc* per le fasi di scelta del cottimista, imponendo l'eguale trattamento dei partecipanti alla selezione<sup>38</sup>.

## 5.5. I MODELLI DI AGGREGAZIONE DEGLI ACQUISTI

La procedura di approvvigionamento di beni e servizi con contratto di cottimo determina un ricorso generalizzato alla procedura negoziata.

Questo fenomeno può incrementare il rischio di violazione del divieto di frazionamento artificioso degli acquisti, previsto

---

<sup>38</sup> G. Mastrandrea, *L'attività contrattuale di diritto privato delle aziende sanitarie tra normativa e giurisprudenza: il caso delle forniture di beni e servizi sottosoglia*, in *Cons. St.*, 2003.

espressamente dal codice nazionale e dalle direttive comunitarie. Inoltre, nelle aziende dove la programmazione degli acquisti si rivela insufficiente o addirittura assente, si assiste ad una distribuzione della competenza a contrattare tra una pluralità di strutture operative dotate di autonomia gestionale.

È facile comprendere come l'affidamento unitario di commesse consentirebbe risparmi di spesa ed un più efficiente impiego delle risorse.

Le politiche nazionali di contenimento della spesa pubblica hanno preso in considerazione i modelli contrattuali degli enti autonomi, ponendo in essere una serie di interventi normativi che promuovono le aggregazioni degli acquisti.

Anche le Regioni hanno legiferato in merito alle "unioni di acquisto", concepite come forme di collaborazione fra aziende del Servizio Sanitario volte ad ottenere facilitazioni nell'acquisto di beni o servizi.

## Capitolo 6

### I SISTEMI CONTABILI

#### 6.1. DALLA CONTABILITÀ FINANZIARIA ALLA CONTABILITÀ ECONOMICO-PATRIMONIALE

Con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale nel 1978, per le Unità Sanitarie Locali si era venuto a delineare un sistema contabile di tipo finanziario. Attraverso la rilevazione delle entrate e delle uscite nel corso dell'esercizio, il bilancio finanziario aveva una funzione essenzialmente di autorizzazione delle spese. Il finanziamento delle USSL avveniva attraverso un trasferimento di denaro dalle Regioni, le quali ricevevano una quota di fondo sanitario nazionale assegnato dallo Stato.

Un sistema così strutturato ha causato sprechi ed inefficienze. I disavanzi finanziari venivano regolarmente ripianati dalle casse statali senza un'adeguata responsabilizzazione delle singole Unità Sanitarie all'utilizzo corretto delle risorse. La causa principale dell'insostenibilità finanziaria del sistema è da ricercarsi nella presenza di una netta differenziazione tra i centri di spesa, le USSL, ed il soggetto erogatore, lo Stato.

La riforma sanitaria del 1992 ha istituito le Aziende Sanitarie Locali, dotandole anche di autonomia patrimoniale, contabile e gestionale. Quindi le ASL hanno ora un proprio patrimonio che possono gestire in modo autonomo, mentre prima, sotto il profilo economico-finanziario, dipendevano dal Comune di cui erano

una semplice struttura operativa. Inoltre, viene previsto il trasferimento alle Regioni della responsabilità per disavanzi delle ASL (prima a carico dello Stato) attraverso la cosiddetta “regionalizzazione” del sistema sanitario.

Il processo di aziendalizzazione ha dotato le Aziende Sanitarie pubbliche anche di strumenti di contabilità e controllo più adeguati, ovvero *la contabilità economico/patrimoniale in luogo della contabilità finanziaria*. Ne discende che la logica del controllo autorizzativo preventivo sui singoli atti viene sostituita dalla logica del controllo economico complessivo sui risultati della gestione.

La novità della contabilità economico/patrimoniale ha richiesto l’adattamento dello schema di bilancio civilistico alle esigenze delle Aziende Sanitarie. Pertanto, il Ministero della Sanità e del Tesoro hanno predisposto uno schema di bilancio tipo e delle linee guida per l’introduzione del nuovo sistema contabile.

Il d.lgs. n. 517/1993 ha disposto che le Regioni debbano provvedere ad emettere norme per la gestione economica, finanziaria e patrimoniale delle ASL e delle Aziende Ospedaliere. L’art. 5 del suddetto decreto ha previsto inoltre:

- l’adozione del *bilancio pluriennale* di previsione e del *bilancio preventivo economico* annuale, relativo all’esercizio successivo;
- la destinazione dell’eventuale avanzo e le modalità di copertura dei possibili disavanzi;
- la tenuta di una *contabilità analitica per centri di costo* che consenta le analisi comparative dei costi, rendimenti e risultati;
- l’obbligo delle ASL ed Aziende Ospedaliere di rendere pubblici i risultati della propria analisi dei costi, dei rendimenti e delle risultanze.

L’intervento delle Regioni si è concretizzato nella creazione di un *piano dei conti* in linea con l’impostazione economico-pa-



trimoniale, nella costruzione di una *contabilità analitica* ed infine nell'elaborazione di linee guida per la redazione del bilancio aziendale composto di *stato patrimoniale*, *conto economico* e *nota integrativa*.

L'ampiezza dell'intervento normativo regionale non è stata uniforme sul territorio nazionale; infatti, alcune Regioni hanno spinto in profondità la loro legiferazione mentre altre si sono limitate ai dettagli della struttura o semplicemente al recepimento gli schemi ministeriali senza aggiungere specificazioni<sup>39</sup>.

Il passaggio da una contabilità finanziaria ad una contabilità economico/patrimoniale ha comportato un notevole sforzo per l'adeguamento dell'impianto contabile e per il radicale cambiamento della cultura amministrativa. Per un certo periodo, in via provvisoria, è stata mantenuta la contabilità finanziaria in parallelo con la nuova disciplina, fino a quando il d.lgs. 229/1999 ha precisato che la contabilità finanziaria è soppressa.

Pertanto, le aziende devono adottare la contabilità economico-patrimoniale quale unico riferimento amministrativo contabile, allo scopo di favorire i nuovi sistemi di valutazione dell'andamento gestionale, in linea con l'evoluzione complessiva del sistema sanitario.

## 6.2. LA CONTABILITÀ GENERALE: IL BILANCIO ECONOMICO PATRIMONIALE

La contabilità generale si riferisce all'azienda nel suo complesso, e si esprime attraverso idonee aggregazioni di costi e ricavi secondo la loro natura. Studia ed organizza le rilevazioni

---

<sup>39</sup> R. Simonazzi (a cura di), *Il bilancio e la contabilità delle aziende sanitarie*, 2004.

inerenti ai fatti che sorgono in conseguenza ai rapporti tra l'azienda ed altri soggetti esterni.

In un certo senso, si può definire la memoria scritta delle operazioni e degli scambi che l'Azienda Sanitaria intrattiene con terze economie. Rileva tutti i fatti amministrativi che determinano una variazione economica, patrimoniale e finanziaria.

La contabilità economico-patrimoniale analizza la gestione dell'azienda secondo due dimensioni:

1. *la dimensione economica*, finalizzata a valutare il risultato economico dell'esercizio, cioè la differenza tra costi e ricavi connessi all'attività economica;
2. *la dimensione patrimoniale*, finalizzata a valutare la consistenza del patrimonio alla data di chiusura dell'esercizio, cioè a misurare il patrimonio netto aziendale quale differenza tra componenti attive e passive.

Per quanto concerne i riferimenti normativi, nel decreto di riordino del Servizio Sanitario (d.lgs. n. 517/1993) c'è un richiamo esplicito alle disposizioni del codice civile (artt. 2423 e ss.) così come modificate ed integrate dal d.lgs. n. 127/1991; infatti, la normativa contenuta in queste fonti stabilisce i principi e i criteri ai quali anche le Aziende Sanitarie devono attenersi nella redazione del bilancio.

Il bilancio di esercizio deve essere composto necessariamente di tre documenti:

1. lo stato patrimoniale;
2. il conto economico;
3. la nota integrativa.

### 6.2.1. Stato patrimoniale

Lo schema dello stato patrimoniale è a sezioni contrapposte, denominate “attivo” e “passivo”. Deve esporre un quadro sintetico ma significativo delle attività e delle passività alla data di riferimento, al fine di comprendere e valutare la situazione patrimoniale e finanziaria dell’azienda.

Tra i *componenti attivi* figurano le immobilizzazioni (materiali, immateriali e finanziarie), l’attivo circolante (scorte, crediti, attività finanziarie e disponibilità liquide), ratei e risconti attivi.

Tra i *componenti passivi* figurano il patrimonio netto (contributi in conto capitale, fondo di dotazione, contributo per ripiani perdite), fondi per rischi ed oneri, trattamento di fine rapporto, debiti (mutui, fornitori, ecc.), ratei e risconti passivi.

### 6.2.2. Conto economico

Deve fornire un’espressiva rappresentazione delle operazioni di gestione mediante una sintesi dei componenti positivi e negativi di reddito che hanno contribuito a determinare il risultato economico. L’utile può essere destinato al riequilibrio di situazioni omogenee esistenti nel territorio delle A.S.L., oppure per l’acquisto di beni mobili o per incentivi al personale da definire in sede di contrattazione<sup>40</sup>.

La struttura del conto economico comprende cinque macro-aggregati:

– *Valore della produzione*: rappresenta la ricchezza creata dall’azienda al lordo dei fattori produttivi che hanno concorso alla sua realizzazione. Comprende i contributi versati dalla Re-

---

<sup>40</sup> F. Gaboardi, *Compendio di contabilità sanitaria*, Torino, 2001.

gione ed altri trasferimenti vincolati, le entrate derivanti dalle prestazioni e servizi erogati dall'azienda (per l'Inail, Inps, ecc.), gli introiti per prestazioni rese a favore di altre aziende in seguito alla mobilità sanitaria attiva, i contributi per le spese di ispezione e controlli sanitari, la compartecipazione alla spesa degli utenti (*ticket*) ed ogni altro ricavo che proviene dalla gestione tipica.

– *Costi della produzione*: comprendono gli acquisti di esercizio (prodotti farmaceutici, prodotti chimici, prodotti alimentari), i costi per prestazioni di servizi (convenzioni con medici di base, specialisti, o convenzioni con istituti di ricovero e cura pubblici o privati, consulenze, ecc.), i servizi appaltati (lavanderia, pulizia, mensa), manutenzioni e riparazioni ordinarie, costi di godimento di beni di terzi (*leasing*), spese amministrative generali (oneri sociali per gli organi delle ASL, compensi per assistenza legale, ecc.), accantonamenti tipici (Tfr).

– *Proventi e oneri finanziari*: includono tutte le spese su disponibilità finanziaria, tra cui gli interessi passivi, gli interessi moratori, gli interessi maturati sul conto corrente, entrate varie non tipiche.

– *Rettifiche di valore di attività finanziarie*: interessano le svalutazioni e le rivalutazioni delle immobilizzazioni finanziarie e dei titoli.

– *Proventi ed oneri straordinari*: includono plusvalenze e minusvalenze, accantonamenti non tipici, sopravvenienze e insussistenze.

La presentazione delle singole voci in macro-aggregati serve per avere una visione di sintesi e per calcolare le risultanze economiche. Innanzi tutto viene effettuata la differenza tra valore e costi della produzione; successivamente vengono sommati i totali di tutti gli aggregati per conoscere il risultato prima delle imposte. Una volta sottratte imposte e tasse si ha l'utile o la perdita di esercizio, che per le ASL si definisce avanzo o disavanzo economico.

### 6.2.3. Nota integrativa

Rappresenta uno strumento informativo importante per l'applicazione del nuovo sistema contabile, in quanto fornisce spiegazione e fondamenti economici ai valori e alle grandezze rilevate nello stato patrimoniale e nel conto economico. In particolare, descrive i criteri di valutazione adottati, la composizione quali-quantitativa di bilancio e include uno schema di rendiconto finanziario che permette un'analisi dei flussi di cassa a scopo informativo<sup>41</sup>.

Tutti gli elementi dello stato patrimoniale e del conto economico sono racchiusi nel *piano dei conti*, uno strumento base per il sistema informativo contabile e per la redazione del bilancio di esercizio dell'Azienda Sanitaria. Contiene liste di titoli di conto e le corrispondenti strutture numeriche di codifica utilizzati per registrare i dati finanziari quali ricavi e costi, nonché per descrivere le attività e passività.

Grazie all'utilizzo del piano dei conti, i dati finanziari possono essere ordinati in modo uniforme e aggregati in categorie. Le organizzazioni sanitarie, in particolare, hanno esigenze aziendali che impongono la classificazione delle informazioni finanziarie, allo scopo di avere una conoscenza dettagliata dei costi sostenuti per fornire servizi<sup>42</sup>.

---

<sup>41</sup> F. Gaboardi, *Compendio di contabilità sanitaria*, Torino, 2001.

<sup>42</sup> Gans, David N. MSHA, FACMPE; Piland, Neill F. DrPh; Honoré, Peggy A. DHA: *Lo sviluppo di un piano dei conti: una prospettiva storica del Medical Group Management Association Integrating Public Health and Personal Care in Reformed US Health Care System*, in *Journal of Public Health Management & Practice*, 2010, 205-211.

### 6.3. LA CONTABILITÀ ANALITICA: I CENTRI DI COSTO

La contabilità generale, che rileva i fatti che avvengono quando l'Azienda Sanitaria entra in contatto con il mondo esterno, non è idonea a rilevare tutti quei fatti che, invece, avvengono all'interno dell'azienda. Per questo scopo si deve far ricorso alla *contabilità analitica*, che consente un efficace controllo di gestione. Infatti permette di individuare rapidamente in quale divisione si guadagna, in quale si perde e dove si annidano sprechi di risorse, in modo da intervenire tempestivamente per correggere eventuali scostamenti dagli obiettivi aziendali.

L'obiettivo che la contabilità analitica vuol raggiungere è infatti quello di fornire alla direzione informazioni utili a valutare la congruità dell'utilizzazione delle risorse e ad orientare una possibile riallocazione delle stesse.

La tenuta della contabilità analitica è prevista dal d.lgs. n. 502/1992, al fine di attuare un'analisi comparativa dei costi, dei rendimenti e dei risultati.

Tale contabilità si sviluppa attraverso il sistema dei *centri di costo*. Si definisce centro di costo un insieme di attività omogenee cui sia univocamente correlabile un consumo definito e misurabile di risorse. Questo approccio consente di cogliere gli aspetti economico-finanziari delle fondamentali strutture sanitarie, rendendo possibile l'attribuzione delle responsabilità di gestione e di risultato ai rispettivi responsabili di centro<sup>43</sup>. Pertanto, ai fini contabili, alle singole unità operative vengono attribuite i costi ad esse direttamente imputabili.

È opportuno puntualizzare che il concetto di *costo* non coincide con il concetto di spesa; mentre la spesa è definibile come un'erogazione di risorse finanziarie, il costo di prodotto è un valore astratto che si determina mettendo in relazione i fattori produttivi con i prodotti.

---

<sup>43</sup> F. Gaboardi, *Compendio di contabilità sanitaria*, Torino, 2001.

Il sistema di contabilità analitica deve comprendere:

1. un piano dei conti;
2. un piano dei centri di costo;
3. un sistema di *reporting*.

### 6.3.1. Piano dei conti

Come già anticipato, è un importante strumento di classificazione in cui figurano tutti i fattori produttivi utilizzati dall'azienda, cioè tutti quei beni e servizi che vengono impiegati nei processi produttivi al fine di ottenere altri beni e servizi. I fattori produttivi vengono classificati in precise tipologie:

- fattori potenziali: beni il cui consumo non è legato al volume di attività (ad es. le attrezzature e gli impianti);
- fattori non potenziali: beni il cui consumo dipende dal volume di attività (ad es. i medicinali);
- fattori diretti: vi è una relazione diretta fra fattori e prodotto (ad es. il personale);
- fattori indiretti: manca una relazione diretta fra fattori e prodotto (ad es. lavanderia);
- fattori esclusivi: vengono impiegati in una sola attività produttiva;
- fattori non esclusivi: sono utilizzati per diverse attività produttive.

In base alla classificazione dei fattori produttivi si identificano i vari costi di produzione: variabili, fissi, misti, diretti e indiretti.

L'allocazione dei costi ai vari centri segue principalmente due metodologie:

1. all'oggetto di costo vengono imputati solo i costi variabili, in modo da poter valutare la convenienza economica nel breve periodo;

2. all'oggetto di costo vengono attribuiti sia i costi variabili che i costi fissi, al fine di poter operare valutazioni nel medio e lungo periodo.

### 6.3.2. Piano dei centri di costo

Si è visto che i centri di costo rappresentano un'unità elementare di scomposizione dell'azienda, basata sull'aggregazione dei costi per aree omogenee dal punto di vista della natura e delle attività. Pertanto, il piano dei centri di costo non rappresenta una mera riproposizione dell'organigramma aziendale, rispetto al quale può discostarsi anche in maniera significativa.

I centri di costo devono costituire un'articolazione dei seguenti settori: presidio ospedaliero, distretto, dipartimento di prevenzione, strutture di supporto e direzione generale, attività professionale.

La loro individuazione può avvenire secondo tre criteri:

1. in base alla struttura organizzativa, al fine di controllare la gestione delle risorse assegnate ai responsabili delle strutture operative;
2. in base ad attività omogenee, al fine di determinare i costi di determinate tipologie di prestazioni;
3. in base a specifici processi produttivi, al fine di determinare l'ammontare delle risorse per tipologia di prodotto.

I centri di costo vengono classificati nel modo seguente:

- centri di costo finali: producono direttamente il servizio finito (ad es. i reparti);
- centri di costo ausiliari: svolgono attività di supporto per altri centri di costo produttivi (ad es. la sala operatoria);
- centri di costo misti: svolgono attività sia ausiliarie che finali (ad es. il laboratorio analisi);



– centri di costo funzionali: svolgono attività riferibili al funzionamento dell'azienda nel suo complesso (ad es. l'amministrazione del personale).

### 6.3.3. *Reporting*

L'introduzione ed attivazione di un sistema di controllo di gestione presuppone, necessariamente, l'adozione e il continuo utilizzo di un adeguato sistema di produzione e distribuzione delle informazioni a tutti i livelli organizzativi dotati di responsabilità nel processo gestionale dell'Azienda Sanitaria.

La fase di analisi delle misurazioni eseguite relativamente al volume di attività prodotta ed erogata, nonché alle modalità di produzione, costituisce difatti il momento chiave di monitoraggio e controllo dei risultati ottenuti, rispetto a quanto rilevato in periodi precedenti, per individuare il trend di evoluzione dei fenomeni aziendali osservati e per poter individuare ed adottare le opportune azioni correttive.

La formalizzazione dei dati rilevati, ai vari livelli, relativamente alle risorse consumate/costi sostenuti (*input*) ed alle attività erogate (*output*), avviene mediante la predisposizione di un adeguato sistema di *reporting*, finalizzato ad illustrare in maniera mirata e costante l'andamento complessivo della gestione dell'azienda nel corso del tempo, individuando tutte le aree rilevanti ed illustrandone tutti i fenomeni significativi ai fini del controllo interno<sup>44</sup>.

Le informazioni possono essere espresse in termini monetari, quando rappresentano valori economici, o in termini quantitativi, quando rappresentano il numero delle prestazioni.

I destinatari delle informazioni sono sia l'alta direzione che i dirigenti responsabili delle varie unità operative. L'esigenza di

---

<sup>44</sup> S. Cifalà: *Il sistema di reporting nelle aziende sanitarie*, Roma, 2008.

tempestività nel fornire le informazioni si deve combinare con una frequenza di trasmissione mensile o al massimo trimestrale.

La maggioranza dei *reports* sono a contenuto standard e vengono trasmessi a cadenza periodica, ma è possibile che vengano redatti anche su richiesta del responsabile, anche in modo non strutturato, al fine di approfondire particolari avvenimenti della gestione.

Uno degli obiettivi della contabilità analitica è quello di fornire elementi utili alla redazione dei *conti economici sintetici*, che consentono di avere una visione complessiva dell'andamento aziendale. I conti settoriali, che riguardano cioè i singoli centri, vengono consolidati per formare il conto economico sintetico d'azienda.

Altro obiettivo fondamentale è la *determinazione dei costi e dei ricavi dei livelli assistenziali*. Il primo passaggio necessario è quello di ribaltare sui centri finali i costi dei centri ausiliari e quelli dei centri misti (per la parte ausiliaria). Successivamente i costi dei centri finali e dei centri funzionali vengono imputati ai livelli di assistenza (prevenzione primaria, assistenza distrettuale ed assistenza ospedaliera) e alle attività di supporto e servizi generali.

#### 6.4. IL *BUDGET*

Il *budget* è uno dei principali strumenti mediante i quali si esplica l'attività di governo della gestione aziendale. Si fonda sulla programmazione, coordinamento e controllo degli obiettivi da perseguire da parte di ciascuna unità operativa, in un periodo definito di tempo. Non è da considerarsi una mera assegnazione di risorse finanziarie a divisioni, reparti e servizi che le possono

gestire discrezionalmente, ma come risorse assegnate per attuare obiettivi sui quali si verrà giudicati<sup>45</sup>.

L'approccio budgetario nelle aziende sanitarie si rivela utile quale risposta alla complessità strutturale dell'organizzazione. A fronte dell'esigenza di adottare un maggiore decentramento delle responsabilità gestionali, diventa sempre più importante presidiare l'unitarietà della gestione aziendale, coordinando i processi di allocazione e impiego delle risorse. Quindi il sistema del *budget* è capace di garantire la necessaria autonomia delle varie strutture operative, ma nel contempo assicura la coerenza dei singoli obiettivi nell'ambito di un disegno comune<sup>46</sup>.

La gestione budgetaria è sostanzialmente una gestione per obiettivi, espressi in termini misurabili, nella quale:

- si fissano gli obiettivi che devono essere raggiunti nell'esercizio di riferimento;
- si verifica periodicamente il grado di conseguimento degli obiettivi prefissati (analisi degli scostamenti);
- si adottano le decisioni idonee a riallineare risultati ed obiettivi (azioni correttive).

Esistono tre ampie tipologie di *budget*<sup>47</sup>:

1. *budget* operativi: servono all'attuazione dei programmi attinenti alla gestione caratteristica;
2. *budget* degli investimenti: definiscono impieghi di risorse finanziarie in beni materiali ed immateriali;
3. *budget* finanziari: valutano gli impatti sulla dinamica finanziaria dell'attività caratteristica ed extra-caratteristica.

---

<sup>45</sup> F. Gaboardi, *Compendio di contabilità sanitaria*, Torino, 2001.

<sup>46</sup> M. Agliati, *Programmazione e controllo*, Milano, 2007.

<sup>47</sup> A. Bubbio: *Il budget*, Il Sole 24 ore libri, Milano, 1995.

I *budget* operativi possono articolarsi per centri di responsabilità, nel caso in cui la direzione generale decida di delegare autonomia decisionale alle unità organizzative. In tal caso i *budget* svolgono una funzione guida nei confronti dei dirigenti che saranno motivati a raggiungere prestazioni sempre migliori, essendo responsabilizzati sul risultato.

La formazione del *budget* avviene attraverso una sequenza di fasi, in cui si procede ad un confronto dialettico tra i diversi centri di responsabilità, dove vengono effettuate scelte compatibili rispetto alle risorse disponibili e prioritarie rispetto agli obiettivi strategici. Il processo può essere schematizzato nei seguenti passaggi:

- indicazione degli obiettivi generali che l'organizzazione intende perseguire;
- predisposizione da parte di ogni centro di responsabilità di una proposta di *budget*;
- aggregazione delle proposte di *budget* e verifica di compatibilità rispetto alle risorse disponibili;
- negoziazione delle proposte di *budget*;
- consolidamento definitivo del *budget*.

Nel corso del processo di aziendalizzazione del sistema sanitario, dunque, sono stati introdotti una serie di strumenti contabili allo scopo di consentire il controllo dei processi di produzione dei servizi sotto il profilo dell'efficienza e dell'efficacia. In particolare, l'apporto di tali strumenti risulta fondamentale, dal momento che il d.lgs. n. 502/1992 ha imposto alle aziende sanitarie il rispetto dei principi di equilibrio finanziario e di autonomia economico-finanziaria.

La contabilità economico-patrimoniale riguarda i rapporti con l'azienda e soggetti terzi, ed offre un quadro generale della gestione attraverso tutte le operazioni finanziarie ed economiche.

La contabilità analitica, invece, fornisce informazioni riguardanti tutti i fatti interni all'azienda, attraverso l'imputazione dei costi ai vari centri di responsabilità in cui si articola la struttura organizzativa.

Il *budget* è un documento formale con il quale viene negoziata, con le unità operative, l'assegnazione delle risorse in funzione degli obiettivi, sul cui raggiungimento i dirigenti vengono valutati.

Dei tre strumenti il *budget* è quello che presenta più difficoltà ad essere applicato da parte delle aziende sanitarie<sup>48</sup>, sia per la complessità di progettazione del sistema, sia per la mancanza di una cultura manageriale fra la dirigenza sanitaria. Per realizzare un sistema di *budgeting* è necessaria la collaborazione di tutti gli operatori, in modo tale che ognuno dia il proprio contributo al miglioramento della qualità dei servizi ed il programma non venga percepito solo come un aggravio di lavoro. Un contributo attivo al cambiamento da parte degli operatori sanitari richiede soprattutto un cambiamento di mentalità che non è realizzabile nel breve periodo.

Un'ultima osservazione riguarda un limite di tali strumenti. Se è vero che permettono un controllo economico-finanziario sulla gestione, oggi quanto mai utile vista la ristrettezza delle risorse, però non forniscono informazioni sulla qualità delle prestazioni sanitarie erogate e su una serie di altri obiettivi che – purtroppo o per fortuna – non sono misurabili con il metro monetario.

---

<sup>48</sup> F. Gaboardi, *Compendio di contabilità sanitaria*, Torino, 2001.



## Capitolo 7

### I SERVIZI SOCIALI NEL NOSTRO SISTEMA DI *WELFARE*

I sistemi di *welfare* sono finalizzati a distribuire in modo tendenzialmente equo ed uniforme risorse strumentali alla realizzazione di bisogni fondamentali.

Queste risorse, se rese acquisibili secondo un regime di libero mercato, finirebbero per non essere accessibili ad una gran parte delle persone.

Se la responsabilità ultima nella predisposizione delle misure finalizzate a garantire il benessere spetta quindi ai pubblici poteri, è altresì vero che ad essi spetta anche la scelta fra il loro intervento diretto ed il ricorso alle dinamiche di mercato<sup>49</sup>.

Il sistema di *welfare* in Europa sta attraversando un profondo processo di cambiamento, che investe non solo la sanità, ma inevitabilmente anche l'area socio-assistenziale. Infatti, è ormai consolidata, e non solo in dottrina ma nell'agire quotidiano, l'affermazione che i problemi sanitari hanno anche rilevanza sociale; ma che i problemi sociali hanno altrettanto rilevanza sanitaria. Purtroppo questo assunto si dimostra con le situazioni di disagio, di fragilità e anche di disperazione, che sono troppo spesso evidenziate dai mezzi d'informazione.

Si è come in un vortice, anche se non sempre percettibile, do-

---

<sup>49</sup> L. Torchia, *Sistemi di welfare e federalismo*, in *Quad. cost.*, 2002, 713 ss.

ve tutto viene messo in discussione e dove i principi cardine del pensiero sociale sono sottoposti a sollecitazioni forti e rischiano anche di essere sovvertiti, ovviamente in ragione della loro sostenibilità finanziaria.

Il cambiamento investe le logiche di sistema e i valori di riferimento delle politiche socio-assistenziali. Le basi portanti della cultura tradizionale del *welfare state* postbellico stanno cambiando per effetto del motivo di fondo: il *welfare* costa e costa sempre di più.

Da anni molti pensatori, non solo quelli di ispirazione liberista, sono convinti che non sia più sostenibile nella sua forma convenzionale.

Nei decenni passati si pensava che le funzioni universalistiche di servizio sociale avrebbero potuto e dovuto crescere fino al punto di coprire tutti i bisogni della società. Questo sembrava l'approdo ideale, cioè una copertura di servizi così fine e capillare da intercettare i problemi nel loro complesso.

Ora è evidente che questo progetto non è più realistico, forse persino utopico, vedendo come si complicano i contesti post-moderni. La indubbia tendenza in atto è quella di alleggerire e razionalizzare i sistemi di *welfare* istituzionali.

Razionalizzazione nel campo del *welfare* vuol dire, *in primis*, non rincorrere più i bisogni con servizi sempre maggiori, bensì fissare dei limiti precisi alla spesa sociale. Inoltre vuol dire svincolare i servizi sociali dalla pubblica amministrazione e creare un sistema misto regolato secondo logiche di mercato. Il sistema dei servizi quindi si amplia e si pluralizza, attraverso le dinamiche di liberalizzazione e privatizzazione<sup>50</sup>.

---

<sup>50</sup> F. Folgheraiter (a cura di), *La liberalizzazione dei servizi sociali*, Trento, 2003. F. Folgheraiter, *Voce «Capitale sociale», «Lavoro sociale», 2004. F. Folgheraiter, La logica sociale dell'aiuto, Trento, 2007. F. Folgheraiter e B.*



C'è sostanziale accordo fra gli studiosi nell'identificare il *welfare mix* come l'assetto organizzativo idealtipico<sup>51</sup> che meglio approssima le caratteristiche attuali dei sistemi di gestione dei servizi sociali di buona parte dei paesi europei, sempre più contraddistinti dalla natura mista, sia degli attori coinvolti (pubblici e privati, *for profit* e *non profit*) sia dei meccanismi di regolazione che definiscono le modalità della loro interazione nel sistema.

L'introduzione di meccanismi di concorrenza tra i soggetti di offerta del sistema rende sempre più attuale il dibattito sul cd. "mercato sociale", il cui efficace funzionamento sembra subordinato all'esistenza di adeguati e flessibili meccanismi di regolazione pubblica, volti a garantire anche la tutela del cittadino-persona meno dotato di risorse che, in un meccanismo di mercato di concorrenza perfetta, risulterebbe escluso dal consumo e quindi dalle opportunità.

A questo punto si potrebbe aprire una questione di rilevanza costituzionale, a garanzia e tutela del principio di uguaglianza sostanziale e formale di tutti i cittadini, ma ci si inoltra in un ambito così vasto e complesso, perciò qui risulta sufficiente averlo richiamato.

È opinione diffusa che il sistema di *welfare* italiano soffra di ipertrofia, facendo scaturire da esso una forma di Stato più assistenziale che sociale.

A ben guardare, esso risulta ipertrofico sotto alcuni profili ed insufficiente sotto altri profili. Infatti è più corretto parlare di uno squilibrio nell'allocazione delle risorse a disposizione, in passato destinate preferenzialmente alla previdenza piuttosto che

---

Bortoli, *Il servizio sociale postmoderno: introduzione ai concetti*, in F. Folgheraiter (a cura di), *Il servizio sociale postmoderno. Modelli emergenti*, Trento, 2004.

<sup>51</sup> S.Campi, in *Riv. Impresa Progetto*, DITEA, n. 1, 2006.

all'assistenza, che hanno penalizzato alcune categorie più deboli di cittadini.

Paradossalmente, i recenti cambiamenti nel mercato del lavoro hanno comportato proprio una riduzione delle risorse da destinare alle prestazioni previdenziali e di conseguenza un aumento del fabbisogno delle prestazioni assistenziali.

A sua volta, il sistema previdenziale versa anch'esso in una condizione di profonda crisi, dovuta al combinarsi dei due fattori principali, oltre a quelli secondari, e cioè del deficit occupazionale e dell'allungamento della vita media.

Oltre agli elevati costi di gestione, gli altri fattori di criticità del sistema di *welfare* possono essere rinvenuti nella necessità di abbattere il costo del lavoro, in ragione della competitività indotta dalla globalizzazione, nella moltiplicazione e sovrapposizione di apparati organizzativi, nel cattivo funzionamento della fiscalità generale e settoriale, nella scarsa differenziazione del sistema in ragione delle specifiche esigenze locali.

Riguardo a quest'ultimo punto, onde evitare che il decentramento delle competenze e delle funzioni potesse determinare disparità nella garanzia della protezione di base da Regione a Regione, le esigenze dello Stato sociale vengono normalmente conciliate con quelle del federalismo, o meglio del regionalismo in senso federalista. Ciò è reso possibile attraverso alcuni correttivi, quali il mantenimento in capo al livello di governo centrale dei compiti di garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni su tutto il territorio nazionale.

Se si considerano quali siano stati gli effetti della riforma costituzionale del 2001, il nuovo Titolo V della Costituzione sembra aver rimesso la disciplina relativa ai servizi sociali alla potestà legislativa e regolamentare delle Regioni, non contemplando i servizi sociali fra i settori di competenza legislativa esclusiva statale o di competenza concorrente Stato-Regioni.

Le norme generali sulla previdenza sociale e la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali sono riservate, invece, alla competenza esclusiva dello Stato.

Alla potestà legislativa concorrente e regolamentare esclusive delle Regioni sono riconducibili materie quali la tutela della salute e la previdenza complementare ed integrativa.

Alle funzioni esercitate dalle amministrazioni locali si aggiungono quelle espletate dalle organizzazioni di volontariato<sup>52</sup>.

Il panorama normativo sulla materia risulta essere estremamente frammentato, soprattutto a causa della tendenza dei governi a percepire gli interessi nel campo dei servizi sociali come interessi di gruppi o di specifiche categorie di utenti, nonché dell'ulteriore tendenza della classe politica a programmare le politiche sociali nel breve o nel medio periodo, secondo la logica dell'emergenza o in una prospettiva comunque limitata nel tempo.

Tutto ciò sembra aver determinato l'assenza di una disciplina recante una protezione di base, la cui necessità è oggi particolarmente avvertita soprattutto da tutti coloro che risultano inoccupati per effetto della crisi occupazionale<sup>53</sup>.

## 7.1. I SERVIZI SOCIALI TRA FUNZIONE POLITICA E METODO GIURIDICO

Come insegna la scienza politica, in qualunque forma di Stato o di governo il complesso dei servizi pubblici subisce fenomeni di sviluppo che, nelle fasi di espansione dell'economia na-

---

<sup>52</sup> E. Ferrari, *I servizi sociali*, in S. Cassese (a cura di), *Trattato di diritto amministrativo*, Milano, 2003, 911 ss.

<sup>53</sup> M. D'Angelosante, *I servizi sanitari, libertà di iniziativa economica e di mercato*, in *Oltre l'aziendalizzazione del servizio sanitario*, a cura di A. Pioggia, M. Dugato, G. Racca, S. Civitarese Matteucci, Milano, 2008.

zionale, tendono ad attuare i canoni di *welfare state*. Gratuità, accessibilità generale, dislocazione delle varie prestazioni di pubblico servizio lungo tutto l'arco delle attività dell'uomo che l'ordinamento generale consideri rilevanti nella prospettiva sociale, tensione verso un minimo comune denominatore di ogni prestazione amministrativa resa al cittadino, diffusione omogenea dei servizi sul territorio nazionale sono tutte caratteristiche tipiche dell'attività fondativa ed organizzativa del pubblico servizio, quella più specificamente propria del c.d. Stato sociale.

Questo, a sua volta, mostra i tratti più riconoscibili nelle Costituzioni democratiche del dopoguerra e non consente dubbi intorno all'irrinunciabilità di alcune situazioni, socialmente assai rilevanti, elevate al rango di diritti soggettivi fondamentali e per questo motivo non comprimibili da parte dell'Amministrazione pubblica; si pensi al diritto alla tutela della vita, alla tutela della salute, alla libertà personale, alla dignità, alla retribuzione minima del lavoro. Non è lecito nutrire dubbi sulla forza che esercitano questi diritti sui pubblici poteri.

La maturazione di queste linee di pensiero non è stata tuttavia né agevole né di breve durata.

È l'Inghilterra del '600 che inaugura con una normativa generale di aiuto pubblico alla povertà (nota come *Poor Law*, 1600, e sostituita dal *National Assistance Act* nel 1948) l'era dello Stato sociale. Nella Francia rivoluzionaria del Settecento nasce l'elenco dei poveri, il medico e la levatrice condotti; ma l'intervento pubblico nel sociale, come è stato dimostrato dagli studi condotti in Italia sulla rivoluzione francese, non fa che portare a compimento un programma accelerato di socializzazione dello Stato che *l'Ancien régime* nei suoi ultimi decenni aveva tentato di realizzare per recuperare *l'affectio* dei suoi sudditi<sup>54</sup>. Alla ba-

---

<sup>54</sup> Cfr. sull'argomento lo studio di A. Angiuli, *Assistenza pubblica e sussidi*, in *Gli stati generali di Francia: l'iniziativa legislativa. Studi per il bicen-*

se di queste strutture organizzative dei pubblici poteri v'è la convinzione teorica (espressa nella sintesi del costituzionalista dell'Ottocento francese Burdeau) secondo cui è la garanzia di un ambito concreto di libertà per tutti i cittadini, più che la motivazione solidaristica di diretta derivazione morale e religiosa, il vero fine ultimo dello Stato. Ed appariva ben chiaro sin d'allora come libero non potesse dirsi colui che quotidianamente è costretto ad impegnarsi nella lotta per la sopravvivenza.

Nella seconda metà dell'Ottocento, in particolare, si affaccia l'idea di un sia pur circoscritto intervento statale nel campo dell'assistenza agli indigenti, soprattutto se bisognosi di cure sanitarie; ma, data la forte radice individualistica dell'ordinamento, tutto ciò che è pubblico deve vertere al bene comune, cioè a vantaggio dei titolari di diritti soggettivi.

Ne consegue che assistenza è sicurezza e polizia sociale; è, invece, carità e slancio umano nelle organizzazioni ecclesiali e laiche private. Muovendo, infatti, dalla premessa (del resto comune alla dottrina giusnaturalistica) dell'esistenza nell'uomo di diritti inerenti alla sua persona e perciò intangibili, si perveniva ad indirizzare il finalismo statale, sia precludendo allo Stato ogni iniziativa suscettibile di tradursi in un pregiudizio di posizioni soggettive, sia imponendogli il dovere giuridico positivo di facilitare l'esistenza e lo sviluppo dei diritti individuali.

Si vede bene, dunque, che il passaggio dal dovere sociale dello Stato alle prime configurazioni di un diritto individuale all'assistenza ha richiesto una lunga evoluzione. Soltanto le moderne Costituzioni occidentali elevano le prestazioni nelle quali si concreta l'attività sociale dello Stato al rango di "diritti sociali", segnando concretamente il passaggio dalla "democrazia politica" a quella "sociale".

---

*tenario della rivoluzione francese*, pubblicazione della Scuola superiore della p.a., Roma, 1989.

Anche l'ordinamento italiano segue l'evoluzione generale europea verso l'assistenza pubblica; con un certo ritardo perché in tutti gli stati preunitari agivano da tempo, con efficacia non trascurabile, organizzazioni religiose della Chiesa cattolica e talora anche laiche in materia di assistenza e beneficenza. Basta riferirsi alla legge 3 agosto 1862, n. 753, e, trent'anni dopo, alla fondamentale legge 1 luglio 1890, n. 6972, che, invertendo il criterio della prima, attribuisce natura pubblicistica alle istituzioni benefiche, al t.u. com. prov. 1915 che individua nel Comune il livello organizzativo della pubblica beneficenza ed alla legge 3 giugno 1937, n. 847, che istituisce gli Enti comunali di assistenza, dissolvendo in essi le vecchie congregazioni di carità.

Se lo Stato che fonda, organizza e fa funzionare servizi di sostegno per i bisogni di tutti i cittadini si caratterizza come Stato sociale, il panorama dei servizi sociali è, tuttavia, variegato nel suo complesso e merita una definizione preliminare. Essa è possibile, anche nell'epoca più recente, caratterizzata dal declino dello Stato sociale per ragioni prevalentemente legate alle crisi strutturali dello sviluppo economico e dall'affievolirsi progressivo della spinta all'istituzione di "nuovi diritti collettivi e sociali".

## 7.2. UN'ATTENZIONE ALLA CENTRALITÀ DELLA PERSONA

Il benessere fisico e psichico della persona sono garantiti nella Costituzione repubblicana; l'attività svolta dagli esercenti di determinati servizi pubblici si identifica, infatti, in una prestazione che può definirsi amministrativa per via del soggetto che la rende e sociale in considerazione della finalizzazione specifica che, come si è visto, le è propria<sup>55</sup>.

---

<sup>55</sup> Ad individuare il fine specifico del complesso di servizi sociali funzionanti in un ordinamento politico dato non può giovare l'applicazione del già accennato criterio pragmatico, fondato sull'analisi dello specifico regime giu-

È noto che la Repubblica vede delineato, all'art. 3 Cost., il compito di rimuovere le situazioni che di fatto ostacolano l'eguaglianza sostanziale tra i cittadini; e, all'art. 2 Cost., quello di creare le condizioni e di tutelare lo sviluppo in concreto della persona umana nella sua realizzazione esistenziale come singolo ed allo stesso titolo all'interno delle formazioni sociali che costituiscono (per natura, come nel caso della famiglia, o per libera scelta di ciascuno, come nel caso di un sindacato o di un'associazione religiosa, culturale, sportiva, ecc.) il teatro dell'esperienza comune per la persona nello Stato democratico.

Ora, creare le condizioni è possibile anche non ostacolando o limitandosi a "favorire" (mediante, ad es., incentivi economici) le forze dinamiche sociali ed economiche per creare o rafforzare organizzazioni private tendenti alla realizzazione di quella finalità di eguaglianza sostanziale e di tutela della persona umana.

Si pensi soltanto alle associazioni di volontariato ed al peso da esse assunto nella Costituzione materiale relativamente a taluni servizi, soprattutto assistenziali; non v'è dubbio che la creazione di una rete giuridica protettiva, che le aiuti a restare fedeli alle loro finalità sociali e ad operare concretamente senza altri fini, non costituisce un compito di scarso rilievo per l'Amministrazione pubblica (è questa la "lettura" che dovrebbe darsi alla legge 11 agosto 1992, n. 266, legge quadro sul volontariato).

Partendo da questi elementi si può compiere una riflessione ulteriore.

Se la Costituzione considera tra i principi fondamentali gli enunciati normativi che si leggono negli artt. 2 e 3 e, soprattutto,

---

ridico riservato dall'ordinamento al singolo servizio. Se, infatti, esso consente di distinguere a posteriori tra i tipi di servizio pubblico, nulla può, invece, dirci sulla ragione ultima in forza della quale lo Stato, pur nell'ambito della sua attività generale, istituisce servizi definibili in termini di socialità speciale e specifica.

se espressamente essa individua dei compiti per “la Repubblica”, non è corretto sostenere che la portata del principio fondamentale si riduca poi ad una funzione meramente di arbitrato di iniziative altrui, per la perequazione sociale e per il sostegno dello sviluppo della personalità. È, dunque, evidente che quello del solidarismo sociale è un vero e proprio compito di tutta la collettività (rappresentata nella definizione di Repubblica) e che, sul piano dell’azione, esso non può non tradursi in uno dei fini primari dello Stato. Questo deve entrare nella società con tutti i suoi poteri, ed anzitutto con l’opera dell’amministrazione pubblica, caratterizzata, come si è già detto, da doverosità, allorché sia in gioco uno dei valori (l’eguaglianza sostanziale) ed una qualsiasi delle specificazioni nelle quali si articola il valore costituzionale della solidarietà sociale.

Non si può certo negare che la Costituzione italiana contenga una disciplina dei rapporti etico-sociali particolareggiata anche oltre la “dose” che potrebbe dirsi consueta nelle Costituzioni “lunghe”.

Si pensi alla tutela della famiglia, per la cui formazione e per l’adempimento dei suoi doveri la Repubblica, oltre ad agevolazioni economiche, garantisce nell’attività di servizio pubblico una svariata gamma di “altre provvidenze” (art. 31, comma 1); alla maternità, all’infanzia e alla gioventù (asili nido, formazione elementare, sport scolastico, organizzazioni pubbliche del tempo libero e delle vacanze per i giovani, assistenza scolastica), che ottengono una più genuina “protezione” mediante il *favor* costituzionale verso gli “istituti necessari a tale scopo” (comma 2). Si pensi al marcato giudizio di valore (fondamentale) attribuito al diritto alla tutela della salute dall’art. 32 Cost., diritto personale cui si aggiunge l’interesse convergente della collettività; alla garanzia delle cure agli indigenti, che rende obbligatoria la gratuità delle prestazioni sanitarie in caso di reddito minimo. Si pensi all’assistenza (extra-sanitaria) sociale, per la quale i co-



muni sono direttamente impegnati in sollievo delle persone più bisognose (a cominciare dai tossicodipendenti e dagli anziani), a quella post-carceraria ed alla previdenza, il cui servizio è ormai accentrato presso un apposito istituto, l'INPS, dal bilancio tuttora in disavanzo.

E poi ai servizi di protezione ambientale, di tutela del lavoro, ai servizi dell'istruzione e del benessere culturale, morale e spirituale.

Dall'osservazione di questa realtà così complessa, nella quale, tra l'altro, è ormai forte l'influenza dello Stato sociale realizzato altrove, emerge l'impegno da parte dell'amministrazione pubblica, nei compiti di "cura" di ogni persona e nei costi delle prestazioni.

Può risultare ora più preciso il concetto di servizio sociale che segni la sua specificità rispetto al servizio pubblico generale e la distanza dalle forme d'intervento finanziario dei pubblici poteri a scopo di sostegno dell'economia. In proposito, merita senz'altro attenzione la "definizione formale" proposta in dottrina di "prestazioni sociali, la cui previsione legislativa risponde agli obiettivi di fondo voluti dalla Costituzione in tema di promozione del benessere fisico e psichico della persona"<sup>56</sup>.

Ma questa definizione può valere ad individuare, piuttosto che un concetto, un *parametro*. Con questo riferimento potrebbe, peraltro, rivelarsi arbitrario ricercare una categoria precisa di servizi pubblici, quelli, appunto, sociali. Se non tutti, molti dei servizi pubblici possono rivelare (e rivelano attualmente) nella loro organizzazione e nella loro erogazione concreta momenti di "socialità", cioè di promozione (del benessere di base) della persona.

---

<sup>56</sup> Cfr. E. Ferrari, *I servizi sociali*, Milano, 1986, 273.

Sembra doversi riconoscere, ad esempio, un servizio sociale nell'istruzione e nella formazione professionale ed artigiana, che, oltre a giovare all'individuo per la sua preparazione culturale, lo considera nelle sue potenzialità umane di lavoratore, avviandolo direttamente all'inserimento nel settore produttivo più opportuno e proponendogli studi e metodi d'apprendimento orientati anch'essi alla stessa opportunità.

In accordo con l'opinione di una parte autorevole della dottrina, può osservarsi che l'edilizia economica e popolare risponde ad esigenze sociali e tende a garantire al cittadino indigente il godimento di un bene che direttamente influisce su ogni singolo aspetto della vita, sua e, quel che ancora più rileva, della sua famiglia, vista come formazione sociale. Tuttavia, se si guarda alle forme di incentivo e di intervento economico dei pubblici poteri per favorire "l'accesso del risparmio popolare alla proprietà dell'abitazione" (art. 47 Cost.), la confluenza di valori e interessi come quelli della proprietà privata, dell'impresa e dell'uso del territorio non consentono più di considerare come sociale il servizio-casa fuori dall'edilizia interamente sovvenzionata.

Potrebbero, allora, considerarsi sociali (ed in conseguenza di ciò concettualmente essenziali nella costruzione ideale della società-ordinamento giuridico), e soggetti a principi e a norme generali in cui il "personalismo comunitario" ed il "solidarismo" sono i due valori portanti dell'organizzazione, *quei servizi pubblici che per la loro caratteristica o per volontà di coloro che ne sono responsabili manifestano la propensione a rimuovere le condizioni di svantaggio e di abbandono delle persone meno favorite, realizzando la personalità di ciascuno.*

Infine, va considerato che, essendo intervenuta con il d.p.r. 24 luglio 1977, n. 616, una vera e propria codificazione dei servizi sociali nell'ordinamento regionale, sulla loro qualificazione non si possono avere dubbi, perché l'indicazione del legislatore mira ad una finalità sociale anche laddove essa non appare netta, ma va tenuta in considerazione.

Quanto al difficile rapporto tra servizi sociali e finanza pubblica è sufficiente riferirsi alle grandi risorse pubbliche annualmente assorbite dai servizi di previdenza sociale, di assistenza sanitaria e di istruzione pubblica, per avvertire subito una dimensione fondamentale dell'organizzazione dei servizi sociali, quella economico-finanziaria.

Un buon organizzatore e gestore di servizio pubblico non deve necessariamente essere anche un finanziere; ciò nonostante, la stessa struttura organizzativa di base di ciascun servizio pubblico implica immediate ripercussioni sulla finanza pubblica e, subito dopo, sull'economia nazionale. In effetti, la gestione dei servizi pubblici nell'ordinamento non ha mai ricevuto, "anzitutto in diritto positivo", una regola organizzatoria di tipo aziendalistico, cioè orientata verso l'adozione piena del principio economico.

Nel servizio pubblico, visto dalla parte dell'organizzazione che lo fornisce, l'attività è senza dubbio rilevante in sé, in quanto essa costituisce l'oggetto stesso, il termine immediato del compito amministrativo di pubblico interesse. Per comprendere meglio questo concetto, che è di grande importanza per rappresentare lo Stato sociale, è opportuno fare una comparazione con un altro istituto tipico statale, quello dell'*impresa pubblica*. La finalità giuridicamente rilevante di questa è, infatti, nel suo risultato complessivo; poiché soltanto la produzione di ricchezza rileva nell'ordine pubblico dei rapporti e degli interessi che la circondano, mentre gli atti di esercizio dell'impresa restano indifferenti rispetto all'interesse che la sorregge.

La distinzione spiega una differenza pratica ben chiara, e del resto nota, tra la gestione economica dell'impresa (pubblica o privata) e la gestione efficiente del servizio. La prima deve produrre gli utili (di gestione appunto), ricostruendo costantemente i presupposti necessari per l'esercizio dell'impresa (cioè le dotazioni di risorse finanziarie); mentre la seconda deve soltanto svol-

gersi nel rispetto dei principi di efficienza, di efficacia, di economicità e di produttività<sup>57</sup>, cioè con il tendere al massimo risultato possibile mediante l'impiego delle risorse a disposizione.

### 7.3. IL REGIME GIURIDICO DEI SERVIZI SOCIALI

Si deve in larga misura alla dottrina del diritto amministrativo l'individuazione e la spiegazione in termini sistematici del passaggio dai precetti costituzionali, che garantiscono in via di principio posizioni giuridiche delle persone (anzitutto i diritti di libertà) anche nel loro rapporto con i poteri pubblici (diritti c.d. sociali), alle concrete realizzazioni dei principi a vantaggio delle persone (attività, prestazione di servizi sociali, comportamenti).

O nella veste degli obiettivi amministrativi ovvero in quella dei compiti in vista dei quali si svolge la funzione amministrativa, i passaggi dalla teoria costituzionale alla prassi degli atti e dei comportamenti costituenti esercizio di quella funzione ed in particolare del servizio pubblico sono stati talora disciplinati dal legislatore ordinario, spesso realizzati direttamente da organi ed enti amministrativi.

La teoria dei compiti dello Stato può dirsi quasi parallela all'introduzione dei servizi sociali nell'organizzazione e nelle attività dei pubblici poteri. Si tratta di quel movimento di pensiero capeggiato da V.E. Orlando, insigne giurista, che, nell'affermazione del metodo giuridico nello Stato amministrativo, tendeva all'inizio del secolo ad individuare (le norme di diritto positivo sui servizi sociali mancavano quasi del tutto) una vera e propria

---

<sup>57</sup> È la legge delle tre "E". Efficienza = RI/RO (risorse impiegate diviso risultati ottenuti); efficacia = RO/OA (risultati ottenuti diviso obiettivi attesi); economicità = 1/CR (l'inverso del costo delle risorse). Il risultato di gestione è:  $RG = f(E_1, E_2, E_3)$ .

espansione dell'azione istituzionale dei pubblici poteri (fino a quel momento contenuta nell'ambito dei compiti d'ordine e di "somministrazione" del diritto) finalizzata al benessere sociale.

Come la dottrina più recente non ha mancato di sottolineare, il carattere politico dell'oggetto della ricerca contrastava apertamente con le premesse metodologiche (rigidamente positivistiche) dalle quali prendeva l'avvio l'applicazione del metodo giuridico; tuttavia, la ricerca sui compiti dello Stato consentiva di ricondurre nell'area di attività *latu sensu* definibili in termini di controllo giuridico un fenomeno squisitamente politico in piena crescita.

Ciò si otteneva, in particolare, distinguendo la "ratio" della creazione dell'attività o dell'istituto socialmente rilevante (ad es. il controllo statale sulle istituzioni assistenziali e di beneficenza, la previdenza sociale antinfortunistica, ecc.), che restava *politica*, dai mezzi per la sua attuazione in concreto. Questa, sostanziano un pubblico servizio da rendere in condizioni paritarie a garanzia di rispetto delle sfere d'interesse coinvolte nell'attività (espresse, dopo la Costituzione repubblicana, nel personalismo comunitario), acquistava una posizione *giuridica* sempre più rilevante.

L'espansione dei servizi sociali si deve, ovviamente, a singole iniziative legislative succedutesi nel tempo; esse portano con sé, mediante la scomposizione analitica del sistema dei mezzi del servizio (ammissioni dei destinatari, concessioni di esercizio del servizio, contratti di fornitura, contribuzioni), il sostegno giuridico di un settore sociale caratterizzato, sin dalla sua nascita, da elementi politici e ideologici<sup>58</sup>.

---

<sup>58</sup> Sulle concessioni tra pubblico e privato si veda l'importante lavoro di E. Casetta, *Pubblico e privato nelle concessioni e nei contratti della pubblica amministrazione*, in *Dir. Economia*, 1992, 275.

Si pensi, anzitutto, alla fase di instaurazione del servizio (previsione legislativa, insediamento degli organi, dotazione delle sedi, dotazione dei mezzi economici e beni mobili necessari per lo svolgimento del servizio, del personale, ecc.), dominata da un sistema di competenze per la titolarità e la responsabilità nell'esercizio del servizio pubblico. Essa è seguita dalla fase di ammissione di coloro che usufruiscono dell'attività connessa, per legge, alla struttura amministrativa e da essa realizzata.

Inoltre, la prestazione del servizio comporta la *regulation* delle sue fasi essenziali per ragioni di garanzia, di liceità e produttività della spesa pubblica; è raro che possa verificarsi un allontanamento dagli schemi formali e dal dominio dell'atto amministrativo per tutte quelle fasi della prestazione pubblica che devono tradursi in vantaggi per i destinatari.

Resta da ricordare che la legge 8 giugno 1990, n. 142, "Ordinamento delle autonomie locali", ha introdotto (artt. 22 e 23) proprio per la gestione dei servizi sociali un'apposita figura organizzativa, quella dell'*istituzione*.

A differenza dell'azienda speciale, l'istituzione non è dotata di personalità giuridica, ma di autonomia gestionale. Da un lato, è gravata dall'obbligo di pareggio del bilancio; dall'altro, gode della copertura degli eventuali costi locali da parte del comune, che la controlla politicamente e, secondo lo statuto, anche sugli atti fondamentali. La gestione è verificata dal medesimo collegio dei revisori che interviene su quella del comune.

Il regime giuridico dell'*ammissione* è quello che più ha impegnato la dottrina nella sua ricostruzione per casi, tanto sul versante dell'atto vincolato, quanto su quello della discrezionalità. La socialità del servizio presuppone la regola generale della sua accessibilità (e persino della sua gratuità – come accade nel caso dei beni demaniali aperti all'uso pubblico – almeno sostanziale) paritaria, libera, contestuale; essa sovverte la consueta po-

sizione di potere dell'ente pubblico, che, nella veste di organizzatore del servizio e di suo erogatore, deve giustificare (ad esempio, adducendo concreti ostacoli finanziari) le eventuali limitazioni per i richiedenti.

Si tratta di una conformazione tendenzialmente *vincolata* dell'atto di ammissione (un mero atto, privo di contenuto provvedimentale, solo per garantire l'esecuzione della legge).

Può dirsi, quindi, che il regime dell'ammissione a fruire del servizio sociale tragga con sé un particolare rilievo economico-sociale, poiché essa si colloca sul confine tra il momento politico e quello giuridico dell'ordinamento, finendo per qualificare, in definitiva, la rilevanza sociale di tutta l'organizzazione pubblica.

Altri non meno forti legami tra politica e diritto nel servizio sociale si avvertono nel regime *concessorio*, che le regole fondative del servizio possono prevedere (individuando esse stesse il "concessionario", come nel caso dell'INPS per il servizio pensionistico, o conferendo all'autorità amministrativa il potere discrezionale di concedere l'esercizio e di individuare il concessionario mediante procedure predeterminate nelle norme di dettaglio o di principio).

Mentre si registra una tendenza nella dottrina un tempo dominante, anzitutto in quella del metodo giuridico, a coprire con norme ogni spazio della discrezionalità amministrativa, così "da escludere qualunque arbitrio e da assicurare quindi con le disposizioni più minute e più indefettibili ordine, uguaglianza ed equità"<sup>59</sup>, dall'altra parte si intravede il rilievo del regime della concessione, che costituisce, come è noto, un rilevante strumento d'intervento statale nell'economia e segna una propensione del

---

<sup>59</sup> Cfr. F. Cammeo, *Commentario delle leggi sulla giustizia amministrativa*, I, Milano, s.d. 1911, 73; F. Cammeo, *Le concessioni per l'illuminazione pubblica*, nota a Corte cass. Firenze, 22 dicembre, in *Giur. it.*, 1903, I,1, 473.

diritto verso un'espansione economica non solo congiunturale.

Sulle concessioni di pubblico servizio si aprirà da allora in poi una vera e propria branca dell'attività amministrativa e di studi giuridici su di essa. Ma in quel momento, la natura sociale del servizio non costituirà più un elemento decifrabile e distinto di un settore particolare dell'attività amministrativa, restando assorbita nei più ampi problemi e nella più tradizionale nozione di servizio pubblico (e conservando soltanto il tratto distintivo della finalità, unicamente "sociale", del servizio)<sup>60</sup>.

Ulteriori aspetti giuridici del settore si sono poi sviluppati con riferimento alle regole dettate per il *mercato* del servizio.

In primo luogo nel senso dell'influenza del servizio sociale in mano pubblica sui possibili fornitori privati di un servizio di analoga natura ed oggetto; ciò comporta una serie di domande sulla liceità o sull'opportunità del monopolio ed in alternativa sulle regole proprie della convivenza (e della concorrenza) tra i due tipi di organizzazione, pubblica e privata (anzitutto volontariato), di attività di servizio sociale.

In secondo luogo, inoltre, nel senso degli interessi propri delle persone, fortemente coinvolti nelle scelte del servizio, sotto il profilo della bontà della prestazione (qualità e quantità) ed anche per l'aspetto della sua gratuità od onerosità, in relazione alle c.d. fasce di reddito (così per il servizio sanitario nazionale, l. n. 833/1978 e succ. modif.).

---

<sup>60</sup> Sull'argomento si veda l'interessante lavoro di R. Cavallo Perin, *I principi come disciplina giuridica del pubblico servizio tra ordinamento interno e ordinamento europeo*, in *Dir. amm.*, VIII, 2000, 41-80; e ancora a completamento delle tesi rilevanti in materia G. Pericu, A. Romano, V. Spagnolo Vigorita (a cura di), *La concessione di un pubblico servizio*, Giuffrè, Milano, 1995, 3; S. Cassese, *La trasformazione dei servizi pubblici in Italia*, in *Econ. pubbl.*, XXVI, 1996, 26, 5-23; G. Corso, *Servizi pubblici e Costituzione*, in G. Marongiu; G.C. De Martin (eds.), in *Democrazia e amministrazione*, 1992, 223-30; F. Merusi, *Servizi pubblici instabili*, Il Mulino, Bologna, 1990, 206; G. Pastori, *Diritti e servizi oltre la crisi dello Stato sociale*, in *Studi Ottaviano*, II, Giuffrè, Milano, 1992, 1081-93.



Infine vi è anche il servizio della specialità del rapporto contrattuale, mediante il quale il soggetto pubblico si dota degli strumenti collaborativi o degli approvvigionamenti necessari per la concreta erogazione dei beni o delle utilità oggetto del servizio sociale (appalto per la gestione del servizio o per la fornitura dei beni o utilità che esso comporta). È in questo contesto garantista che deve essere collocata anche la recente istituzione dell'autorità di regolazione dei servizi di pubblica utilità (legge 14 novembre 1995, n. 481); dalla sua attività dovrebbe scaturire efficienza anche a vantaggio dei fruitori di servizi sociali.

In tutti quelli analizzati vi sono, dunque, gli aspetti che, nell'evoluzione dell'esperienza giuridica sino ad ora intervenuta nel nostro ordinamento, collegano la materia dei servizi sociali agli istituti del diritto amministrativo (e, marginalmente, del diritto civile).

Si può, forse, concordare sul fatto che, a seguito dell'analisi sui singoli aspetti di ciascuno dei servizi sociali, sia stato ormai superato lo stadio nel quale questi presentavano all'attenzione della dottrina specifici problemi giuridici; si è, ormai da tempo, passati a considerare i servizi sociali nel sistema giuridico complessivo. Sta di fatto che già il d.p.r. n. 616/1977 dedica proprio ai servizi sociali il suo titolo III, ivi disegnando la disciplina di alcuni di essi, come dei servizi di polizia urbana e rurale (capo II), di beneficenza pubblica (capo III), dell'assistenza sanitaria e ospedaliera (capo IV), dell'istruzione artigiana e professionale (capo V), dell'assistenza scolastica e universitaria (capo VI) e dell'attività connessa all'uso dei beni culturali (capo VII). Questo decreto presidenziale costituirà il vero punto di partenza per tutte le riflessioni della dottrina dedicate all'evoluzione del sistema integrato dei servizi sociali, sistema rimodulato in base ad un suo inquadramento giuridico-istituzionale<sup>61</sup>.

---

<sup>61</sup> Un'attenta analisi, ma di taglio giuridico-economico, sui singoli aspetti dei servizi sociali è quella di F. Cavazzuti, G. Moglia, *Regolazione, controllo*

---

e privatizzazione nei servizi di pubblica utilità in Italia, in *Econ. ital.*, XVI, 1997, n. 1, 9-30.

In aggiunta agli autorevoli riferimenti bibliografici citati nel testo, si consigliano alcuni approfondimenti, per una conoscenza specifica degli aspetti giuridici e finanziari del sistema di *welfare*. AA.VV., *Defining the nonprofit sector. A cross national analysis*, a cura di L.M. Salamon e H. Anheier, Manchester, Manchester University Press, 1997; AA.VV., *Diritto Amministrativo*, a cura di L. Mazzaroli, G. Pericu, A. Romano, F.A. Roversi Monaco e F.G. Scoca, Bologna, Monduzzi, ult. ediz.; AA.VV., *Il Welfare futuro*, a cura di U. Ascoli, Roma, Carocci, 1999; AA.VV., *Il Welfare mix: Stato sociale e terzo settore*, a cura di U. Ascoli e S. Pasquinelli, Milano, Angeli, ult. ediz.; AA.VV., *Non-profit e sistemi di welfare: il contributo dell'analisi economica*, a cura di C. Borzaga, G. Fiorentini, A. Maticena, Roma, NIS, 1999; AA.VV., *The economics of nonprofit institutions: studies in structure and policy*, a cura di S. Rose-Ackerman, New York, Oxford University Press, 1986; AA.VV., *The Nonprofit Sector: a Research Handbook*, a cura di W.W. Powell, New Haven, Yale University Press, 1987; L. Antonini, *Il principio di sussidiarietà orizzontale: da Welfare state e Welfare society*, in *Rivista di diritto finanziario e scienza delle finanze*, 2000, n. 1, 99-115; E. Balboni, *I servizi sociali*, in G. Amato e A. Barbera (a cura di), *Manuale di diritto pubblico*, III, *L'azione dei pubblici poteri*, V ed., Bologna, Il Mulino, ult. ed., 167 ss.; G.P. Barbeta, *Il settore nonprofit: occupazione, welfare, finanziamento e regolazione*, Bologna, Il Mulino, 2000; A. Battistella, *La 328/00 e le modalità di esternalizzazione dei servizi*, in *Prospettive sociali e sanitarie*, 2000, n. 20/22, 20-22; C. Bezzi, *La valutazione dei servizi alla persona*, Istituto italiano di valutazione, 2000; P. Bodda, *Assistenza (Istituzioni locali)*, in *Enciclopedia del diritto*, III, Milano, Giuffrè, 1958, 762-783; P. Caputi Jambrenghi, *Aspetti dell'evoluzione dell'ordinamento delle Ipab*, in *Sanità Pubblica*, 1999, 385-403; E. Casetta, *Manuale di diritto amministrativo*, Milano, Giuffrè, 2002; S. Cassese, *L'aquila e le mosche: principio di sussidiarietà e diritti amministrativi nell'area europea*, in *Il Foro italiano*, 1995, 373 ss.; Id., *La nuova Costituzione economica*, Roma-Bari, Laterza, 1995; R. Cavallo Perin, *Comuni e province nella gestione dei servizi pubblici*, Napoli, Jovene, 1993; Id., *I principi come disciplina giuridica del pubblico servizio tra ordinamento interno e ordinamento europeo*, in *Dir. amm.*, 2000, VIII, n. 1, 41-79; V. Cerulli Irelli, *Corso di diritto amministrativo*, Torino, Giappichelli, 2000; M.P. Chiti e G. Greco, *Trattato di diritto amministrativo europeo*, Milano, Giuffrè, 2000; M.C. Colombo, *Riforma delle fonti e nuove competenze legislative regionali*, in *Nuova Rassegna*, 2001, n. 21, 2116-2124; B. Da Roit, *Il mercato privato dell'assistenza*, in *Prospettive sociali e sanitarie*, 2001, n. 14/15, 27-31; U.

---

De Ambrogio, *La Carta dei servizi sociali: obiettivi, attori e significati*, in *Prospettive sociali e sanitarie*, 1999, n. 21/22, 2-4; G. Della Cananea e G. Napolitano, *Per una nuova costituzione economica*, Bologna, Il Mulino, 2000; U. De Siervo (a cura di), *Regioni e volontariato nei servizi socio-sanitari*, Milano, Giuffrè, 1998; L. Fazzi, *Affidamento di servizi sociali ad agenzie non profit: problemi e prospettive*, in *Economia pubblica*, 1994, n. 6, 273-282; Id., *Quasi mercati nei servizi sociali*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 2000, n. 4, 2-4; Id., *Una o più forme di bilancio sociale per le organizzazioni senza fini di lucro?*, in *Economia pubblica*, 1998, n. 1, 39-66; E. Ferrari, *Commentario al decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112: Servizi sociali*, in *Le Regioni*, 1998, n. 3-4, 892-902; Id. *I servizi sociali*, in S. Cassese (ed.), *Trattato di diritto amministrativo, Diritto amministrativo speciale*, I, 2000, 597-630; P. Ferrario, *Politica dei servizi sociali: strutture, trasformazioni, legislazione*, Roma, Carocci, 2001; Id., *Riforma dei servizi sociali: l'assetto istituzionale*, in *Prospettive sociali e sanitarie*, 2000, n. 20/22, 22-25; R. Finocchi, *principi della riforma delle politiche sociali*, in *Giornale di diritto amministrativo*, 1998, n. 9, 838-842; G. Fiorentini, *Pubblico e privato nel nuovo welfare: la regolamentazione delle organizzazioni non lucrative e dei servizi di utilità sociale*, Bologna, Il Mulino, 2000; G. Franchi Scarselli, *Una lettura critica della legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*, in *Sanità pubblica*, 2000, 1405-1432; F. Gaboardi, *Profili di diritto contabile delle regioni*, Milano, Giuffrè, 2003, 199-340; Id., *Compendio di contabilità sanitaria*, Torino, Il Segnalibro, 2001; S. Lariccia, *Diritto amministrativo*, Padova, Cedam, 2000, 55 ss.; Id., *Vecchi e nuovi problemi in tema di enti pubblici e privati*, in *Studi in onore di G. Guarino*, Padova, Cedam, 1998, 563-599; R. Maggiani, *Il sistema integrato dell'assistenza: guida alla legge 328/2000*, Roma, Carocci, 2001; L. Mengoni, *I diritti sociali*, in *Arg. dir. lav.*, 1998, 12; G. Pastori, *Diritti e servizi oltre la crisi dello Stato sociale*, in *Studi Ottaviano*, II, Milano, Giuffrè, 1992, 1081-83; S. Piazza, *Il ruolo degli enti locali e delle regioni per la realizzazione dell'integrazione sociosanitaria nella legge n. 328/2000*, in *Nuova Rassegna*, 2001, n. 21, 2142-2149; F. Rampulla e L. Tronconi, *I servizi sociali: dalla parcellizzazione ad un sistema integrato nella legge-quadro*, in *Notiziario giuridico regionale*, 2001, n. 2/3, 81-158; C. Ranci, *La riforma delle Ipab*, in *Prospettive sociali e sanitarie*, 2000, n. 20/22, 25-27; Id., *Oltre il welfare state: terzo settore, nuove solidarietà e trasformazioni del welfare*, Bologna, Il Mulino, 1999; D. Rei, *Servizi sociali e politiche pubbliche*, Roma, La Nuova Italia Scientifica, 1994; Id., *I doni incerti. Ragionamenti sulla politica sociale*, Torino, Il Segnalibro, 1999; A. Romano, *La concessione di un pubblico servizio*, in G. Pericu, A. Romano, V. Spagnuolo Vigorita (eds.), Milano, Giuffrè, 1995, 3;

---

F.A. Roversi Monaco e L. Vandelli, *Codice breve di diritto amministrativo*, IV ed., Rimini, Maggioli, 1998; M.C. Setti Bassanini, *Accreditamento e sviluppo della qualità dei servizi*, in *Prospettive sociali e sanitarie*, 2000, n. 20/22, 27-28; L. Vandelli, *Il principio di sussidiarietà nel riparto di competenze tra i diversi livelli territoriali: a proposito dell'art. 3b del Trattato sull'Unione europea*, in *Rivista italiana di diritto pubblico comunitario*, 1993, 386 ss.; M. Viviani, *Specchio magico: il bilancio sociale e l'evoluzione delle imprese*, Bologna, Il Mulino, 1999; B.A. Weisbrod, *The non-profit economy*, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1988; H. Wilensky, *The Welfare state and equality: structural and ideological roots of public expenditures*, Berkeley, University of California Press, 1975.

## **Capitolo 8**

### **IL PIANO SOCIO-SANITARIO DELLA REGIONE PIEMONTE**

#### **8.1. LA NOVITÀ**

In questo capitolo si cercherà di mettere in luce come i principi cardine che hanno guidato le recenti riforme sanitarie, di cui si è trattato precedentemente, sono stati recepiti e tradotti in contenuti programmatici a livello regionale<sup>62</sup>.

Come è noto, seppur nel rispetto dei principi fondamentali che vengono determinati dallo Stato, sono le Regioni che svolgono un ruolo di primo piano nella politica della salute, avendo potestà legislativa in questa materia. In ragione di questo, studiare l'evolversi della normativa a livello di governo regionale assume particolare rilevanza.

Inoltre, se si considera che la devoluzione dei poteri dallo Stato alle Regioni ha comportato significative differenziazioni nel sistema sanitario pubblico all'interno del territorio nazionale, diventa necessario restringere il campo per evidenziare le misure che sono state assunte in ambito locale.

L'analisi in questione riguarderà quindi il territorio piemontese; nello specifico, verranno messe a fuoco le linee di indiriz-

---

<sup>62</sup> F. Gaboardi: *Il Piano sanitario regionale. Un'applicazione concreta del sistema dei conti della salute in una sintesi commentata*, in *filodiritto.com*, 2012.

zo che la Regione Piemonte ha posto in essere nel Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-15, approvato nel mese di aprile del corrente anno 2012.

Questo importante strumento di pianificazione triennale individua gli obiettivi generali di salute e di benessere da assumere per la programmazione locale, le linee di governo dei servizi socio-sanitari, le macro aree di indirizzo della programmazione sanitaria, in coerenza con la disponibilità delle risorse economiche del sistema.

La Regione, infatti, ha l'arduo compito di mantenere un livello di assistenza qualitativamente elevato, applicando i Livelli Essenziali di Assistenza in maniera coerente con i bisogni locali, garantendo al contempo la sostenibilità economica del SSR, attraverso azioni di *governance* volte al recupero di "efficienza" e di "appropriatezza" nell'erogazione delle prestazioni<sup>63</sup>.

A tal scopo, si è reso necessario uno strumento di raccordo fra gli obiettivi generali di salute definiti dal PSSR ed i principi e le azioni per il conseguimento dell'equilibrio economico. In virtù dell'adozione di tale strumento, l'*Addendum* al piano di rientro e al programma attuativo, la Regione ha programmato una serie di interventi sistematici e strutturali che coinvolgono l'intero sistema sanitario regionale, che svilupperanno i loro effetti anche negli anni a venire.

---

<sup>63</sup> Sul punto si veda A. D'Aloia, *Diritti e Stato autonomistico. Il modello dei livelli essenziali delle prestazioni*, in *Le regioni*, 2003, 1078; C. Pinelli, *Sui "livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali" (art. 117, comma 2, lett. m) Cost.*, in *Dir. pubbl.*, 2002, 883 ss. L'appropriatezza nelle fonti comunitarie e nell'ordinamento interno è stata studiata in particolare da R. Balduzzi, *L'appropriatezza in sanità: il quadro di riferimento legislativo*, in AA.VV. (a cura di), *L'appropriatezza in sanità: uno strumento per migliorare la pratica clinica, Rapporto sanità 2004*, Bologna, 2004, 73 ss.; un approfondimento importante sulle scelte per l'adozione del PSN alla luce del d.lgs. n. 229/1999 è curato da L. Vandelli, *Art. 1 (commento)*, in F.A. Roversi Monaco (a cura di), *Il nuovo servizio sanitario nazionale*, Rimini, 2000, 38 ss.

Inserendosi in un complesso quadro istituzionale e normativo, il Piano Socio-Sanitario Regionale si presenta come un documento molto articolato, dovendo costituire una cornice di sintesi tra diversi accordi, piani e programmi. Verranno evidenziate nel capitolo quelle parti che, a parere di chi scrive, sono da considerarsi più significative e rilevanti.

## 8.2. PRINCIPI GENERALI

La premessa del Piano Socio-Sanitario della Regione Piemonte ha lo scopo di inquadrare l'intero Piano all'interno di una serie di principi generali da cui non si può prescindere. Da un lato, essi costituiscono un vincolo per il legislatore a garanzia dei diritti degli individui; dall'altro si possono considerare un "faro" che dovrebbe guidare l'azione dei governi locali nell'adozione dei provvedimenti in materia sanitaria.

Il primo richiamo è alla *Costituzione repubblicana*, che all'art. 32 afferma che la salute è un diritto fondamentale dell'individuo, cioè una posizione giuridica soggettiva attiva direttamente tutelata dall'ordinamento, da cui discende il dovere delle istituzioni di promuovere azioni finalizzate alla sua conservazione.

Un secondo richiamo è al *programma "Salute 21"*, varato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2000, nel quale vengono delineati ventuno obiettivi per il XXI secolo che costituiscono i fondamenti per la definizione della politica sanitaria in Europa. Questa iniziativa richiama la necessità di un impegno diretto delle istituzioni e del mondo politico per la tutela della salute.

Un terzo richiamo è alla *Carta di Tallin* del 2008, il cui obiettivo è impegnare gli Stati membri della Regione europea dell'OMS a migliorare la salute dei cittadini attraverso il rafforzamento dei sistemi sanitari, riconoscendo nel contempo le dif-

ferenze sociali, culturali ed economiche esistenti nell'ambito della Regione. Il PSSR, pertanto, è concepito in conformità a tali direttive, e deve essere uno strumento facilitante per le strategie di coordinamento tra le varie istituzioni e di integrazione di politiche intersettoriali.

Infine vengono enunciati *i principi* ai quali si ispira il PSSR 2012-15 che, a ben vedere, sono quelli che giustificano l'esistenza stessa di un Servizio Sanitario Regionale pubblico:

- responsabilità pubblica per la tutela del diritto di salute della comunità e della persona;
- universalità, eguaglianza ed equità di accesso alle prestazioni in una logica di appropriatezza;
- libertà di scelta, di informazione e di partecipazione dei cittadini;
- gratuità delle cure nei limiti stabiliti dalla legge;
- globalità della copertura assistenziale come definito dai LEA.

### 8.3. LE PRIORITÀ E GLI OBIETTIVI

#### 8.3.1. Le criticità del sistema

Un corretto procedere alla stesura degli obiettivi e dell'individuazione degli interventi prioritari richiede, in via preliminare, la messa in luce dei punti di debolezza, per effettuare le correzioni del caso ed allocare le risorse in modo ottimale. Per questa ragione vengono affrontate, *in primis*, le criticità del sistema sanitario piemontese, che, si sottolinea, sono comuni alla maggior parte delle Regioni. In particolar modo, si lamenta la non appropriatezza di alcune prestazioni (ad es. l'utilizzo improprio del pronto soccorso), il persistere di lunghe liste d'attesa per alcune prestazioni, il ricorso a strutture di altre Regioni.



Si osserva che la spesa sanitaria è tendenzialmente “rigida”, nel senso che richiede un impegno finanziario costante che poco si adatta alle congiunture economiche. Tra i fattori che più di altri hanno contribuito all’innalzamento dei costi nella sanità vi sono:

- l’invecchiamento della popolazione con il conseguente incremento delle patologie croniche;
- i progressi tecnologici della medicina;
- differenze di salute tra uomini e donne, per cui queste lamentano condizioni patologiche in numero maggiore dopo la mezza età.

Altri elementi di criticità si rinvengono nelle differenze di comportamento che si possono registrare nel territorio regionale, nel tasso di ospedalizzazione, nello sviluppo delle cure primarie, nell’uso del *day hospital* e dell’attivazione del *day service*.

#### *La programmazione*

Viene anticipata la costituzione delle Federazioni, affermando la necessità di articolare alcune funzioni delle aziende sanitarie in ambito sovra zonale, con particolare riferimento all’acquisto di beni e servizi, alle funzioni amministrative e tecnico-logistiche. Se da un lato ci sarà un’azione di accentramento di alcune funzioni con l’obiettivo del contenimento dei costi, dall’altro canto sarà necessario un rafforzamento della funzione di tutela dei distretti che non sono solo più un’articolazione organizzativa, bensì un vero e proprio “sensore” nei confronti del territorio.

Le principali criticità che si riscontrano a livello distrettuale sono le seguenti:

- i distretti non devono agire quali meri erogatori di prestazioni, ma come centri di promozione di reti integrate;
- eccesso di autoreferenzialità delle associazioni professionali;

- mancata coincidenza tra bacino di popolazione del distretto sanitario e dell'ente gestore dei servizi socio-assistenziali;
- programmazione socio-sanitaria non sempre correlata alla domanda del territorio.

### *L'appropriatezza*

L'invecchiamento della popolazione e la conseguente maggior diffusione delle malattie croniche tra gli assistiti sono una delle principali cause dell'incremento della domanda di prestazioni ambulatoriali, che ha effetti negativi sui costi e sui tempi di attesa. Si ritiene che una maggior diffusione dell'assistenza domiciliare e residenziale agevolerebbe l'erogazione di prestazioni, specialmente di tipo terapeutico, in *setting* assistenziali più appropriati.

Inoltre, si riscontra che l'avvento di nuove tecnologie non ha avuto come conseguenza l'equivalente riduzione delle prestazioni "obsolete" ad esse assimilabili, ma, al contrario, le nuove tecniche sono andate a sommarsi alle vecchie senza che si sia verificato un processo di sostituzione.

Anche la maggior consapevolezza dei cittadini rispetto ai propri bisogni di salute e la maggior diffusione della pratica preventiva hanno contribuito alla crescita della domanda di prestazioni diagnostiche.

Un comportamento prescrittivo corretto ed un potenziamento dell'assistenza domiciliare consentiranno di "liberare posti" per poter trasferire alcune funzioni in regime di ricovero diurno alla modalità ambulatoriale.

### *La metamorfosi nei luoghi delle cure*

Si prevede che nel futuro gli sviluppi tecnologici e i cambiamenti di ruolo nell'ambito professionale renderanno necessaria solo più un'assistenza di tipo specialistico e tecnologico in grandi ospedali altamente specializzati, mentre gran parte dell'assistenza

potrà essere delocalizzata adattandosi alle esigenze del paziente piuttosto che a quelle dell'organizzazione. Quindi, la concentrazione di attività di alta specializzazione in pochi centri dovrà essere perseguita in parallelo con l'implementazione delle attività a domicilio e in strutture residenziali.

Si sta affermando sempre di più il concetto di continuità dell'assistenza, che prevede una transizione da un sistema orientato sugli erogatori di prestazioni, ad un sistema centrato sul paziente e sui percorsi delle singole malattie. Perciò, l'organizzazione dell'assistenza dovrà essere concepita secondo formule a rete in alcuni percorsi assistenziali, nella logistica e nell'informazione.

#### *Qualità strutturale dei luoghi di cura*

Sono elencate le criticità presenti nei presidi ospedalieri regionali che sono caratterizzati da:

- edifici datati accompagnati da inadeguatezza tecnologica e strutturale;
- necessità di costosi interventi di adeguamento sulle strutture;
- i costi di ristrutturazione risultano maggiori di quelli richiesti per nuove costruzioni;
- i presidi con un basso numero di posti letto risultano meno efficienti anche dal punto di vista gestionale;
- assenza di un disegno organizzativo della rete chiaramente individuabile rispetto a tipologia e complessità delle prestazioni e delle relazioni tra strutture.

Queste sono anche le motivazioni avanzate dalla Regione, per procedere in un percorso di razionalizzazione e riordino organizzativo e funzionale della rete sanitaria, nel quale si preveda anche la riconversione delle strutture.

*Allocazione delle risorse finanziarie*

Si intende andare nella direzione del superamento del criterio della spesa storica come strumento di finanziamento del sistema sanitario, ricorrendo a regole di finanziamento che tengano conto, oltre che delle caratteristiche demografiche ed epidemiologiche della popolazione assistita, anche di indicatori di appropriatezza, qualità, efficienza e di efficacia delle prestazioni e dei servizi erogati, assegnando un valore alla qualità dei servizi oltre che alla loro quantità.

*La sanità come un'opportunità di crescita*

È riconosciuta la rilevanza tra sanità e sviluppo economico. La quantità di risorse assorbite (oltre il 7% del Pil), l'ingente ammontare della spesa per gli acquisti e l'elevato numero di imprese operanti dimostrano quanto il sistema sanitario sia importante per lo sviluppo economico regionale. Sarebbe, quindi, un errore effettuare scelte di governo guardando solo al lato dei costi e della spesa; al contrario, in virtù dell'impulso che il settore può dare all'economia, vanno incoraggiate le attività di ricerca e produzione di tecnologie per la salute, creando le condizioni per attrarre investimenti e trasformare idee in brevetti.

*Il sistema informativo sanitario regionale*

Si osserva la presenza di un gran numero di applicazioni informatiche presenti nelle ASL che spesso non sono in grado di dialogare tra loro.

Per superare tale criticità, si intende sviluppare il Sistema Informativo Sanitario Regionale che viene considerato una risorsa strategica del SSR, in quanto le sue *performance* condizionano fortemente tanto la capacità di governo del sistema quanto la qualità dei servizi erogati.

Il piano presentato è estremamente vasto e ambizioso. Si intende utilizzare le tecnologie informatiche per lo scambio di dati

clinici, per dematerializzare le impegnative, i referti, le cartelle cliniche, la modulistica, e per aprire l'accesso per via telematica ai servizi amministrativi da parte dell'utenza (pagamento dei *ticket*, prenotazioni, consultazione *on line* dei referti).

### 8.3.2. Le scelte prioritarie

Una volta evidenziate le criticità del sistema, è il momento di tracciare le scelte strategiche della politica sanitaria piemontese per il prossimo quadriennio, in continuità con quanto previsto dal Piano di rientro di riorganizzazione e riqualificazione, siglato con il Ministero della Salute e dell'Economia.

È espressa la volontà di coniugare qualità e quantità dei servizi forniti ai cittadini attraverso un uso più efficiente delle risorse disponibili, riducendo significativamente le liste d'attesa e predisponendo dei percorsi facilitanti per la cronicità.

Inoltre si ritiene opportuno che il sistema di *welfare* socio-sanitario integrato rinforzi le proprie funzioni di tutela nei confronti delle fasce più vulnerabili della popolazione. Infatti, le ricadute della crisi economico finanziaria degli ultimi anni sulla vulnerabilità delle fasce prima garantite interessa anche l'accesso alle prestazioni sanitarie. Si dà atto che carenze nella rete relazionale familiare, amicale e sociale della persona ed altre fragilità psico-sociali personali rischiano di aggravare le condizioni di salute di persone, oltre che degli anziani.

#### *La riduzione dei tempi di attesa*

Uno degli strumenti indicati per la riduzione delle liste d'attesa è quello di porre attenzione maggiore all'appropriatezza delle prescrizioni mediche.

Sono poi indicati provvedimenti che dovrebbero facilitare la domanda delle prestazioni come il Sovracup *web*, (che permette ai cittadini di effettuare le prenotazioni da casa) e l'accesso alle

prenotazioni attraverso altri canali, quali ad esempio le farmacie, gli sportelli *bancomat* o il *contact center*. Il rischio concreto di queste iniziative è però quello che, facilitando l'accesso non ai servizi ma la domanda di servizi, il risultato sia di aumentare le liste di attesa invece di diminuirle.

Altra cosa è invece la messa in rete di tutte le offerte di servizi integrando, attraverso l'uso diffuso del sistema CUP (centro unificato prenotazioni), il complesso dell'offerta pubblica e privata accreditata, in modo che il cittadino possa valutare, ad esempio, la possibilità di anticipare la prestazione andando in un luogo più lontano da casa.

Un ulteriore strumento di aiuto è rappresentato dall'indicazione accurata del livello di urgenza e priorità da applicare a ogni singolo caso.

Infine, un'innovazione tecnologica, che si sta introducendo, è il sistema *Recall* che, ricontattando il paziente alcuni giorni prima per ricordargli l'appuntamento ed eventualmente disdirlo, permette di liberare e riassegnare disponibilità che altrimenti andrebbero perdute e contribuisce ad abbattere il fenomeno del *drop out* (pazienti che "dimenticano" di disdire la prenotazione).

Si prevede che una maggiore informatizzazione possa contribuire anche alla riduzione dei tempi di attesa per il trasferimento nell'ambiente riabilitativo più appropriato dopo il ricovero ospedaliero.

#### *La sostenibilità del sistema, le risorse finanziarie ed i costi standard*

Nel costo *standard* si individua il modo per confrontare le singole realtà incentivandole al miglioramento ed al tempo stesso questo dovrebbe diventare il criterio di misura per tutte le prestazioni per i servizi erogati al cittadino.

L'applicazione dei costi *standard* sarebbe la naturale continuazione del processo che ha portato in sanità alla definizione dei LEA (livelli essenziali di assistenza).

Nonostante tutti gli sforzi messi in campo, non sempre è possibile ricondurre tutte le prestazioni ai costi *standard*; vengono perciò ricercate le cause che possono ostacolare l'individuazione degli stessi<sup>64</sup>.

### *Le risorse umane*

Nonostante la premessa che l'adeguata valorizzazione delle risorse umane che operano nel sistema, sia sotto l'aspetto professionale che motivazionale ed economico, è essenziale per il successo delle politiche sanitarie regionali, e che le spese per lo sviluppo di tali risorse non possono essere valutate solo come costi ma devono essere considerate a tutti gli effetti quali investimenti, si afferma l'intenzione di puntare alla riduzione stabile dei costi complessivi del personale, attraverso modalità da definirsi, con azioni mirate ad una più razionale allocazione delle risorse, con relativa ottimizzazione dei carichi di lavoro.

Sono previsti interventi per rendere omogenea la gestione dei contratti di lavoro relativi al personale dipendente della dirigenza e del comparto.

È previsto l'aggiornamento dei protocolli d'intesa con le istituzioni universitarie e la proposta di progetti di formazione con-

---

<sup>64</sup> Al di là di ogni ragionevole dubbio e per maggior chiarezza, vi è la sent. n. 134/2006 della Corte cost. con cui si torna sul tema delle fonti normative di disciplina dei LEA e sull'applicazione del principio di legalità sostanziale; la Corte afferma, quindi, l'individuazione nei principi generali del d.lgs. n. 502/1992 e nelle determinazioni del PSN la disciplina di base idonea ad inquadrare e circoscrivere il potere normativo secondario del Governo in questa materia. Cosa ben diversa è accaduta per quanto riguarda l'intervento del legislatore statale nel campo dei servizi sociali (art. 22, commi 2 e 4, della legge n. 328/2000). Anche il Consiglio di Stato ha ritenuto di superare i dubbi di legittimità sollevati in merito al D.P.C.M., dichiarando improcedibili i ricorsi presentati per sopravvenuta carenza di interesse (sez. IV, ord. 17 marzo 2003, n. 1002 e sez. IV, 4 febbraio 2004, n. 398, in *Giorn. dir. amm.*, 2004, 1103 ss.).

tinua, da concertare con gli ordini ed i collegi professionali, per promuovere sia la formazione di base che quella specialistica.

#### *La qualità e le professioni sanitarie*

Il compito di tutelare la salute dei cittadini al massimo livello qualitativo possibile si adempie in un contesto che sta diventando sempre più complesso. Di conseguenza, l'approccio non può che essere di tipo multispecialistico e multiprofessionale, coordinato ed integrato durante il percorso clinico assistenziale del paziente. La complessità, quindi, può essere affrontata con successo solo attraverso l'integrazione delle varie professioni sanitarie e assegnando ad esse un ruolo di responsabilità anche nelle scelte aziendali.

#### *Le opportunità del welfare e il terzo settore*

È evidenziato il fatto che l'alleanza con il sistema socio-assistenziale può contribuire a migliorare il benessere delle persone e a valorizzare gli interventi sanitari moltiplicandone le ricadute positive sugli assistiti.

Le imprese del terzo settore e le organizzazioni di volontariato vengono riconosciute quali soggetti promotori di iniziative ed erogatori di prestazioni, per garantire lo sviluppo e la crescita delle attività nell'area della cronicità. Ad esse potranno essere indirizzate risorse specifiche, ampliandone le aree di impegno in rapporto al ruolo di co-programmazione e co-progettazione.

#### *L'empowerment*

Si vuole rafforzare il ruolo di protagonista che il cittadino può avere nella gestione della propria salute attraverso l'*empowerment*, definito come "...processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente, per migliorare l'equità e la qualità di vita ...".



Gli strumenti finalizzati allo sviluppo del processo di *empowerment* sono il “controllo”, la “consapevolezza critica” e la “partecipazione”.

#### *I servizi dell'area socio sanitaria integrata*

Si riconosce che lo sviluppo della rete di servizi socio-sanitari integrati di tipo domiciliare, semi-residenziale e residenziale per persone anziane, disabili e tossicodipendenti, non è ancora in grado di soddisfare la crescita di una domanda di assistenza socio-sanitaria professionale ad integrazione delle risorse familiari.

Gli effetti delle lunghe liste d'attesa per l'accesso alle prestazioni dell'area socio-sanitaria integrata si ripercuotono sui cittadini e sulle famiglie più deboli nella presa in carico dei propri congiunti. Si individuano, pertanto, le principali azioni da intraprendere:

- sviluppo delle cure domiciliari ad integrazione delle risorse economiche e relazionali della persona e della sua famiglia, intervenendo sia attraverso adeguate modalità di assistenza a domicilio, sia sviluppando strutture extra-ospedaliere di continuità assistenziale;

- revisione del modello organizzativo-gestionale dei servizi semiresidenziali e residenziali, e la conseguente ridefinizione delle tariffe a carico del SSN, dei cittadini e dei Comuni;

- costituzione del fondo regionale per le non autosufficienze. Con apposita legge regionale, saranno definite le risorse afferenti al fondo e la loro provenienza, le prestazioni ed i soggetti giuridici ai quali è destinato, nonché i criteri di riparto del fondo stesso.

#### 8.4. LE TRAIETTORIE DI SVILUPPO E DI RICONFIGURAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE PER CONSEGUIRE GLI OBIETTIVI DI PIANO

##### 8.4.1. I presupposti logici dello sviluppo e riconfigurazione del SSR

###### *Gli assunti guida*

È stato osservato che la mobilità del cittadino all'interno dei servizi sanitari non è sempre governabile dall'alto e qualche volta è condizionata da reti informali che nascono tra professionisti, ma l'organizzazione dei servizi non può realizzarsi se non attraverso la costruzione di reti formali costituite da ospedali a gestione diretta delle ASL e dall'AO/AOU di riferimento.

Ciò premesso, diventa di cruciale importanza che la programmazione regionale relativa all'offerta di servizi sanitari e socio-sanitari fornisca indirizzi programmatici specifici in una visuale di area sovrazonale.

La proposta non prevede più la separazione dei presidi ospedalieri dal territorio, ma un sistema nel quale si costruisce l'integrazione tra i presidi ospedalieri, stabilendo una gerarchia di carattere funzionale tra i vari ospedali.

La specialistica ambulatoriale interna, pur rimanendo risorsa delle ASL, deve integrarsi con la rete dell'offerta specialistica costituita dagli ospedali di ASL, dalle AO e dalle AOU.

Si invoca il coordinamento delle strutture interessate per favorire il lavoro in *equipe* fra le varie figure professionali, nell'ambito dell'offerta delle cure primarie sul territorio.

###### *I cardini di riordino della rete di offerta*

Sono così descritti i fondamenti del modello organizzativo del servizio sanitario piemontese:

a) ripartizione tra le funzioni di tutela generale della salute della collettività, di competenza della Regione, e quella di tutela specifica della salute e del percorso clinico assistenziale sul territorio affidata alle ASL per l'area geografica di loro competenza;

b) differenziazione tra le funzioni di prevenzione ed assistenza primaria, di competenza dei distretti delle ASL, da quelle proprie dell'assistenza sanitaria specialistica, di competenza dei presidi ospedalieri delle ASL, delle AO, delle AOU e delle altre strutture erogatrici pubbliche e private, di cui ritiene di avvalersi il SSR, nell'ambito della programmazione socio-sanitaria di sistema. Le funzioni di erogazione dell'assistenza primaria e specialistica possono essere assicurate sia attraverso i servizi, le attività e le prestazioni direttamente gestiti da ASL ed AO/AOU, sia mediante soggetti terzi (strutture private accreditate);

c) articolazione per livelli di differente complessità funzionale delle strutture erogatrici dei servizi. In particolare, l'assistenza sanitaria specialistica di maggiore complessità clinica e tecnologica è assicurata da una rete di strutture pubbliche e private accreditate, ordinate per differenti livelli di complessità funzionale;

d) realizzazione di reti di servizi interaziendali sovrazionali, con particolare riferimento alle reti ospedaliere, in cui ciascun presidio, a prescindere dalla propria natura giuridico-amministrativa, svolge un ruolo preciso e integrato con gli altri presidi della rete a cui afferisce (è questo, in sintesi, lo schema gerarchico delle funzioni dei presidi ospedalieri);

e) ricerca dell'equilibrio tra l'accessibilità ai servizi, la sostenibilità economica e la qualità dell'assistenza, anche grazie alla centralizzazione di alcune funzioni tecnico-amministrative e di supporto.

La funzione di tutela generale della salute della collettività, di competenza della Regione, si esercita attraverso la programmazione, la determinazione degli obiettivi da conseguire da par-

te delle singole Aziende Sanitarie ed il relativo finanziamento, nonché attraverso l'esercizio delle relative funzioni di indirizzo, valutazione e controllo sulla operatività e sui risultati aziendali.

### *La specializzazione istituzionale delle Aziende Sanitarie*

La specializzazione istituzionale delle strutture del SSR consente di individuare chiare responsabilità nel governo del sistema.

Alle ASL compete la funzione preminente di tutela della salute e quella di erogazione dei servizi di assistenza primaria, tramite i distretti, e dei servizi assistenza specialistica, tramite gli ospedali in rete. Alle altre aziende del SSR spetta una funzione preminente di erogazione di servizi sanitari specialistici.

Vengono intraprese le seguenti azioni:

- istituzione di ambiti interaziendali sovrazonali, per una efficace programmazione sanitaria e socio-sanitaria e per la committenza nei confronti delle strutture erogatrici accreditate;
- integrazione in rete delle strutture ospedaliere gestite dalle ASL, anche e soprattutto in relazione ai flussi di mobilità dei pazienti ed alle aree gravitazionali dei singoli ospedali.
- sviluppo, da parte delle ASL, di una funzione centrale nelle cure primarie, nella prevenzione e nell'integrazione socio-sanitaria;
- consolidamento della capacità di rispondere ai problemi della continuità assistenziale attraverso il rafforzamento dei rapporti tra presidi ospedalieri di ASL, AO/AOU e distretti;
- coordinamento degli erogatori privati e delle strutture ex art. 43 della l. n. 833/78 tramite accordi definiti a livello di ambiti interaziendali sovrazonali.

*Missione e competenza delle Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Regionale*

La programmazione è prevista su più livelli. A livello centrale (Regione) sono definiti gli orientamenti generali e la classificazione dei presidi ospedalieri; mentre a livello territoriale spetta il coordinamento e l'omogeneizzazione dei servizi sanitari attraverso l'indirizzo ed il coordinamento dei piani di attività.

È in quest'ultimo livello che pare collocarsi la funzione principale delle Federazioni, che è sì quella di svolgere funzioni di servizio per le ASL, ma anche quella di funzionare da antenna sul territorio, sotto diretto controllo regionale, per realizzare la programmazione decentrata.

La programmazione regionale, da esercitarsi anche in forma decentrata, dovrà garantire, in modo integrato, l'assistenza ospedaliera, quella territoriale e la prevenzione attraverso la funzione di indirizzo nei confronti delle ASL e delle AO/AOU, nonché nei confronti delle altre istituzioni e soggetti accreditati, che esercitano la funzione di erogatore.

Le Aziende Sanitarie Locali esercitano la funzione di tutela della salute della popolazione, promozione del benessere e garanzia dei percorsi di continuità assistenziale.

Si afferma l'intenzione di far convergere tutte le competenze sanitarie e socio-assistenziali del territorio di competenza alle singole ASL, definendo con appositi provvedimenti i rapporti tra queste ultime e i vari enti erogatori di prestazioni.

Per quanto concerne la rete territoriale, sono ampliate le competenze del distretto che, oltre ad essere l'erogatore dei servizi, viene trasformato nell'interfaccia per i rapporti con le comunità locali. Il rafforzamento dei compiti porta come conseguenza l'individuazione di aree territoriali più ampie delle attuali.

Le Aziende Ospedaliere e Ospedaliero-Universitarie si integrano funzionalmente, con i presidi ospedalieri delle ASL, or-

ganizzati secondo la complessità delle prestazioni, nonché con altre strutture specialistiche di ricovero.

Tutti gli ospedali piemontesi vengono riclassificati secondo tre tipologie a seconda dell'importanza:

1. Ospedale di riferimento;
2. Ospedale cardine;
3. Ospedale di territorio.

Il territorio piemontese è suddiviso in sei Federazioni:

- Area Torino sud-est (AO Città della Salute e della Scienza di Torino – ASL TO 1 – ASL TO 5);
- Area Torino nord (ASL TO 2 – ASL TO 4);
- Area Torino ovest (AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano – AO Mauriziano Umberto I – ASL TO 1 – ASL TO 3)
- Area Piemonte nord-est (AOU Maggiore della Carità di Novara – ASL VC – ASL BI – ASL NO – ASL VCO);
- Area Piemonte sud-ovest (AO Santa Croce e Carle di Cuneo – ASL CN 1 – ASL CN 2);
- Area Piemonte sud-est (AO SS. Antonio e Biagio e C. Arigo di Alessandria – ASL AT – ASL AL).

## 8.5. GOVERNANCE ED ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

### 8.5.1. La *governance* di sistema: attori, luoghi e processi decisionali

La premessa è la volontà di costruire un assetto di *governance* robusto ed efficiente quale condizione essenziale per razionalizzare, in modo finalizzato e armonico, il sistema sanitario regionale, rimodulandolo su parametri più funzionali.

La Giunta regionale si riserva il ruolo guida per la tutela della salute e sanità, politiche sociali e della famiglia e politiche di sistema e svolge nei confronti delle aziende sanitarie regionali le funzioni di indirizzo tecnico amministrativo, coordinamento, controllo, vigilanza, promozione e supporto.

All'ARESS (Azienda regionale per i servizi sanitari) è affidato il ruolo di supporto tecnico-scientifico per assistere la Regione e le ASR nel processo decisionale. L'ARESS opera in base agli obiettivi posti dalla Giunta regionale nel piano annuale di attività e spesa approvato dalla Giunta regionale.

Il perimetro di azione delle Aziende Sanitarie, alle quali è affidata la tutela e promozione della salute sul territorio e della continuità assistenziale, è delimitato dagli indirizzi regionali e di ambito territoriale interaziendale.

#### *La programmazione di sistema ed aziendale*

La programmazione del SSR piemontese avviene con la partecipazione allargata a tutti i soggetti interessati.

Le funzioni di indirizzo e controllo sull'attività socio-sanitaria sono esercitate dalle Conferenze dei Sindaci e, per la città di Torino, dalla Conferenza dei Presidenti di Circoscrizione.

Il processo di programmazione si realizza anche attraverso l'ascolto degli utenti, delle organizzazioni sindacali, delle organizzazioni di volontariato, delle associazioni di tutela e di promozione sociale, della cooperazione sociale e degli altri soggetti del terzo settore, e con il contributo tecnico degli operatori, delle associazioni professionali e delle società scientifiche accreditate. Anche le università partecipano al processo di programmazione, con le modalità stabilite negli accordi e nelle convenzioni.

#### *Qualità*

Si sottolinea la necessità di sviluppare, a livello delle ASR, una rete di servizi per la "qualità" con una gestione centrale a livello ARESS, secondo le seguenti indicazioni:

- qualità gestionale-organizzativa-manageriale (efficienza e integrazione tra i processi aziendali);
- qualità professionale (interventi appropriati che tengano conto di evidenze scientifiche di provata efficacia (*Evidence Based Medicine*));
- qualità percepita (aumento della soddisfazione degli utenti, riduzione delle attese);
- qualità sociale (accessibilità ed equità);
- qualità tecnico-strutturale (adeguatezza degli spazi e dei servizi di accoglienza, tecnici e alberghieri);
- qualità strumentale (adeguatezza delle apparecchiature/strumentazioni e dell'interfaccia apparecchiature-pazienti e apparecchiature-operatori).

### *Rischio Clinico*

C'è molta attenzione verso il rischio clinico, perché sono sempre più frequenti i casi di contenzioso tra cittadini e sistema sanitario.

Nell'affidare alle Federazioni la competenza del servizio legale, si centralizza il controllo e la gestione del rischio clinico e si dà uniformità alla gestione del contenzioso.

Le misure che saranno adottate hanno il duplice obiettivo di aumentare la sicurezza dei pazienti e, nel contempo, di ridurre i costi da sostenere per le coperture assicurative<sup>65</sup>.

### *La formazione degli operatori*

La formazione e l'educazione continua in medicina assumono particolare rilevanza per migliorare il livello qualitativo delle

---

<sup>65</sup> A questo proposito, si rinvia alle interessanti relazioni di: R. Cavallo Perin, G. Gardini, A. Pioggia, al Seminario *Consenso Informato, autodeterminazione del paziente e organizzazione sanitaria*, Università degli Studi di Torino, Dipartimento di Scienze Giuridiche, 27 ottobre 2011.



prestazioni sanitarie e incrementare la professionalità degli operatori.

È già stata realizzata una piattaforma informatica per l'accreditamento regionale degli eventi formativi e per rendere disponibile, in tempo reale, tutta l'offerta formativa regionale attraverso la consultazione della banca dati.

La Regione si assegna come obiettivi prioritari lo sviluppo dell'accreditamento regionale e il controllo della qualità della formazione con l'istituzione dell'Osservatorio regionale sulla qualità.

Per il raggiungimento di questi obiettivi intende coinvolgere i soggetti istituzionali interessati, quali l'università, gli ordini, collegi e associazioni professionali accreditate, le aziende sanitarie.

*Sponsorizzazione di attività e formazione per il personale dipendente e convenzionato*

Si esprime la volontà di porre mano ad una regolamentazione degli interventi dell'industria del settore sanitario nel finanziamento della formazione dei professionisti, per evitare la possibilità che si configurino situazioni di conflitto di interesse.

8.5.2. I criteri generali per l'organizzazione dei servizi e delle aziende sanitarie regionali

*Indirizzi generali per il modello organizzativo delle Aziende Sanitarie Regionali*

Il dipartimento, definito come “un'aggregazione di strutture organizzative omologhe, omogenee, affini o complementari” viene individuato come l'unità organizzativa del modello ordinario di gestione operativa delle attività sanitarie.

Queste strutture perseguono comuni finalità e, pur conservando ciascuna la propria autonomia, sono tra loro interdipendenti.

Si demanda all'atto aziendale il compito di individuare i dipartimenti e le strutture organizzative afferenti, sulla base dei principi e dei criteri definiti dalla Giunta regionale.

#### *L'organizzazione dell'Azienda Sanitaria Locale*

##### ○ I Centri di Assistenza Primaria (CAP).

Sono definiti “*strutture polifunzionali che raggruppano e coordinano le professionalità e i servizi dei distretti*”.

Hanno l'obiettivo di fornire ai cittadini un'offerta più ampia, estendendo la presa in carico anche nella fascia notturna e festiva, attraverso il servizio della continuità assistenziale.

I CAP sono lo strumento gestionale del distretto per mettere a sistema le risorse presenti sui territori (MMG/PLS, specialisti ambulatoriali interni, cure primarie, servizi sanitari territoriali, continuità assistenziale, strutture residenziali con letti per dimissioni protette).

Il potenziamento delle strutture e dei servizi delle cure primarie è finalizzato a ridurre il ricorso all'ospedalizzazione impropria, attraverso l'integrazione organizzativa e ad assicurare la continuità assistenziale ospedale/territorio e tra le strutture del territorio.

Le aree funzionali nelle quali i CAP possono organizzare le proprie attività sono:

- area amministrativa: segreteria, prenotazioni, raccolta di dati, archivio, budget;
- area dell'accesso: sportelli unici distrettuali;
- area della diagnostica strumentale di primo livello: per la valutazione breve e il controllo di quadri clinici non destinati a strutture di livello superiore;
- area delle patologie croniche: di natura cardiovascolare, oncologica, pneumologica, metabolica;
- area delle cure primarie: in particolare rivolte ai MMG ed ai PLS che avranno accesso alla rete aziendale dei servizi distrettuali.

Nel CAP trova collocazione la guardia medica, a garanzia di un'assistenza sulle 24 ore:

- area dell'assistenza specialistica e diagnostica: consente l'integrazione con le cure primarie;

- area di sorveglianza temporanea: ambulatori attrezzati destinati alla sorveglianza breve di cittadini con patologie che non richiedano ricovero ospedaliero, ma necessitino di prestazioni non erogabili a domicilio;

- area delle attività riabilitative: attività di recupero e riabilitazione funzionale;

- area delle attività integrate socio sanitarie: il servizio di cure domiciliari, effettuate da un'*équipe* composta dal medico di famiglia, infermieri, operatori socio sanitari, assistenti sociali, specialisti;

- aspetti strutturali: la sede del CAP è unica, con possibili articolazioni subdistrettuali ed è messa a disposizione dall'ASL o dagli enti locali. È il punto di riferimento dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, dei medici specialisti convenzionati interni, dei medici dipendenti e dei medici di continuità assistenziale ed è “polo operativo” della continuità assistenziale all'interno del distretto.

Il CAP si configura, quindi, come una struttura intermedia tra distretto, ospedale e poliambulatorio dove trovano spazio tutti gli agenti della sanità che operano sul territorio.

- La continuità assistenziale.

Si rileva la fragilità del sistema di continuità assistenziale tra ospedale, professionisti e strutture territoriali per una tempestiva ed efficace presa in carico dell'assistito. Questo comporta aggravio di costi per il paziente e per il sistema sanitario, per il verificarsi di ricoveri evitabili e/o di ricoveri ripetuti non programmati, nonché il ricorso improprio ai servizi, come l'uso improprio del pronto soccorso o delle prestazioni ambulatoriali.

La Regione indica nel modello organizzativo, nelle reti, nei processi, nell'individuazione di ruoli e competenze gli strumenti per superare queste difficoltà.

Un altro elemento significativo per assicurare continuità assistenziale è rappresentato dalle reti di servizi sanitari e socio-assistenziali integrate, la cui presenza assicura maggiore equità e minore dispendio di risorse, limitando i fenomeni competitivi fra i singoli erogatori ed esaltandone l'integrazione e la cooperazione.

Come elemento centrale del processo di continuità assistenziale è indicata la "presa in carico" del paziente dall'inizio fino al completamento del suo percorso di salute, senza alcuna soluzione di continuità nel ricevere le cure/assistenza dai vari soggetti erogatori.

Le azioni prioritarie per la garanzia di un'efficace continuità ospedale-territorio sono:

- il rafforzamento del ruolo del distretto;
- la creazione del nucleo distrettuale e del nucleo ospedaliero di continuità delle cure, supportati da un sistema informativo a garanzia della tempestività nella trasmissione delle informazioni;
- la definizione di protocolli tra il pronto soccorso, il presidio ospedaliero e il distretto;
- l'attivazione di una banca dati regionale che permetta al distretto la conoscenza dell'intero percorso di continuità delle cure degli assistiti.

○ La medicina convenzionata

Il futuro della sanità è sempre di più proiettato sul territorio, attraverso la valorizzazione dell'assistenza primaria (comprendente la medicina generale intesa in tutte le sue funzioni, la pediatria di libera scelta e la specialistica ambulatoriale) e puntando sull'integrazione tra ruoli e funzioni delle diverse professio-

nalità, al fine di garantire un'assistenza coordinata, omogenea e capillare sul territorio regionale.

Gli obiettivi da perseguire sono due: educare il cittadino ad una scelta più consapevole del servizio più appropriato alla sua esigenza assistenziale; ricondurre al servizio appropriato la domanda di assistenza del cittadino anche quando è stata erroneamente indirizzata.

Per far ciò è necessario un piano di riqualificazione delle forme associative della medicina convenzionata, in modo che possano sempre più rappresentare, per il paziente, una valida alternativa al pronto soccorso, garantendo il miglior inquadramento clinico-terapeutico possibile.

È auspicato che questo piano promuova prioritariamente:

- la costituzione di *team* multiprofessionali integrati;
- la specificazione dei problemi a cui il *team* deve rispondere, affidando ruoli e funzioni alle diverse funzioni professionali;
- la presa in carico dei problemi della cronicità e la risposta alla continuità assistenziale, attraverso metodi di medicina di iniziativa e nell'ambito del coordinamento distrettuale;
- un ottimale uso delle competenze delle diverse professionalità;
- la realizzazione della completa informatizzazione del fascicolo socio-sanitario.

*L'organizzazione e la governance del presidio ospedaliero dell'ASL, dell'Azienda Ospedaliera e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria*

- Assetto dei dipartimenti.

I dipartimenti possono essere individuati per organo, per aree specialistiche, per momento di intervento sanitario, per progetto, per percorso diagnostico-terapeutico.

La realizzazione delle reti ospedaliere comporterà la razionalizzazione dei dipartimenti ospedalieri da parte delle direzioni strategiche, secondo gli indirizzi definiti dalla Giunta regionale.

- L'organizzazione delle aree ospedaliere per intensità di cura ed assistenza.

L'organizzazione delle attività ospedaliere avviene in aree differenziate, secondo le modalità assistenziali, l'intensità delle cure, la durata della degenza e il regime di ricovero, superando gradualmente l'articolazione per reparti differenziati, secondo la disciplina specialistica.

È un criterio che porta lo specialista al letto del paziente e non viceversa. Questo dovrebbe comportare una maggiore assunzione di responsabilità da parte dell'infermiere, che risulta essere l'unica costante presente con continuità accanto al letto del ricoverato.

Quindi, lo sviluppo dell'ospedale si configura lungo due direttrici di responsabilità gestionale: i processi di cura e l'organizzazione delle risorse.

- I presidi ospedalieri.

I presidi ospedalieri della rete pubblica, vengono classificati, in attuazione del principio della diversificazione delle funzioni correlato alla diversa complessità delle prestazioni erogate, in tre livelli:

- *primo livello*: ospedali di territorio in cui vengono effettuate prestazioni diagnostiche e terapeutiche di specialità di base diffuse e di bassa intensità, di riabilitazione, e strutture intermedie integrate col territorio. Sono sede di pronto soccorso semplice, di area disagiata o punto di primo intervento.

- *secondo livello*: ospedali cardine in cui vengono effettuate le stesse prestazioni previste per il primo livello, ma alle quali si aggiungono prestazioni relative a diverse specialità mediche e chirurgiche che comportano il regime di ricovero ordinario; questi sono sede di un dipartimento di emergenza e accettazione (DEA) di primo livello.

- *terzo livello*: ospedali di riferimento in cui, alle prestazioni

previste per i livelli inferiori, si aggiungono prestazioni mediche e chirurgiche di alta specialità e vengono trattati casi ad alta gravità/instabilità clinica. Possono essere sede di attività didattica e di ricerca, anche attraverso l'apporto dell'università. Sono sede di DEA di secondo livello.

- La rete ospedaliera.

Nell'ambito territoriale interaziendale, gli ospedali sono inseriti in un'unica rete funzionalmente integrata, allo scopo di migliorare l'efficacia e l'efficienza del sistema.

La logica del raggruppamento in rete dei diversi presidi di Aziende Sanitarie Locali e delle AO/AOU, porta alla concentrazione presso specifici soggetti erogatori delle prestazioni sanitarie, riducendone la frammentazione sul territorio.

Si prevede che il riordino della rete ospedaliera regionale, articolata in sei aree sovrazionali corrispondenti alle Federazioni, porterà al riassetto delle strutture ospedaliere esistenti e alla riconversione di alcune di esse.

Per favorire il collegamento con i servizi territoriali, nelle AO e nelle AOU, viene individuata una funzione di responsabilità per la gestione delle dimissioni, in collaborazione con quella omologa istituita presso i distretti, in passato svolta dalle assistenti sociali che negli anni sono diminuite di numero per essere sostituite, nella dotazione organica, da figure sanitarie.

- La rete dell'emergenza-urgenza.

Le centrali operative "118" prendono in carico i fabbisogni assistenziali in emergenza-urgenza e attivano/coordinano i mezzi di terra e aerei.

I casi di maxiemergenza, per le necessità di pianificazione, coordinamento logistico e organizzativo e specializzazione professionale sono gestiti, a livello regionale, da una struttura dedicata con competenza sovrazonale.

La riorganizzazione della rete dell'emergenza ospedaliera costituisce l'architrave della prevista aggregazione a livello sovrazonale della rete ospedaliera nel suo complesso.

Per quanto riguarda l'emergenza, si prevedono sei aggregazioni di ospedali, facenti capo tre a Torino ed i restanti tre ad Alessandria, Novara e Cuneo tra loro integrati e coordinati nelle funzioni, secondo la seguente graduazione:

- centri di riferimento (DEA II Livello)
- centri cardine (DEA I Livello)
- pronto soccorso semplice
- pronto soccorso in area disagiata
- punto di primo intervento.

#### *Le funzioni tecnico-logistico-amministrative*

È il settore assegnato alle competenze delle Federazioni a cui sono affidati i seguenti compiti:

- piani di acquisto annuali e pluriennali e approvvigionamento di beni e servizi;
- gestione del materiale, dei magazzini e della logistica;
- sviluppo e gestione delle reti informative e digitalizzazione del sistema;
- programmazione degli investimenti in edilizia sanitaria e nelle infrastrutture, gestione del patrimonio immobiliare per le funzioni ottimizzabili in materia di manutenzione, appalti e alienazioni;
- programmazione degli investimenti e valutazione delle tecnologie sanitarie, gestione del patrimonio tecnologico per le funzioni ottimizzabili in materia di manutenzione, acquisizione, riallocazione e dismissione;
- gestione e organizzazione dei centri di prenotazione;
- gestione degli affari legali.



## 8.6. ACCREDITAMENTO E VALUTAZIONE

### 8.6.1. I principi ispiratori per la revisione del sistema di accreditamento dei servizi

Si riconosce che il sistema di accreditamento richiede un nuovo punto di equilibrio tra le esigenze di semplificazione, con la riduzione degli aspetti più formali, e quelle di mantenimento delle garanzie di sicurezza e qualità.

Obiettivo è quello di garantire l'effettiva applicazione del nuovo sistema, sia alle strutture pubbliche, sia a quelle private.

Per dare attuazione a questi principi sono indispensabili alcuni passaggi:

- la semplificazione del manuale dell'accREDITamento, sia per quanto riguarda i requisiti strutturali che organizzativi;
- l'inserimento di nuovi requisiti (anatomia patologica, endoscopie, unità di terapia intensiva cardiologica ecc);
- rivalutazione dei requisiti in ambito territoriale;
- rivalutazione della funzione dei verificatori e facilitatori, formati nei corsi ARESS.

Dopo aver esaminato il Piano Socio-Sanitario della Regione Piemonte in modo analitico, esponendo gli elementi essenziali contenuti nelle varie parti che lo compongono, è opportuno giungere ad alcune considerazioni conclusive, con l'intento di mettere in risalto i contenuti più significativi del sistema sanitario regionale ed effettuare alcune osservazioni.

Il *leitmotiv* di tutto il Piano è rappresentato, in modo evidente, dalla *sostenibilità economica del Servizio Sanitario Regionale*, cioè dalla necessità di assicurare l'equilibrio tra il sistema delle prestazioni e quello delle risorse disponibili per il loro finanziamento.

Sul primo punto, esiste un vincolo costituzionale che obbliga

lo Stato e le Regioni a garantire, in ogni modo, le prestazioni sanitarie e sociali a tutti, con particolare attenzione a coloro che non sarebbero in grado di contribuire ad esse<sup>66</sup>. È una responsabilità pubblica la tutela del diritto alla salute della comunità e della persona, in osservanza dei principi di universalità, eguaglianza, equità di accesso alle prestazioni, libertà di scelta, di informazione e di partecipazione dei cittadini, globalità della copertura assistenziale, come definito dai Livelli essenziali di assistenza.

Considerando che la Regione non può esimersi dal suo ruolo di garanzia di tutela della salute, a Costituzione vigente il privato non potrà sostituirsi al servizio pubblico nella gestione del sistema sanitario.

Riguardo al finanziamento della spesa sanitaria, è doveroso sottolineare che l'esigenza di controllarne l'andamento, attraverso provvedimenti che creano risparmi, sta diventando una delle principali preoccupazioni dell'amministrazione regionale, proprio in ragione del fatto che la sanità assorbe una quantità di risorse pari a circa l'85% del bilancio.

Alla crescita continua della spesa sanitaria, peraltro poco flessibile e poco adattabile alle congiunture economiche per le ragioni sopra esposte, hanno contribuito soprattutto l'aumento delle patologie croniche dovuto all'invecchiamento della popolazione, ed i costi elevati generati dai progressi tecnologici della medicina.

Al fine di garantire la sostenibilità del sistema, dalla lettura del PSSR si evince che le parole d'ordine sono *programmazione* e *appropriatezza*. Da un lato si sostiene che una lettura attenta dei bisogni del territorio possa condurre ad un'offerta assistenziale equilibrata, corretta ed omogenea in tutta la Regione; dall'altro lato si invoca la necessità di una politica di governo della domanda che agisca direttamente sul comportamento prescrittivo, in modo tale che alle necessità individuali si dia una risposta

---

<sup>66</sup> F. Gaboardi, *I conti della salute nell'amministrazione sanitaria. Efficienza, controllo e criticità*, in *contabilita-pubblica.it*, 2012.

corretta, tempestiva e qualitativamente elevata, evitando il ricorso improprio ai servizi.

Questi obiettivi si traducono in alcune scelte strategiche, che conducono ad una riconfigurazione del Servizio Sanitario Regionale. I principi cardine che guideranno questa fase evolutiva del sistema si possono sintetizzare nei seguenti punti:

- *Più distretto e meno ospedale.* I distretti non sono più solo delle articolazioni organizzative, o semplici erogatori di servizi, ma diventano dei veri e propri “sensori” nei confronti del territorio, cioè una sorta di interfaccia per i rapporti tra aziende sanitarie e comunità locali.

Il ricovero in ospedale sarà sempre più breve, con l'intento di far proseguire il percorso di cura in un *setting* più appropriato.

I Presidi ospedalieri saranno riclassificati gerarchicamente in tre tipologie e le attività di alta specializzazione verranno concentrate in pochi centri.

- *Più cure domiciliari.* Mentre si ravvisa l'intenzione di spostare, quando possibile, alcune funzioni in regime di ricovero alla modalità ambulatoriale, parallelamente si prevede un trasferimento di alcune prestazioni dagli ambulatori al domicilio del paziente.

- *Più medicina convenzionata.* Le associazioni di medici di medicina generale dovranno riqualificarsi per poter garantire una copertura oraria più ampia. L'obiettivo di fondo è di implementare le risorse dell'assistenza primaria in modo che essa rappresenti sempre di più un'alternativa valida al pronto soccorso.

- *Servizi in rete.* Nell'ambito delle aree territoriali sovrazonali, ospedali, distretti, strutture pubbliche e private accreditate dovranno essere messi in rete, aumentando l'efficacia e l'efficienza del sistema. In tal modo, si punta a ridurre la frammentazione delle prestazioni, concentrandole presso specifici centri erogatori, diversificati tra loro, ognuno con competenze specifiche. In questa logica di sistema si inserisce il principio della

continuità assistenziale, con cui si intende perseguire un modello di presa in carico del paziente, dall'inizio fino al completamento del percorso di salute, senza alcuna soluzione di continuità.

• *Centralizzazione delle funzioni tecnico-amministrative.* Le Federazioni rappresentano quei soggetti giuridici che si devono occupare di tutte quelle funzioni che non sono sanitarie in senso stretto, la cui centralizzazione dovrebbe creare economie di scala, che consentirebbero di "liberare" risorse per il raggiungimento degli obiettivi di salute.

Una considerazione ulteriore. A parere di chi scrive, le intenzioni descritte in questo Piano Socio-Sanitario Regionale potranno trovare legittimazione solo se avverrà un *mutamento culturale nella popolazione*.

Negli ultimi anni, gli individui hanno aumentato notevolmente la consapevolezza rispetto ai propri bisogni di salute, ma questo si scontra con la necessità di razionalizzare l'offerta di prestazioni sanitarie.

Non sarà semplice far accettare alle persone che non è più economicamente sostenibile poter avere "l'ospedale sotto casa", ma è meglio esser curati in modo più professionale anche se in un centro più distante dal luogo di abitazione (in parte è già così da anni).

Non sarà altrettanto facile far percepire il domicilio come luogo più appropriato per alcune prestazioni, quando l'ospedale è considerato da sempre l'ambiente protetto per eccellenza.

Infine, il periodo storico di recessione economica in cui è maturata la riforma sanitaria regionale, non farà che amplificare il sentimento negativo nei confronti delle manovre messe in cantiere anche in ambito sanitario; gli aumenti delle compartecipazioni degli assistiti e le difficoltà economiche generalizzate rischieranno di far percepire il riassetto del sistema come un semplice taglio dei servizi, anche se così non è nella realtà.

## ALCUNE RIFLESSIONI CONCLUSIVE

Secondo quanto affermato nella “premessa”, il tema principale che ha ispirato il presente lavoro è l’analisi del processo di riconversione aziendale del nostro Servizio Sanitario Nazionale, che si è sviluppato nel corso degli ultimi due decenni.

Per certi versi, si può sostenere che tale processo non è ancora concluso. Infatti, se da un lato gli interventi legislativi del ’92, ’93 e del ’99 hanno delineato in modo sufficientemente definito quelli che sono i contorni del sistema a livello nazionale, dall’altro lato la riforma costituzionale del 2001 ha aperto uno scenario completamente nuovo. Effettuando una diversa ripartizione della potestà legislativa, il nuovo articolo 117 Cost. ha attribuito alle Regioni il potere di legiferare in materia di tutela della salute, nel rispetto dei principi fondamentali determinati dallo Stato. E c’è di più. Nell’ambito dell’organizzazione delle aziende sanitarie, la competenza legislativa regionale è da considerarsi piena, esclusiva.

Quindi è proprio dalla legislazione regionale che ci si dovranno aspettare le prossime novità, oltre a quelle fin qui prese in considerazione, con la possibilità che nella sanità pubblica vengano ad essere approvati provvedimenti e leggi a contenuto “differente” da una Regione all’altra (concetto di “differenziazione” e “adeguatezza” sanciti dalla riforma costituzionale del 2001)<sup>67</sup>.

---

<sup>67</sup> F. Gaboardi, *Profili di diritto contabile delle Regioni*, Giuffrè, Milano, 2003, 242 ss.

Se da un lato questo processo di “devoluzione sanitaria” è positivo, in termini di responsabilizzazione delle Regioni stesse, per altro verso si corre il rischio di mettere seriamente in discussione la coesione sociale dello Stato, a causa del moltiplicarsi di ordinamenti regionali<sup>68</sup>, magari tentando di vendere il tutto con una pseudo-etichetta di “federalismo sanitario”. Questo è un aspetto molto delicato e sarà onere della politica regolamentarlo, in modo da non snaturarne il significato espresso dalla volontà del legislatore costituzionale.

Alla centralità delle Regioni, però, bisogna aggiungere l'importanza che rivestono le politiche dell'Unione Europea, che vanno ad incidere in misura sempre maggiore sulle decisioni assunte in ambito nazionale e regionale. Questo accade, seppur indirettamente, anche in sanità, in quanto rileva la soggezione delle pubbliche amministrazioni ai principi dell'ordinamento comunitario a tutela della concorrenza, in particolar modo nell'attività di approvvigionamento di beni e servizi. Lo stesso Codice dei Contratti Pubblici, che va a disciplinare le procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici, e quindi anche quelli riguardanti le Aziende Sanitarie, è stato emanato in seguito al recepimento della direttiva europea 2004/18/CE.

Una domanda che molti si pongono. Perché si assiste da tempo ad un susseguirsi di riforme che hanno portato verso l'aziendalizzazione del sistema sanitario?

Gli interventi legislativi degli anni novanta si sono resi necessari per contenere la spesa sanitaria e per rendere più razionale il sistema. Non si vogliono negare gli indiscussi pregi della l. n. 833/1978, ma era indispensabile porre rimedio al suo limite più importante, cioè la mancanza di strumenti di governo del si-

---

<sup>68</sup> F. Gaboardi, *I conti della salute nell'amministrazione sanitaria. Efficienza, controllo e criticità*, in *contabilita-pubblica.it*, 2012.

stema. Ciò è avvenuto mettendo in primo piano i principi dell'autonomia funzionale e responsabilizzando economicamente i dirigenti rispetto alle attività svolte e al conseguente utilizzo delle risorse loro attribuite.

L'aziendalizzazione risale al riordino del 1992. Da quel momento l'azienda è divenuta la forma di gestione "tipizzata" dei soggetti erogatori pubblici del sistema sanitario.

Con la razionalizzazione del 1999, la conferma della personalità giuridica di diritto pubblico delle aziende sanitarie è accompagnata dall'assorbimento delle sei autonomie originariamente previste (organizzativa, amministrativa, patrimoniale, gestionale, tecnica e contabile) nell'unica autonomia imprenditoriale.

Questa si esplica nell'obbligo di adozione di un atto aziendale di diritto privato, che ne disciplina l'organizzazione ed il funzionamento, nella capacità di disporre del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, nel dovere di informare la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità, nonché di produttività, nella facoltà di sperimentare collaborazioni con soggetti privati, nel dovere di rispettare il vincolo di bilancio, nella capacità di agire, di regola, mediante atti di diritto privato<sup>69</sup>.

A questo punto si può azzardare una lettura critica del processo di aziendalizzazione sanitaria.

In particolare si vogliono mettere in luce, sullo stesso piano e senza pregiudizi di sorta, aspetti positivi e negativi che ha comportato l'introduzione di strumenti privatistici nella gestione aziendale. Partendo dai punti di forza, si individuano dei limiti che alcuni di questi strumenti hanno dimostrato, impedendo una piena attuazione delle riforme secondo le intenzioni del legislatore.

---

<sup>69</sup>V. Antonelli, *L'azienda sanitaria locale: struttura e funzioni*, in *amministrazioneincammino.luiss.it*, 2011.

*L'atto aziendale.*

Si può considerare la massima espressione dell'autonomia imprenditoriale, attraverso cui si può esprimere l'attitudine manageriale del vertice aziendale che va a delineare l'assetto organizzativo dell'azienda. La scelta di questo strumento di diritto privato ha consentito una maggior flessibilità nella gestione delle risorse, aumentando le possibilità di manovra nell'operare le scelte di organizzazione interna.

Bisogna precisare, però, che l'autonomia di cui godono le aziende sanitarie è da considerarsi puramente "strumentale", in quanto gli obiettivi di salute sono del tutto predeterminati, e le risorse a disposizione sono limitate. Inoltre gli atti aziendali devono essere conformi alle linee guida regionali, spesso formulate in modo dettagliato e conseguentemente molto vincolanti.

*La dirigenza medica.*

L'inquadramento nel ruolo unico di dirigenti ha comportato per i medici l'assunzione di responsabilità tipiche delle aziende, che fino ad allora non erano contemplate nel loro profilo professionale. Inoltre tutta la dirigenza è sottoposta alla verifica del raggiungimento degli obiettivi assegnati e alla valutazione del loro operato professionale.

Osservando la realtà dei fatti, si deve ammettere che questa convivenza tra professionalità sanitaria e capacità manageriale non si è mai realizzata pienamente, forse perché tanto le aziende sanitarie quanto i medici stessi non hanno creduto fino in fondo in questa possibilità.

*Le sperimentazioni gestionali.*

Le collaborazioni sperimentali con operatori privati sono nate dall'esigenza di apportare miglioramenti qualitativi nell'erogazione di prestazioni sanitarie attraverso una gestione più ma-



nageriale dell'offerta. Il meccanismo di "esternalizzazione" avrebbe potuto portare ad un incremento delle risorse finanziarie e tecnologiche disponibili, riuscendo a raggiungere *performance* altrimenti non realizzabili dal soggetto pubblico.

In alcuni casi il giudizio su tali sperimentazioni è sicuramente positivo, anche se risulta assai problematico poter effettuare un controllo sulla reale convenienza economica e sul miglioramento della qualità dell'assistenza. In altri casi, invece, la possibilità di collaborazione con il privato non è stata considerata positivamente dalle Aziende Sanitarie, intravedendo in essa non tanto un'opportunità, quanto un'apertura verso la strada della "privatizzazione *tout court*".

#### *L'attività contrattuale.*

Nonostante l'attribuzione dell'autonomia imprenditoriale alle Aziende Sanitarie, non è stato possibile sottrarre alle norme di diritto pubblico la formazione dei contratti per l'acquisto di beni e servizi, anche se di ammontare inferiore alla soglia stabilita a livello comunitario. È consentito, invece, il ricorso agli acquisti in economia, il cui vantaggio consiste nella possibilità di esperire una gara ufficiosa che consente risparmi in termini di tempo e costi.

Se questa possibilità costituisce un'alternativa alla stipulazione di un contratto sotto soglia, è pur vero che essa favorisce la frammentazione della competenza a contrattare fra le varie strutture operative delle Aziende Sanitarie. Onde evitare disfunzioni causate da un'insufficiente programmazione e per poter beneficiare delle "economie di scala", i recenti interventi normativi regionali si stanno orientando verso modelli di aggregazione degli acquisti.

#### *La contabilità.*

L'introduzione della contabilità economico-patrimoniale (contabilità analitica per centri di costo) ha consentito un'adeguata

responsabilizzazione delle Aziende Sanitarie all'utilizzo corretto delle risorse, in quanto il controllo autorizzativo preventivo delle spese è stato sostituito dal controllo economico complessivo sui risultati di gestione. La contabilità analitica per centri di costo va a cogliere gli aspetti economico-finanziari delle singole strutture interne all'azienda. Il *budget* garantisce un efficace coordinamento delle responsabilità decentrate, mettendo direttamente in relazione l'assegnazione delle risorse con il raggiungimento degli obiettivi (realizzando i principi del controllo gestionale di cui al cap. 6).

È stato osservato che fra gli operatori sanitari manca ancora un senso di collaborazione su questi aspetti gestionali, per cui il *budget*, in particolare, risulta essere uno strumento di non facile applicazione. Inoltre, questi strumenti contabili non sono indicatori della qualità delle prestazioni, ma il rischio di difendere solo un *budget* è quello di diminuire la reale capacità di governo dell'amministrazione<sup>70</sup>.

In ultima analisi, il fine istituzionale del servizio sanitario pubblico è, e rimane, la tutela della salute dell'individuo secondo i principi di universalità, uguaglianza ed equità di accesso alle prestazioni, costituzionalmente garantiti e protetti. Esso non è stato messo in discussione dalle riforme legislative che hanno riguardato il processo di "aziendalizzazione", né mai ciò potrà avvenire, in quanto la salute è un diritto soggettivo sancito e tutelato dalla Costituzione, come diritto del singolo e, di riflesso, interesse della collettività.

Pertanto la configurazione aziendale già delle Unità Sanitarie Locali rileva solo come strumento organizzativo, allo scopo di

---

<sup>70</sup> R. Cavallo Perin, relazione al seminario conclusivo del Master in Organizzazione e Gestione delle Risorse Umane svoltosi presso la Facoltà di Scienze Politiche dell'Università di Torino, Campus L. Einaudi, Torino, 27 aprile 2012.

rendere più flessibile il processo decisionale che concerne l'assetto dell'azienda.

In realtà, anche le possibilità di manovre organizzative delle singole ASL risultano spesso vincolate da una serie di fattori, tra cui spicca il ruolo della Regione nel determinare le linee guida per l'atto aziendale. Queste sono spesso formulate in modo molto dettagliato, incidendo in modo diretto sulla predisposizione degli atti e quindi limitando, di fatto, l'autonomia delle aziende sanitarie.

Ciò a cui si tende, in realtà, è un rinnovato "centralismo regionale", motivato sia dal meccanismo di finanziamento che dalla necessità di individuare un livello di responsabilità politica per il servizio erogato<sup>71</sup>. Forse la maturità verso una qualche forma di federalismo, magari di tipo cooperativo sul modello tedesco, non è ancora percepita seriamente dalla politica a livello nazionale. Infatti, tutte le volte che essa si muove in tal senso, finisce per andare, stranamente, nella direzione opposta.

A livello locale si trova conferma di quanto è stato già affermato. Infatti la Regione Piemonte ha avviato un riassetto del Servizio Sanitario Regionale disciplinando in modo puntuale la nuova geografia della sanità piemontese. Da ciò si desume l'intenzione di agire attraverso politiche uniformanti, controllate da un governo regionale forte, ma sempre nel rispetto dei principi "a Costituzione vigente".

Altri segni di centralismo regionale si possono trovare nelle stesse "linee guida" per l'adozione degli atti aziendali, concepite come uno schema rigido da cui non è possibile discostarsi, e nella potestà autorizzativa regionale dei programmi di sperimentazione gestionale, i cui progetti sono sottoposti ad un'attenta istruttoria da parte della Regione.

---

<sup>71</sup> A. Pioggia, M. Dugato, G. Racca, S. Civitarese Matteucci (a cura di), *Oltre l'aziendalizzazione del sistema sanitario*, Milano, 2008.

Inoltre, sono state recentemente istituite le “Federazioni sovrazionali”, con lo scopo principale di accentrare alcune funzioni (acquisti, logistica, affari legali, ecc.). Questi nuovi soggetti giuridici, controllati direttamente dalla Regione, svolgendo una serie di compiti che prima erano in capo alle ASL, conseguiranno probabilmente dei risparmi, ma ridurranno ulteriormente l'autonomia delle Aziende Sanitarie.

Il principio dell’“uniformità” opera come criterio di garanzia, mentre il principio “differenziazione” è da considerarsi funzionale al raggiungimento degli obiettivi di economicità, efficacia ed efficienza nell'erogazione dei servizi sanitari. Se si persegue il primo a scapito del secondo, il modello aziendale in sanità rischia di essere pressoché svuotato, e potrebbe prevalere la natura “evocativa” del processo di aziendalizzazione, essendo le ASL solo più aziende strumentali, con spazi molto circoscritti di reale autonomia.