

La sanità*

Guido Carpani

1. *L'azienda sanitaria e la sua governance*

L'evoluzione della organizzazione del servizio sanitario nazionale (Ssn) dalla sua nascita (legge 23 dicembre 1978, n. 833) ad oggi è stata caratterizzata da un progressivo accentramento della *governance* delle aziende sanitarie (prima unità sanitarie locali-Usl poi aziende sanità sanitarie locali-Ausl, ma le stesse considerazioni valgono per le aziende ospedaliere-Ao) nelle mani di una sola persona (il direttore generale) e da una dichiarata intenzione di sottrarre alla politica la gestione delle aziende stesse. Il processo, iniziato sulla fine degli anni '80, con la c.d. aziendalizzazione della loro gestione, ha caratterizzato in modo del tutto peculiare la riforma del 1992. L'Usl, «struttura operativa dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane» (art. 15, comma 1 della l. 833/1978), provvista originariamente (di almeno) due organi, l'uno di indirizzo (l'assemblea generale) e l'altro di gestione (il comitato di gestione), diviene nel 1992 «ente strumentale della regione» dotato «di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica» con il compito di provvede ad assicurare i livelli di assistenza «uniformi» (su tutto il territorio nazionale e di cui il Ssn si fa garante) nel proprio ambito territoriale con due organi: il direttore generale ed il collegio dei revisori (art. 3, commi 1, 2 e 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502). Il carattere aziendale dell'Usl, già affermato in sede di legge delega (23 ottobre 1992, n. 421, art. 1, comma 1, lett. *d*) e ripreso dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 (art. 4, comma 1, lett. *a*) accentua il carattere determinante della gestione incentrata in un unico organo: «tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza dell'Usl sono riservati al direttore generale» a cui spetta tra l'altro «verificare, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate nonché l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa» (comma 6 dell'art. 3 come risulta dalle modifiche apportate al decreto legislativo n. 502 dal ricordato d. lgs. 517/1993). La regionalizzazione del servizio sanitario, rafforzata dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, chiarisce il rapporto tra la regione e l'azienda sanitaria ed accentua il profilo aziendale della gestione di quest'ultima. Ai sensi dell'art. 3, comma 1 e dell'art. 8 *bis* del decreto legislativo n. 502 - come risultante dalle modifiche del 1999¹ - sono le regioni i titolari del servizio, mentre l'Usl (oramai Azienda unità sanitaria locale-Ausl) è un semplice erogatore, peraltro non esclusivo, delle

* Il saggio è in corso di pubblicazione nel Volume ASTRID, *La corruzione amministrativa. Cause, prevenzione e rimedi*, a cura di F. Merloni e L. Vandelli, Passigli, 2010

¹ D'ora in poi, il richiamo ad articoli e commi senza altra specificazione si deve intendere riferito al d.lgs. 502/1992 nel testo vigente a seguito delle modifiche ed integrazioni successivamente intervenute, fino ad oggi.

prestazioni². L'Ausl, dotata di personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale, si organizza attraverso un apposito «atto aziendale di diritto privato» adottato dal direttore generale, informa la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità ed è tenuta al rispetto del vincolo bilancio (art. 3 comma 1 *ter*). L'eliminazione della pregressa elencazione delle «sei autonomie» a favore di quella imprenditoriale accentua il carattere aziendale della responsabilità di chi la governa in ordine alla quantità e qualità dei servizi erogati. Al direttore generale spetta la nomina del direttore amministrativo e del direttore sanitario (art. 3, comma 1-*quinquies*), che lo coadiuvano nell'esercizio delle funzioni affidategli, come pure quella dei «responsabili delle strutture operative dell'azienda» (art. 3, comma 1-*quater*). L'attribuzione al direttore generale della gestione complessiva e di tutti i poteri di gestione non significa che questi sia l'unico ed esclusivo centro motore dell'azienda; piuttosto su di lui si concentra la responsabilità dell'andamento dell'azienda «riguardata nel suo insieme, negli aspetti più essenziali e strategici attinenti alla preordinazione di programmi, piani, obiettivi prioritari e relative risorse, ed al controllo dei risultati, al pari di ogni organo di vertice di amministrazioni pubbliche destinatarie della riforma di cui al decreto legislativo n. 165 del 2001»³. Il direttore generale ha funzioni di indirizzo dell'attività aziendale (si pensi alle nomine, ai piani, ai regolamenti ed all'atto aziendale) e talora di gestione. L'atto aziendale, espressione dell'autonomia organizzativa e funzionale dell'azienda nell'ambito dei principi e criteri fissati dalla regione (art. 2, comma 2-*sexies*, lett. *b*), esprime bene l'autonomia imprenditoriale di cui al comma 1-*bis* dell'art. 3. Esso determina il riparto di competenze tra le strutture aziendali e quindi l'ambito di responsabilità della dirigenza che vi è preposta; detta le regole organizzative; la missione dell'azienda. Un atto di organizzazione, strumentale alla assunzione di responsabilità per la gestione del direttore generale, che esprime bene «l'attitudine manageriale del vertice aziendale»⁴ che lo adotta e quindi la professionalità della dirigenza chiamata a rispondere, tramite la verifica dei risultati, degli obiettivi assegnati. L'atto aziendale funge da strumento duttile per calibrare, di volta in volta, a seconda della realtà amministrativa dell'azienda, dei bisogni di salute cui quest'ultima è chiamata a corrispondere, del contesto normativo regionale in cui opera, la distinzione tra indirizzo aziendale (proprio del direttore) e attività di gestione, adeguando il sistema organizzativo alle esigenze che mutano⁵.

2. La concentrazione dei poteri nelle mani del direttore generale

² C. Corbetta, Voce: *aziende sanitarie locali*, in *Dizionario di diritto pubblico*, diretto da S. Cassese, vol. I, Milano, Giuffrè, 2006, p. 629.

³ N. Speranza, *Il principio di distinzione tra compiti dell'organo di vertice e compiti della dirigenza nelle aziende sanitarie*, in «Sanità pubblica», fasc. n. 2 del 2002, p. 171.

⁴ B. Ponti, *L'atto aziendale e i vincoli regionali all'autonomia imprenditoriale delle Asl/AO: la differenziazione organizzativa come test del processo di aziendalizzazione*, in *Oltre l'aziendalizzazione del servizio sanitario. Un primo bilancio*, a cura di A. Pioggia, M. Dugato, G. Racca, S. Civitarese Matteucci, Milano, Franco Angeli, 2008, pp. 51-52 e 66 ss.

⁵ «Alla guida tramite procedure si sostituisce... quella basata sull'attribuzione di responsabilità: i singoli operatori dispongono di maggiore libertà d'azione salvo poi doverne rendere conto» (G. Sanviti, commento all'art. 3 bis, in *Il nuovo servizio sanitario nazionale*, a cura di F. Roversi Monaco, Rimini, Maggioli, 2000, p. 111).

L'organizzazione delle aziende sanitarie è del tutto peculiare e non trova analogie nell'ordinamento con riguardo alla concentrazione della *governance* nella figura di un (solo) organo monocratico. La disciplina delle agenzie recata dall'art. 8 del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300 prevede sì la figura del direttore generale con ampi poteri di gestione e relative responsabilità, ma ad essi si contrappongono precisi poteri ministeriali di vigilanza ed indirizzo che si sostanziano nell'approvazione degli atti principali, nella emanazione di direttive, nella possibilità di acquisire dati e notizie e di disporre di ispezioni per accertare l'osservanza delle prescrizioni impartite. Nelle agenzie fiscali⁶ al direttore, «scelto in base a criteri di alta professionalità, di capacità manageriale e di qualificata esperienza nell'esercizio di funzioni attinenti al settore operativo dell'agenzia», si affianca un comitato di gestione «composto da quattro membri e dal direttore dell'agenzia, che lo presiede». In questo caso però, a differenza di quanto si dispone in via generale per le agenzie dove il comitato coadiuva il direttore nell'esercizio delle sue funzioni, esso è chiamato deliberare sullo statuto, sui regolamenti e gli altri atti di carattere generale relativi al funzionamento dell'agenzia, sui bilanci preventivi e consuntivi, i piani aziendali e le spese che impegnano il bilancio dell'agenzia, anche se ripartite in più esercizi, per importi superiori al limite fissato dallo statuto. Il direttore sottopone alla valutazione del comitato di gestione le scelte strategiche aziendali e le nomine dei dirigenti responsabili delle strutture di vertice a livello centrale e periferico (artt. 67-68 del d. lgs. 300/1999). Una posizione, quella del comitato, non dissimile al consiglio di amministrazione dell'Agenzia del farmaco (art. 48, comma 4 del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269 convertito con modifiche dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, nonché art. 6 del decreto del ministro della salute 20 settembre 2004, n. 245), al quale sono affidati ampi poteri deliberativi.

3. *Il rapporto tra Regione e direttore generale*

3.1. *I presupposti per la nomina. Le disposizioni di legge*

La legge 30 novembre 1998, n. 419 qualifica il rapporto che intercorre tra il direttore e la regione «di natura privatistica e fiduciaria» (art. 2, comma 1, lett. u). La nomina regionale può cadere su quanti, a seguito di pubblicazione di apposito avviso, hanno mostrato interesse a ricoprire l'incarico e sono in possesso di un diploma di laurea e di una esperienza almeno quinquennale di direzione tecnica o amministrativa in enti, aziende, strutture pubbliche o private, in posizione dirigenziale con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, conseguita nei dieci anni precedenti la pubblicazione dell'avviso (art. 3-bis comma 3). L'art. 3 della l. 419/1998 (che modifica il comma 6 dell'art. 3), nel precisare che il provvedimento regionale di nomina non ha necessità di dare conto di «valutazioni comparative» tra gli aspiranti, conferma la necessità che sia adeguatamente motivato. La laurea «utile» per la nomina non deve necessariamente afferire ai settori giuridici o economici, o ancora a quelli sanitari, e l'esperienza di direzione può essere stata maturata in strutture di piccole dimensioni operanti in ambiti diversi (e

⁶ Anche l'Agenzia del demanio, trasformata in ente pubblico economico dal decreto legislativo 173/2003, ha un comitato di gestione con compiti deliberativi (art. 6, comma 5 dello statuto).

distanti) da quello sanitario. Si tratta quindi di una scelta scarsamente ancorata al possesso di specifiche competenze professionali; ne sia riprova che i «nominati ... devono produrre, entro diciotto mesi dalla nomina, il certificato di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria» organizzato dalla regione (art. 3-*bis* comma 4).

3.2 Limiti alla durata dell'incarico

Il rapporto di lavoro del direttore generale (al pari di quelli dei direttori amministrativo e sanitario) è regolato da un contratto di diritto privato di durata minima di 3 e massimo di 5 anni (art. 3-*bis*, comma 8). Se la soglia minima di durata del contratto garantisce al direttore generale un tempo congruo per il conseguimento degli obiettivi individuati al momento della nomina (o almeno di parte di essi)⁷ ed è presupposto per una verifica dei risultati non irragionevole, l'assenza di limiti alla durata del governo aziendale può consentire, nel tempo, il realizzarsi di una eccessiva contiguità tra il direttore e gli interlocutori privati dell'azienda, terreno fertile per il maturare di scelte non sempre scevre da condizionamenti e propizio al prevalere di interessi di parte, se non frutto di disegni corruttivi opposti all'interesse dell'amministrazione. La qualità e quantità dei poteri affidati al direttore gli consentono, infatti, di acquisire un peso, una visibilità ed una influenza nel contesto ove opera l'azienda in grado di configurarlo come un operatore rilevante nelle dinamiche che guidano l'acquisizione del consenso e la contemperazione degli interessi, insomma un attore rilevante nelle dinamiche politico-istituzionali ed economiche locali. In tale prospettiva, se suscita perplessità la scelta regionale di portare da 3 ad 1 anno la durata minima dell'incarico che costringe ad una verifica degli obiettivi «entro il secondo mese antecedente la scadenza dell'incarico»⁸, va valorizzata l'esperienza maturata nella legislazione regionale di limitare il numero degli incarichi di preposizione all'organo di direttore della stessa azienda sanitaria⁹. Il limite al numero dei mandati di direzione generale di una Ausl o Ao ovvero quello dettato alla durata complessiva dell'incarico relativamente alla stessa azienda può essere accompagnato dalla possibilità, per la regione, di non

⁷ Secondo dati recenti (C. Carbone, *La mobilità dei direttori generali*, in *Rapporto OASI 2003*, a cura di E. Anessi Pessina ed E. Cantù, Cergas, Milano, Egea, p. 333) la durata media della permanenza in carica di un direttore generale di una azienda sanitaria pubblica è di 3 anni e 3 mesi, «un orizzonte di gestione probabilmente troppo limitato, considerando i tempi necessari alla realizzazione di un “progetto di gestione” in aziende, come quelle sanitarie, caratterizzate da molteplici elementi di complessità e/o gli effetti di blocco dei progetti e delle innovazioni e l'emergere di atteggiamenti difensivi che accompagnano l'apertura della fase, spesso lunga, di incertezza sulla permanenza del DG in carica». Vedi anche Cons. di Stato, sez. V, 19 ottobre 2005, n. 5836 (in *Ragiusan* 2006, fasc. 265-266, p. 24).

⁸ L.r. Lombardia n. 33/2009, art. 12, commi 3 e 6.

⁹ Ad esempio l'art. 37 della l.r. Toscana 40/2005 introduce il limite dei 3 mandati consecutivi nello stesso incarico presso la medesima azienda; la durata di quest'ultimo non può comunque superare i 10 anni complessivi (comma 7 aggiunto dall'art. 37, comma 4 della l.r. 60/2008); l'art. 19, comma 1 della l.r. Sicilia 14 aprile 2009 fissa il limite di un solo rinnovo, nella stessa azienda, per la durata del primo mandato (triennale) di direttore generale.

privarsi di un «manager sperimentato» che ha dato buona prova di sé, chiamandolo a dirigere altra struttura sanitaria¹⁰.

3.3 Fiduciarità del rapporto e professionalità del direttore

Il rapporto instaurato tra il direttore e la regione è caratterizzato da rilevanti profili di fiduciarità. Il potere di nomina è attribuito ad un organo politico, senza che il relativo provvedimento preveda una scelta condizionata da valutazioni tecniche. La scelta si basa (con prevalenza più o meno determinante) sulla affidabilità del candidato, con l'obiettivo di dar vita a un rapporto essenzialmente collaborativo che richiede non tanto (o non solo) una particolare qualificazione professionale del prescelto, e quindi una guida esclusivamente «tecnocratica» dell'azienda, quanto piuttosto (o altresì) una direzione «affidabile» e quindi fiduciaria secondo una logica non distante dalle regole privatistiche della gestione aziendale: è nominato chi si ritiene idoneo ad attuare l'indirizzo politico della regione e tale nomina è «manifestazione della potestà di indirizzo e di governo della regione nel settore sanitario»¹¹, coerentemente con la natura sub-regionale dell'azienda. La fiduciarità del rapporto, giustificata dalla responsabilità e regionale di erogazione del contenuto necessario e sufficiente dell'obbligo di servizio pubblico sanitario (individuato dai LEA)¹², può essere terreno fertile per una utilizzazione degli ampi poteri del direttore non rispettosa delle regole della imparzialità e della buona amministrazione, nonchè per la formulazione, da parte dei preposti agli organi regionali, di richieste al *management* aziendale tese a compiere scelte o tenere comportamenti gestionali contrari alla legge. Nella prospettiva di rafforzare il carattere professionale della figura del direttore generale senza ridurre totalmente lo spazio di libera scelta della regione, può essere riproposta¹³ la istituzione di un elenco nazionale di aspiranti alla carica di direttore generale tenuto ed aggiornato sulla scorta di valutazioni trasparenti ed imparziali, al quale fare accedere chi è in possesso di specifici requisiti professionali e culturali¹⁴. La scelta del direttore

¹⁰ L'art. 7, comma 3-bis della l.r. 31/1997, della regione Lombardia consente alla giunta di modificare gli incarichi conferiti ai direttori generali di giunte sanitarie «quanto alla sede di assegnazione» dando vita ad una mobilità interaziendale obbligatoria per il direttore «contrattualizzato» (la mancata accettazione del reincarico su altra azienda dopo l'originario contratto costituisce giustificato motivo per la risoluzione del contratto).

¹¹ R. Ferrara, *Organizzazione e principio di aziendalizzazione nel servizio sanitario nazionale: spunti problematici*, in *La dirigenza sanitaria. Amministrativisti e lavoratori a confronto*, a cura di C. Bottari e P. Tullini, Rimini, Maggioli, 2004, Quaderni della Spisa n. 14, p. 65.

¹² N. Aicardi, *La sanità*, in *Trattato di diritto amministrativo*, a cura di S. Cassese, *Diritto amministrativo speciale*, tomo I, *Le funzioni di ordine, le funzioni di benessere*, Milano, Giuffrè, 2003, p. 657.

¹³ Art. 3, comma 10, del d. lgs. 502/1992 poi riformulato dall'art. 4 del d. lgs. 517/1993 ed abrogato dall'art. 1 del decreto-legge 512/1994.

¹⁴ Art. 4 dell'AS 1954, Disegno di legge di iniziativa dei Sen. Marino ed altri recante *Disposizioni in materia di sicurezza e qualità dell'assistenza sanitaria* (23 dicembre 2009). Non mancano regioni (vedi recentemente la l.r. Puglia 4/2010) che hanno istituito un elenco di candidati regionali idonei a ricoprire l'incarico di direttore generale di aziende o istituti del servizio sanitario regionale-Ssr; gli idonei debbono partecipare ad un corso di formazione manageriale per potere divenire «nominabili» (art. 24).

rimane regionale, l'amministrazione centrale si fa solo carico di selezionare, tra gli aspiranti, coloro che posseggono i requisiti (minimi?) di competenza e le capacità indispensabili per assolvere all'incarico, nonché verificare che tali requisiti non vengano meno nel tempo. Una sorta di verifica della «legittimazione professionale» di chi aspira a ricoprire il ruolo di direttore generale per evitare che l'incapacità di un preposto delegittimi la funzione in quanto tale, un contributo al «consolidarsi di un ceto professionale di manager pubblici che sembrano avere focalizzato le proprie competenze nella conduzione delle aziende sanitarie pubbliche»¹⁵. L'elenco unico nazionale amplia altresì lo spettro regionale della scelta (non limitata ai soli aspiranti regionali) e facilita una sorta di mobilità interregionale dei direttori. I criteri per l'accesso e l'aggiornamento dell'elenco nazionale possono altresì tenere conto degli esiti della valutazione dell'operato dei direttori (che spetta alle regioni) e rilevare in occasione del rinnovo dell'incarico o della preposizione ad altra azienda.

3.4 Incompatibilità e ineleggibilità

La legge disciplina in modo puntuale le cause di incompatibilità con l'incarico di direttore generale e quelle di ineleggibilità conseguenti ad averlo ricoperto (artt. 3-*bis* comma, 10 e 3, comma 9). Nel primo caso si tratta di disposizioni pubbliciste che pongono limiti «esterni» all'autonomia negoziale che sta alla base del contratto di diritto privato tra la regione e il direttore: «la carica di direttore generale è incompatibile con la sussistenza di altro rapporto di lavoro, dipendente o autonomo». Altre ragioni di incompatibilità muovono dalla necessità di salvaguardare la terzietà del direttore rispetto alle formazioni politiche locali e nazionali (art. 3, comma 9: «la carica di direttore generale è incompatibile con quella di membro del consiglio e delle assemblee delle regioni e delle province autonome, di consigliere provinciale, di sindaco, di assessore comunale, di presidente o di assessore di comunità montana, di membro del parlamento»¹⁶) o di evitare conflitti (anche solo potenziali) che possono sorgere in presenza di interessi economici privati contrapposti a quelli aziendali. Come accade allorchè si operi nell'ambito Ssr sotto il controllo o la vigilanza dell'azienda («l'esistenza di rapporti anche in regime convenzionale con la Usl presso cui sono esercitate le funzioni») o in presenza di posizioni giuridiche soggettive di vantaggio (in ragione di consulenze o altri rapporti economici: si pensi, ad es. ai contratti di forniture) originante da operatori che «svolgono attività concorrenziali» con l'azienda, nel senso, probabilmente, di rivestire la figura di erogatori (a carico del Ssn) di prestazioni che ben potrebbero essere rese dall'azienda stessa. Si tratta di ragioni di incompatibilità non differenti da quelle dettate per i dipendenti pubblici legati da un tipico «rapporto professionale» con la p.a.¹⁷ e tese ad evitare conflitti di interesse, disfunzioni e inconvenienti pregiudicanti il buon andamento dell'amministrazione pubblica o a contravvenire al vincolo di

¹⁵ M. Del Vecchio, C. Carbone, *Stabilità aziendale e mobilità dei Direttori Generali nelle aziende sanitarie*, in *Rapporto OASI 2002*, a cura di E. Annesi Pessina e E. Cantù, Cergas, Milano, Egea, p. 270.

¹⁶ Rimangono esclusi dagli incarichi incompatibili, senza apparente motivo, quelli di assessore regionale e provinciale.

¹⁷ Artt. 53 del decreto legislativo 165/2001 e successive modifiche e integrazioni e 60 del decreto del Presidente della Repubblica 3/1957.

esclusività del rapporto. Il comma 9 dell'art. 3 reca altresì una causa di non nominabilità (per colui che, candidatosi, non sia stato eletto), limitatamente alle Usl «comprese, in tutto o in parte, nel collegio elettorale nel cui ambito si sono svolte le elezioni»; essa opera nei 5 anni dallo svolgimento delle elezioni stesse. Ciò «a garanzia dell'immagine di imparzialità del direttore generale, che non può essere visto, questa volta dal cittadino utente del servizio sanitario, come uomo evidentemente legato ad una parte politica»¹⁸. Seguono infine cause di ineleggibilità a salvaguardia del libero convincimento dell'elettore che potrebbe subire condizionamenti da chi – per l'esercizio della funzione di direzione dell'azienda sanitaria – detiene notevoli ed importanti poteri in ordine a scelte che possono risultare rilevanti per il personale aziendale, per i fornitori e soggetti privati che, pur sotto il controllo e la vigilanza dell'Usl, concorrono all'erogazione dell'assistenza sanitaria a favore dei cittadini del territorio, nonché per le scelte compiute in ordine alle modalità erogative delle prestazioni. Gli «assistiti» dell'Usl sono infatti gli stessi cittadini elettori e le prestazioni ad essi erogate non solo assicurano il rispetto del diritto alla salute (art. 32 Cost.), ma consentono di rimuovere gli (eventuali) ostacoli che si frappongono all'effettiva partecipazione (di tutti) alla vita sociale, economica e politica del paese (art. 3, comma 2, Cost.).

La disciplina vigente andrebbe piuttosto completata con disposizioni volte a limitare l'assunzione di incarichi presso i referenti pubblici o privati dell'azienda al momento della cessazione dell'incarico di direzione di quest'ultima. Si tratta di estendere all'ex direttore generale, per un circoscritto periodo (da 1 a 3 anni), le limitazioni all'autonomia negoziale già previste in vigenza del contratto di lavoro con l'azienda relativamente a consulenze, collaborazioni, rapporti di lavoro e professionali a favore di soggetti privati che abbiano (o abbiano avuto) una qualche relazione economica (contratti, convenzioni, strutture accreditate o convenzionate, ecc.) con l'Ausl o l'Ao, ovvero con associazioni di categoria di imprese (ad es. farmaceutiche), di professionisti (medici, infermieri, ecc.) o comunque rappresentative del personale dipendente e di chi svolge attività libero professionale (si pensi a medici e pediatri di base) in favore dell'azienda sanitaria.

La disciplina degli incarichi successivi al termine dello svolgimento della funzione (c.d. *pantouflage*) potrebbe riguardare non solo il direttore generale ma anche i direttori amministrativo e sanitario.

3.5. La procedimentalizzazione delle scelte aziendali. Il ruolo dei direttori sanitario ed amministrativo

Nella diversa prospettiva di operare all'interno dell'azienda, così da limitare la discrezionalità delle scelte del direttore generale e di concorrere all'assunzione di scelte ponderate, legittime e trasparenti, possono essere valorizzate le figure dei direttori sanitario e amministrativo¹⁹. Essi,

¹⁸ F. Merloni, *Gli incarichi dirigenziali nelle Asl tra fiduciarità politica e competenze professionali*, in *Oltre l'aziendalizzazione del servizio sanitario. Un primo bilancio* (a cura di A. Pioggia, M. Dugato, G. Racca, S. Civitarese Matteucci), cit., p. 104.

¹⁹ I direttori amministrativo e sanitario insieme al direttore generale danno vita alla direzione strategica, anello di congiunzione tra il livello politico regionale e il nucleo operativo dell'azienda a cui spetta definire la strategia aziendale

fermo restandone la scelta ad opera del direttore generale, dovrebbero essere tratti dalle fila della dirigenza pubblica o comunque strutturata dell'azienda (per rafforzare l'autonomia), e solo ad essi, salvo ipotesi eccezionali, dovrebbe essere riservato il potere di proposta degli atti di gestione di competenza del direttore generale. Tale proposta, fatta salva la piena disponibilità e responsabilità del direttore a cui si rivolge in ordine alle scelte aziendali, concorre a procedimentalizzare le scelte di gestione consentendo ponderazione e visibilità delle ragioni che le hanno orientate ed una corresponsabilità, sia dal punto di vista della legittimità che della opportunità, dei «dirigenti proponenti» in ordine alle definitive determinazioni assunte. Un obiettivo, quello della corresponsabilità, più facilmente conseguibile nel caso in cui la scelta dei preposti alle direzioni sanitarie ed amministrative dovesse rivolgersi (solo) alla dirigenza strutturata dal Ssn.

3.6. La verifica dei risultati

Poiché all'atto della nomina a ciascun direttore la regione assegna «aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, con riferimento alle relative risorse, ferma restando la piena autonomia gestionale dei direttori stessi» (art. 3-bis, comma 5) tali criteri devono essere determinanti già alla prima verifica prevista «trascorsi diciotto mesi dalla nomina», che sarà condotta sentito il parere del sindaco o della conferenza dei sindaci o ancora della conferenza per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria nel caso di azienda ospedaliera: si tratta infatti di una tappa determinante nel rapporto del direttore con la regione che deve procedere o meno alla conferma nel nominato entro i tre mesi successivi (quindi entro 21 mesi dalla nomina) (art. 3-bis, comma 6). I tempi della «prima verifica», il coinvolgimento degli enti locali nella procedura che dovrà chiudersi con la conferma o la cessazione del rapporto, la necessità di predeterminare i criteri della valutazione, sono aspetti che il legislatore delegato sottrae alla autonomia regionale ed alla dinamica del rapporto fiduciario con il direttore. Essi inducono la regione ad esplicitare gli obiettivi assegnati al «proprio» direttore così da coinvolgere nella verifica dei risultati attesi anche gli enti locali, generalmente esclusi, dalla riforma del 1992, dalla gestione del servizio sanitario e «rimessi parzialmente in gioco» nel 1999. L'esplicitazione degli obiettivi convenuti tra le parti così che, in caso di una eventuale sua risoluzione (mancata riconferma), il contraente «più debole» (il direttore generale) possa chiedere ragione del «licenziamento anzitempo» e quindi attivare una tutela in caso di decisione immotivata o pretestuosa concorre a «correggere» un rapporto instauratosi su prevalenti profili di fiduciarità. «Una fondamentale e imprescindibile istanza di garanzia insita in tutti i procedimenti basati su poteri discrezionali suscettibili di estrinsecarsi con provvedimenti restrittivi della sfera giuridica dei destinatari; un'istanza che va salvaguardata anche in mancanza di espressa enunciazione normativa»²⁰. Sulla scorta dello stesso ragionamento va rafforzato il carattere

e facilitarne l'implementazione da parte dell'organizzazione: C. Carbone, *La mobilità delle direzioni strategiche delle aziende sanitarie*, in *Rapporto OASI 2008. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, a cura di E. Anessi Pessina ed E. Cantù, Cergas, Milano, Egea, p. 287.

²⁰ N. Speranza, M. Ricciardi, *Il rapporto di lavoro del direttore generale e dei direttori sanitario ed amministrativo*, cit., in S. Dragonetti, A. Pozzi, M. Ricciardi, N. Speranza, *Il personale delle aziende sanitarie*, Milano, Giuffrè, 2002², p. 38, dove si sostiene altresì che quella del direttore sarebbe una posizione di interesse legittimo di fronte ai provvedimenti sanzionatori assunti dalla regione in base a poteri di ampia discrezionalità.

tecnico e trasparente del procedimento di tale verifica così da poter trarre da quest'ultima utili elementi per misurare l'effettiva capacità manageriale del direttore generale sulla base dei risultati conseguiti evitando una loro impropria utilizzazione, da parte della regione, per motivare la conferma o la risoluzione dell'incarico. Una garanzia per il direttore sottoposto a valutazione che lo aiuta ad essere meno vulnerabile alle esigenze o pressioni del contesto politico ed istituzionale a cui si rapporta. La Regione potrebbe decidere di supportare l'esercizio delle proprie competenze in ordine alla verifica dei risultati di gestione, con la creazione di una apposita struttura imparziale, dotata di spiccate competenze tecniche (stante la pluralità dei piani rispetto ai quali è possibile apprezzare i risultati conseguiti dalle aziende sanitarie pubbliche) a cui demandare la misurazione delle *performance* e dei risultati di gestione conseguiti rispetto agli obiettivi individuati. Qualora il legislatore statale rendesse obbligatoria tra le regioni una tale soluzione organizzativa (attraverso la fissazione di un puntuale principio fondamentale della materia «tutela della salute», ai sensi dell'art. 117, comma 3, Cost.), tale organismo potrebbe proporsi come interlocutore capace di concorrere alla selezione di metodologie condivise (a livello interregionale), sia per l'individuazione degli obiettivi che per la misurazione dei risultati (alla pluralità dei ricordati piani conseguiti, infatti, la difficoltà di determinare sistemi condivisi di misurazione dei risultati)²¹ presupposto per consentire valutazioni comparative omogenee sulla cui scorta impostare una utile mobilità dei direttori tra le varie regioni. In tale dinamica potrebbe essere recuperato e meglio precisato il ruolo degli enti locali nell'ambito del procedimento di valutazione. Il loro «parere» potrebbe consentire di fare emergere il grado di soddisfazione dell'utenza rispetto alle esigenze di salute della popolazione, all'effettiva erogazione delle prestazioni dei LEA, al grado di integrazione tra i servizi sanitario e sociale. Se la prevista predeterminazione degli obiettivi non mette al riparo da una loro individuazione astratta, tale da rimettere sostanzialmente alla discrezionalità della regione (competente sia alla nomina che alla valutazione dei risultati) la scelta sulla prosecuzione o meno del rapporto sulla scorta di valutazioni diverse dai risultati conseguiti rispetto alle attese, è pur vero che non vi sono alternative alla strada scelta del legislatore, che si dimostra l'unica idonea ad impostare una valutazione discrezionale ma non arbitraria.

D'altra parte, il rafforzamento del carattere tecnico e professionale della figura del direttore generale, è una via obbligata per le regioni. La Corte costituzionale infatti²², mostrando di non aderire a ricostruzioni del rapporto tra regione e direttore generale basate solo su vincoli fiduciari e quindi tese a fare cessare l'incarico conferito al primo allo scadere degli organi regionali che ne operarono la proposizione al governo dell'azienda²³, accentua la natura tecnica dell'attività aziendale, la necessità di salvaguardare il cittadino utente da scelte di gestione irrazionali o aliene

²¹ M. Del Vecchio, M. Barbieri, *I processi di valutazione dei direttori generali delle aziende sanitarie pubbliche: primi spunti di ricerca*, in *Rapporto OASI 2001*, a cura di E. Annesi Pessina ed E. Cantù, Cergas, Milano, Egea, p. 169.

²² Corte costituzionale, sent. n. 104 del 2007, n. 351 del 2008 e 34 del 2010 (il testo delle prime due decisioni è rinvenibile in *Giurisprudenza costituzionale*, fasc. n. 2 del 2007, pp. 1017 ss. e fasc. 5 del 2008, pp. 3865 ss).

²³ Si tratta della legislazione regionale sullo *spoils system*: Regione Lazio, art. 55, comma 4 dello statuto approvato l'11 novembre 2004 e art. 71 della l.r. 17 febbraio 2005, n. 9; Regione Calabria, art. 50, comma 6 dello statuto approvato il 19 ottobre 2004 e art. 1 della l.r. 3 giugno 2005, n. 12; Regione Abruzzo, art. 1 della l.r. 12 agosto 2005, n. 27. Non mancano ipotesi di *spoils system* mascherato (M. Perrone, *Spoil system delle Asl a giudizio*, in *Il sole 24 ore*, 11 febbraio 2010, p.35): Legge regionale Abruzzo 26 settembre 2009, n. 17, art. 5, comma 1 e legge regionale Sardegna 7 agosto 2009, n. 3, art. 12, comma 8.

dai vincoli d'imparzialità e buon andamento che potrebbero essere conseguenti a forme di irragionevole precarietà o di totale dipendenza politica del vertice aziendale. Insomma una linea ricostruttiva non estranea alla (pregressa) giurisprudenza della Corte che aveva sottolineato la interferenza reciproca tra «diritti» ed «organizzazioni» predisposte per la loro soddisfazione, così che «l'organizzazione deve considerarsi anche sul lato funzionale esterno, coinvolgente i diritti e incedente su di essi»²⁴.

4. Scelte gestionali

4.1. La valorizzazione della risorse interne dell'azienda

Venendo alle proposte riguardanti l'organizzazione della azienda si deve riprendere quanto osservato sul ruolo dell'atto aziendale di diritto privato in ordine all'organizzazione e al funzionamento dell'azienda (art. 3, comma 1-*bis*). La sua idoneità di ripartire le competenze tra le strutture aziendali e a individuare, di conseguenza, le responsabilità, ne fa uno strumento idoneo a promuovere una sorta di de-concentrazione delle competenze gestionali del direttore generale ed a promuovere una equilibrata distribuzione delle responsabilità. Si tratta di un obiettivo teso a produrre un coinvolgimento della c.d. dirigenza *professional* nelle scelte manageriali²⁵, a valorizzare i vari centri di responsabilità (e competenza) attraverso procedure definite, anche al fine di contrastare comportamenti antiggiuridici o comunque non informati al rispetto delle disposizioni di legge e delle regole della buona gestione. Insomma, se si deve tenere fermo il passaggio da una direzione collegiale dell'azienda ad un organo monocratico dotato di ampi poteri, almeno si induca quest'ultimo a valorizzare le risorse (gruppo dirigente) presenti in azienda, affidando alle varie strutture organizzative adeguati spazi decisionali o acquisendone le professionalità attraverso il loro coinvolgimento nei processi decisionali più importanti e «sensibili». In tale senso si muove il comma 12 dell'art. 3 allorquando prevede l'obbligatorietà della consulenza tecnica sanitaria del Consiglio sanitari, tra l'altro, per gli investimenti decisi dal direttore generale relativamente alle attività tecnico-sanitarie.

Nella medesima prospettiva non va scartata la proposta di accrescere il ruolo del collegio di direzione che, ai sensi dell'art. 17, oggi coadiuva il direttore generale nel governo delle attività cliniche, nella programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e nell'alta integrazione sanitaria, nell'organizzazione e sviluppo dei servizi, nell'utilizzo delle risorse umane, e concorre alla predisposizione dei programmi formativi, alla definizione delle soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria, nonché alla valutazione dei risultati

²⁴ Corte costituzionale, sent. 27 novembre 1998, n. 383, in *Giurisprudenza costituzionale*, fasc. n. 6 del 1998 p. 3323.

²⁵ Ciò vale anzitutto per le professionalità sanitarie: «resta da chiedersi se l'idea di garantire il diritto alla salute insieme all'efficienza attraverso la convivenza della professionalità sanitaria con la capacità gestionale sia ancora una soluzione sulla quale vale la pena investire. » A. Pioggia, *Il ruolo del top management e della dirigenza di linee di sanità modelli di distribuzione del potere decisionale negli atti aziendali*, in *Oltre l'aziendalizzazione del servizio sanitario. Un primo bilancio*, cit., p. 99.

conseguiti rispetto agli obiettivi. Tale organismo, composto dai vertici delle strutture aziendali, potrebbe infatti, opportunamente potenziato, «svolgere un ruolo di utile controllo sull'azione della direzione aziendale e sulle conseguenze di una sua eccessiva politicizzazione»²⁶.

4.2. La gestione centralizzata degli approvvigionamenti

Segue la stessa logica di de-concentrazione delle competenze del direttore generale, ma questa volta per portarle fuori dal perimetro aziendale, anche l'introduzione di forme strutturate di gestione degli approvvigionamenti delle aziende sanitarie e la previsione di processi di cooperazione, più o meno obbligatori, tra le aziende d'una medesima regione per l'esercizio di tale attività.

Si tratta di un fenomeno che si sta diffondendo in gran parte dei Ssr²⁷, sia sulla scorta di puntuali recenti indicazioni del legislatore statale²⁸, che per effetto dei precipui impegni assunti nelle regioni che hanno sottoscritto i c.d. piani rientro. Sotto il profilo organizzativo si va dalle unioni facoltative di acquisto tra aziende sanitarie, alla creazione di veri e propri enti autonomi, sotto il profilo gestionale, per la gestione accentrata delle procedure di approvvigionamento²⁹. All'aggregazione della domanda dovrebbe accompagnarsi lo sforzo di professionalizzare gli operatori, puntando alla configurazione di vere e proprie figure di *buyer* pubblico (con necessità di specifica formazione), all'adozione di metodi e tecniche di valutazione dei beni e servizi da acquisire (*health technology assessment*), alla integrazione tra acquisti e logistica (piattaforma *e-health* e mandato elettronico). L'obiettivo è quello di contenere la spesa: alla riduzione del prezzo, che dovrebbe conseguire all'aumento di volume di beni/servizi richiesti ed al potere contrattuale della stazione appaltante, si dovrebbe aggiungere la riduzione dei costi - personale, tempi, numero di gare effettuate, ecc. - per l'espletamento delle connesse attività. È stato altresì sottolineato come un'efficace programmazione della spesa ne consenta un governo razionale, evitando proroghe e rinnovi di contratti (si pensi alla c.d. clausola di estensione che consente all'ente che ha effettuato una gara per un certo importo e con qualificazioni ad esso rapportate di estendere il contratto ad altra azienda) o illegittimi frazionamenti degli importi (per sottrarsi a gare formali) se non in casi del tutto eccezionali.

²⁶ C. De Pietro, A. Prenestini, *Governance professionale nelle aziende sanitarie pubbliche: il ruolo del Collegio di direzione e del Consiglio dei sanitari*, in *Rapporto OASI 2008*. Cergas, Milano, Egea, p. 323. Ruolo e funzioni del collegio di direzione sono valorizzati dal progetto di legge in materia di governo delle attività cliniche approvato (in testo unificato) in sede referente dalla Commissione affari sociali della Camera il 27 aprile 2010.

²⁷ M. Brusoni, M. Marsilio, *La gestione centralizzata degli approvvigionamenti nei sistemi sanitari regionali*, in *Rapporto OASI 2007*, Cergas, Milano, Egea; M. Brusoni, G. Cappellaro, M. Marsilio, *Processi di accentramento degli approvvigionamenti in sanità: una prima analisi di impatto*, in *Rapporto OASI 2008*, Cergas, Milano, Egea.

²⁸ Art. 1, comma 158 della legge finanziaria per il 2006 (legge 23 dicembre 2005, n. 266) e art. 1, commi 449 e 455 della legge finanziaria per il 2007 (legge 27 dicembre 2006, n. 296).

²⁹ *La sanità come volano dello sviluppo economico* (a cura di M. Frey, M. Meneguzzo, G. Fiorani), Edizioni ETS, Pisa 2010, p. 240.

La creazione di centrali di committenza, consentendo il maturare in essa di una specializzazione nelle procedure di acquisizione dei beni e servizi, le rende capaci di opporsi, grazie alle competenze possedute, ad indebite pressioni; il più ampio volume degli acquisti da conseguire, in ragione del servizio reso a più aziende sanitarie, insieme alla riduzione e razionalizzazione delle “stazioni appaltanti” consente di approntare procedure trasparenti (o di concentrare gli sforzi per realizzarle), presupposto di un loro controllo più efficiente, riducendo l’incidenza di comportamenti opportunistici o difformi dalla normativa e dalla disciplina del codice degli appalti (decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163).

Il mancato rispetto delle regole e la presenza di corruzione concorrono altresì ad una sleale alterazione delle condizioni concorrenziali. «L’esistenza di imprese che beneficiano della *maladministration* può uccidere le imprese oneste, costringendole ad uscire dal mercato»³⁰. La semplificazione delle procedure, la pubblicità dei bandi/avvisi di gara, degli aggiudicatari e dei partecipanti alla stessa, dell’inizio dell’esecuzione del contratto e della sua durata, delle sospensioni e varianti concesse, dei subappalti, della gestione del contenzioso accompagnato da un sistema di qualificazione degli operatori economici basato su parametri oggettivi sono il presupposto di un sistema dove si realizza l’equo bilanciamento tra l’esigenza di flessibilità della domanda ed il rispetto dei fondamentali principi di parità, trasparenza e concorrenza³¹.

³⁰ Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, *Relazione annuale 2009*, p. 208.

³¹ Cfr. art. 9 della Convenzione contro la corruzione, adottata dalla assemblea generale dell'ONU il 31 ottobre 2003 con risoluzione n. 58/4, ratificata dalla legge . 3 agosto 2009, n. 116 che ne ha altresì dato esecuzione nel nostro ordinamento.