

FLESSIBILITÀ ORGANIZZATIVA ED EFFICIENZA DELLE AZIENDE SANITARIE. UNA ANALISI DELLA RELAZIONE TRA ATTO AZIENDALE E LINEE GUIDA REGIONALI.

Benedetto Ponti

SOMMARIO: 1. Atto aziendale e flessibilità organizzativa nel processo di aziendalizzazione – 1.1. Il ruolo dell’atto aziendale di diritto privato – 1.2. Il rapporto con le fonti pubblicistiche dell’atto aziendale in regime privatistico – 1.3. L’atto aziendale come principale espressione del ruolo manageriale del vertice aziendale – 2. L’atto aziendale come fonte di autonomia organizzativa ed i suoi limiti: i vincoli all’autonomia imprenditoriale delle aziende – 2.1. I vincoli indiretti – 2.2. I vincoli diretti – 3. Differenziazione aziendale e differenziazione regionale – 4. Le chiavi di lettura per l’analisi delle linee guida regionali e degli atti aziendali: differenziazione regionale vs differenziazione aziendale – 4.1. I punti di verifica – 4.2. Il ruolo peculiare delle linee guida per l’adozione dell’atto aziendale – 4.3. L’effettività dei vincoli posti dalle linee guida: le verifiche di conformità – 5. Le evidenze emergenti dall’analisi: modelli flessibili, uniformi e rigidi – 5.1. I vincoli ad effetto (potenzialmente) “flessibilizzante”: la formulazione di principi e criteri guida “a maglie larghe” – 5.2. I vincoli ad effetto “irrigidente”: formalizzazione di schemi di atto aziendale e pervasiva formulazione dei contenuti – 5.3. I vincoli ad effetto “uniformante”: i contenuti obbligatori – 5.4. I meccanismi di verifica di congruenza degli atti aziendali rispetto alle linee guida, come fattori di irrigidimento/flessibilizzazione – 5.5. La differenziazione degli atti aziendali rispetto alle linee guida – 5.6. La differenziazione tra gli atti aziendali – 5.7. L’autoirrigidimento organizzativo – 6. Vincoli regionali e processo di aziendalizzazione: quali esiti in termini di efficienza organizzativa? – 6.1. L’uniformità degli assetti organizzativi come sintomo della relazione di strumentalità tra aziende sanitarie e regione – 6.2. Il rischio d’irrigidimento (a fini di controllo politico/burocratico/organizzativo) a discapito dell’efficienza organizzativa – 6.3. Vincoli regionali, modelli organizzativi ed efficienza dei servizi sanitari regionali: alcune evidenze (e corrispondenze) empiriche.

1. Atto aziendale e flessibilità organizzativa nel processo di aziendalizzazione

1.1. Il ruolo dell’atto aziendale di diritto privato

L’atto aziendale di diritto privato¹ costituisce uno strumento di

¹ Per una panoramica su ruolo, funzione e natura giuridica dell’atto aziendale – tutti elementi controversi nei primi commenti della dottrina – si v. no G. CILIONE, M. G. CAVALLARI (a cura di), *L’atto aziendale di organizzazione e funzionamento delle aziende sanitarie*, Bologna, 2002; A. CAPPUCCI, *La configurazione giuridica delle aziende sanitarie e loro profili autonomistici*, in *Sanità pubbl.*, 2001; R. BALMA, *L’atto aziendale nei primi*

fondamentale importanza nell'economia del processo di aziendalizzazione, da intendersi come processo di riforma finalizzato a conseguire migliori *performance* in termini di efficacia ed efficienza delle aziende pubbliche del servizio sanitario. In effetti, è innanzitutto nella scelta di questa tipologia di strumento organizzativo che risiede la possibilità di introdurre nel sistema di produzione/erogazione delle prestazioni sanitarie gli *elementi di flessibilità* necessari a rendere concretamente praticabile una gestione economica, efficiente ed efficace delle risorse (umane, organizzative e finanziarie). D'altra parte, il ricorso a strumenti organizzativi (e di gestione dei rapporti di lavoro) di natura privatistica costituisce un tratto particolarmente qualificante del vigente modello di organizzazione sanitaria.

Infatti, per quanto concerne la generalità delle pubbliche amministrazioni, il ricorso a strumenti organizzativi e gestionali disciplinati dal diritto privato – pure così importanti, quasi simbolici, nell'economia delle riforme amministrative degli anni novanta – riguarda pur sempre solo *una quota* del disegno organizzativo complessivo, ovvero, “le determinazioni per l'organizzazione degli uffici e le misure inerenti la gestione dei rapporti di lavoro [...] assunte dagli organi dirigenziali”² (la c.d. “micro” organizzazione), mentre le linee fondamentali di organizzazione e gli uffici di maggiore rilevanza (la “macro” organizzazione) restano disciplinati, nel quadro dei principi generali fissati dalla legge, con atti organizzativi di natura pubblicistica (regolamenti di organizzazione, atti amministrativi generali di organizzazione, etc.).

Diversamente, nel processo di aziendalizzazione l'*intera organizzazione* delle aziende sanitarie è definita *con atti di natura privatistica*³.

indirizzi applicativi, in *Pol. sanitarie*, 2001; G. BALZARLO, L. GIUDICE, D. E. RUFFINO, *L'atto aziendale*, in *ASI*, 2000; C. E. GALLO, *Natura e funzione dell'atto aziendale*, in *Pol. Sanitarie*, 2001; G. CARNEVALI, *Autonomia imprenditoriale e atto aziendale: strumenti sufficienti per il completamento dell'aziendalizzazione?*, in *Ragiusan*, 2001; S. Coronato, *L'atto aziendale di diritto privato di organizzazione e funzionamento delle aziende sanitarie*, in *Dir. san. moderno*, 2001; M. M. PROCACCINI, *L'atto aziendale nel sistema delle fonti normative del servizio sanitario nazionale*, in R. BALDUZZI, G. Di GASPARE (a cura di), *L'aziendalizzazione nel d.lgs. 229/99*, Milano, 2001; 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; F. C. RAMPULLA, L. P. TRONCONI, *L'atto aziendale di organizzazione delle aziende sanitarie*, in *Sanità pubbl.*, 2002.

² Ai sensi dell' art. 5, c. 2 del d.lgs. 165 del 2001, recante *Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche*, mentre il resto della disciplina organizzativa dei pubblici uffici, la c.d. macro-organizzazione, continua ad essere riservata a fonti di diritto di carattere pubblicistico: leggi, regolamenti, atti amministrativi generali.

³ Come noto, ai sensi dell'art. 3, c. 1-bis della d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato sul punto dal d.lgs. 7 giugno 2000, n. 168, l'“organizzazione ed il funzionamento [delle aziende sanitarie] sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato”.

1.2. Il rapporto con le fonti pubblicistiche dell'atto aziendale in regime privatistico

Dato il peculiare rilievo della qualità privatistica dello strumento organizzativo-atto aziendale, è bene soffermarsi sulla *ratio* che giustifica il ricorso a fonti organizzative di diritto privato, da individuarsi – in modo particolare – con riferimento al tipo di vincolo cui tali atti sono soggetti rispetto al vincolo cui sono (*diversamente*) soggetti gli atti di organizzazione di natura pubblicistica.

In questo senso, gli atti di natura pubblicistica (soggetti al regime di diritto amministrativo, ivi compresi quelli a contenuto organizzativo) costituiscono – in quanto tali – l'esercizio di un potere pubblico che si caratterizza in quanto legittimato a compiere *scelte discrezionali*. Tali scelte possono essere assunte all'interno di un quadro di possibilità che è determinato da due ordini di vincoli:

- a) *un vincolo esterno*: la legge e gli altri atti normativi/generali delimitano i confini dello spazio entro cui operare la scelta;
- b) *un vincolo interno*: la *natura (pubblicistica)* del potere impone – in sede di singola decisione (ivi comprese quelle ad oggetto organizzativo) – sia la conformità della scelta alle finalità (cui è preordinato il potere) così come definite dalla legge, sia un percorso decisionale predefinito (il procedimento amministrativo), sia il rispetto di una serie di principi (imparzialità, buon andamento, ragionevolezza, proporzionalità, parità di trattamento, etc.).

Come è stato efficacemente chiarito⁴, proprio questa seconda tipologia di vincoli (che sono propri del potere pubblicistico), fa sì che sia possibile identificare – preventivamente – il ventaglio di scelte disponibili, in quanto compatibili con i vincoli che al potere si impongono (ossia, l'ambito delle scelte "legittime"). In questo senso, la decisione organizzativa rappresenta la concretizzazione di *una* tra le (*sole*) scelte legittimamente disponibili.

Nel caso di scelte organizzative rimesse ad atti privatistici, invece, l'amministrazione non spende il suo potere pubblicistico, e pertanto la scelta (operata spendendo un potere di natura privata) è soggetta solo ai vincoli *sub a*), ma non a quelli *sub b*). Ovvero, nell'esercizio di poteri privatistici di organizzazione, le scelte sono limitate solo dall'esterno, nel senso che sono

⁴ Cfr. A. PIOGGIA, *La managerialità nell'azione amministrativa*, in F. MERLONI, R. SEGATORI, A. PIOGGIA *L'amministrazione sta cambiando? Una verifica dell'effettività dell'innovazione nella pubblica amministrazione*, Milano, 2007, 121 ss.; e, più ampiamente, A. PIOGGIA, *Giudice e funzione amministrativa. Giudice ordinario e potere privato dell'amministrazione datore di lavoro*, Milano, 2004.

definiti (*dalla legge* e dai *diritti soggettivi* che il potere organizzativo incontra sulla sua strada) *i confini* dello spazio entro cui operare la scelta organizzativa. Ma, all'interno di tali confini, detta scelta è *libera*, non astrattamente predeterminabile, perché il processo decisionale è *svincolato* dal rispetto dei criteri che reggono l'esercizio del potere pubblico. In questo caso, dunque, l'assetto organizzativo concretamente adottato corrisponderà ad una scelta operata tra le (astrattamente) infinite combinazioni organizzative interne allo spazio disegnato dal legislatore (tutte parimenti *lecite*)⁵.

Tutto ciò, per altro, non comporta affatto che l'attività delle aziende sanitarie, in quanto soggetti pubblici⁶, sia dispensata dal rispetto dei principi di rango costituzionale (imparzialità e buon andamento) e legislativo (economicità, efficacia, pubblicità e trasparenza)⁷ che reggono l'azione delle pubbliche amministrazioni; tutt'altro. Cessano, però, di avere rilievo, in termini analitici, i singoli atti (ivi compreso quello di organizzazione), ed assume rilievo il *risultato complessivo* dell'attività, in termini sintetici: di qui il ruolo fondamentale giocato dalla *responsabilità per i risultati conseguiti* e dalle connesse funzioni di controllo e valutazione⁸. A questa fase, infatti, la logica della aziendalizzazione assegna il compito di verificare (e di sanzionare) sia la conformità dell'azione amministrativa alle finalità definite dalla legge, sia il rispetto dei principi che reggono (anche) l'azione delle aziende sanitarie (efficacia, efficienza, economicità, trasparenza, etc.), nonché il rispetto degli indirizzi politico-amministrativi: un valutazione di carattere *sintetico* (sul complesso dell'attività posta in essere) in luogo di una valutazione di carattere *analitico* (caratteristica, invece, dell'attività in regime di diritto amministrativo)⁹.

⁵ Sul punto, resta illuminante la lezione di A. ORSI BATTAGLINI, *Fonti normative e regime giuridico del rapporto di impiego con enti pubblici*, in *Dir. lav. rel. ind.*, 1993, 470 ss.

⁶ Si ricordi che le aziende sanitarie, ai sensi dell'art. 3, c. 1-bis della d.lgs. n. 502 del 1992, mantengono la personalità giuridica pubblica.

⁷ Principi sanciti dall'art. 1, c. 1 della legge 241 del 1990, che nella versione novellata dalla legge n. 15 del 2005, oltre a ribadire il carattere funzionale dell'attività della pubblica amministrazione, ne vincola l'esercizio anche al rispetto dei principi dell'ordinamento comunitario.

⁸ Sul ruolo della responsabilità di risultato nella dinamica della distinzione tra funzioni di indirizzo e responsabilità di gestione, alla base (anche) del processo di aziendalizzazione in sanità, si v., da ultimo, P. CERBO, *Potere organizzativo e modello imprenditoriale nella pubblica amministrazione* Padova, 2007; M. CRESTI, *Efficienza e garanzie nell'evoluzione dell'organizzazione statale*, Milano, 2006; sia consentito rinviare, inoltre, a B. PONTI, *Amministrazione di risultato, indirizzo politico-amministrativo e dirigenza*, in F. MERLONI, R. SEGATORI, A. PIOGGIA, *L'amministrazione sta cambiando? Una verifica dell'effettività dell'innovazione nella pubblica amministrazione*, cit., 143 ss.

⁹ Sul punto, v. più ampiamente A. PIOGGIA, *La managerialità nell'azione amministrativa*, cit.

1.3. L'atto aziendale come principale espressione del ruolo manageriale del vertice aziendale

Chiarito il diverso *vincolo* cui è soggetto l'atto aziendale (in quanto fonte organizzativa di natura privata), si può ora meglio comprendere il suo ruolo nell'economia dell'aziendalizzazione. In quanto momento di scelta non astrattamente predeterminabile, l'atto aziendale in regime privato consente di disporre di una più ampia capacità di manovra, di operare scelte diversificate, di adattare meglio e più rapidamente il modello operativo al contesto concreto. Consente, insomma, a chi ne disponga, di operare con maggiore *flessibilità* e di agire *in modo creativo*. Pertanto, l'atto aziendale di diritto privato rappresenta uno dei momenti (particolarmente qualificante) in cui può (e deve) esprimersi l'attitudine manageriale del vertice aziendale. In altre parole, se la riforma investe sulla *capacità della direzione aziendale di fare la differenza* (in questo senso si parla di *top managers*, e di *top management*)¹⁰, l'atto aziendale (ed il modello organizzativo che ne consegue) costituisce il principale strumento per *fare la differenza*, dal momento che – data la sua natura – esso consente più ampi spazi di manovra, ed è in grado di assecondare differenti strategie gestionali.

Questa considerazione permette anche di leggere in modo appropriato il riconoscimento alle aziende sanitarie della “autonomia imprenditoriale”¹¹. Attraverso questa espressione, il legislatore sintetizza (enfaticizzandolo) il passaggio ad una capacità di organizzazione che, poggiando su atti di natura privatistica, intende fornire gli strumenti per una gestione di tipo *manageriale* dell'azienda sanitaria. Gli *obiettivi* finali da perseguire restano *pubblici* per la loro consistenza (eminentemente, ed irriducibilmente pubblici, quali sono gli obiettivi di tutela della salute, come interesse della collettività oltre che come diritto della persona¹²); ad essere *privati(zzati)* sono gli strumenti organizzativi, nella prospettiva di una capacità organizzativa (privatistica) più flessibile, e quindi più idonea a consentire di ricercare ed attuare modalità operative non solo più economiche ed efficienti (dal lato dei *costi*), ma anche più efficaci (lato *risultati*: aspetto particolarmente importante, dal momento che ricade direttamente sulla salute delle persone).

¹⁰ A proposito dell'investimento di carattere non solo tecnico ma anche culturale sul ruolo del *top management* sanitario, che sta alla base del processo di aziendalizzazione del servizio sanitario nazionale, si v. anche le considerazioni di A. PIOGGIA, *Direzione e dirigenza nelle Aziende Sanitarie. Una analisi della distribuzione del potere decisionale alla luce degli atti aziendali*, in questa rivista, 2008, n. 3, 5 ss.

¹¹ Come predicata dall'art. 3, c. 1-bis del d.lgs. n. 502 del 1992.

¹² Secondo la fortunata formula dell'art. 32 della Costituzione “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”

2. L'atto aziendale come fonte di autonomia organizzativa ed i suoi limiti: i vincoli all'autonomia imprenditoriale delle aziende

L'atto aziendale, come atto di organizzazione rimesso, nella sua definizione, alla responsabilità dall'organo di vertice dell'azienda sanitaria/ospedaliera, si configura come atto di *auto-organizzazione*. Esso rappresenta, come evidenziato, il momento qualificante di concretizzazione della c.d. "autonomia imprenditoriale". Come ogni figura di autonomia, anche l'autonomia imprenditoriale delle aziende del servizio sanitario è definita e qualificata *dai limiti*, ovvero *dai vincoli* entro quali l'ordinamento le consente di operare.

A questo proposito si propone di distinguere tali vincoli in due categorie: vincoli indiretti e vincoli diretti.

2.1. I vincoli indiretti

Rientrano in questa categoria tutti quei vincoli che non agiscono direttamente sulla configurazione organizzativa delle aziende, ma che indirettamente finiscono per condizionarne gli assetti (a partire dalle scelte operate nell'atto aziendale). In modo particolare, si tratta dei vincoli derivanti dalla indicazione degli *obiettivi/risultati* che le aziende devono *perseguire/ottenere*: i "livelli essenziali delle prestazioni" definiti a livello centrale; i vincoli derivanti dalla programmazione sanitaria dello Stato, delle regioni e (in parte) dagli enti locali. Sono vincoli per la più parte di natura *eteronoma* (limiti imposti all'azienda *dall'esterno*), anche se possono essere oggetto di una specificazione autonoma (in modo particolare, mediante i piani d'azione aziendale).

Anche i meccanismi di finanziamento si atteggiavano quali vincoli esterni, di carattere finalistico. Dal momento che la quota di risorse è quasi totalmente derivata, essa può essere intesa anche come obiettivo di erogare (ovvero, retribuire) le prestazioni (a loro volta pre-determinate, in modo particolare per quanto concerne quelle identificate dai livelli essenziali) ad un determinato costo. Ovviamente, obiettivi *di prestazione* e obiettivi *di costo* operano in concorrenza, condizionandosi a vicenda, così che i risultati effettivamente conseguiti rappresentano una loro combinazione.

Questa considerazione, tra l'altro, conferma che l'autonomia imprenditoriale delle aziende sanitarie è di natura eminentemente *strumentale*, dal momento che il quadro degli obiettivi è pressoché integralmente *eterodeterminato*.

Inoltre, così configurati, i vincoli indiretti/obiettivi spiegano efficacemente la *ratio* del ricorso all'autonomia imprenditoriale come autonomia organizzativa fondata su atti di natura privatistica: si tratta, infatti, di massimizzare le capacità di gestione efficiente ed efficace di risorse (finanziarie) date.

2.2. I vincoli diretti

Diversamente, nella categoria dei vincoli diretti ricadono tutti quegli atti, variamente identificati dall'ordinamento, che hanno *ad oggetto* in modo specifico le determinazioni relative all'organizzazione dell'azienda (a cominciare da quelle operate con l'atto aziendale), e che delimitano *dall'esterno* i confini entro i quali possono essere operate le scelte relative all'assetto organizzativo, ovvero le indirizzano.

Così identificati, i vincoli diretti all'autonomia organizzativa possono essere rinvenuti su quattro piani distinti:

1. nella legislazione nazionale sull'organizzazione delle aziende;
2. nella contrattazione collettiva nazionale di comparto¹³;
3. nella legislazione regionale;
4. nelle disposizioni regionali recanti "principi e criteri" per l'atto aziendale.

Nell'economia del nostro percorso ricostruttivo, occorre evidenziare che mentre i vincoli *sub* 1 e 2 operano in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, e quindi allo stesso modo nei confronti di tutte le aziende sanitarie/ospedaliere, i vincoli *sub* 3 e 4 operano al livello della singola regione. Di conseguenza, le discipline regionali sono potenzialmente idonee ad introdurre nel sistema sanitario nazionale una *differenziazione* su base regionale, in virtù degli (ulteriori) vincoli cui è sottoposta l'autonomia organizzativa delle aziende¹⁴. Il che è del tutto coerente con il modello, dato il rilievo della legislazione regionale in questo settore (sebbene la legislazione nazionale abbia di fatto conservato un ambito di operatività ampio, anche dopo la riforma del Titolo V); al punto che molti oramai parlano di una concorrenza, nel quadro del sistema sanitario nazionale, tra diversificati *sistemi sanitari regionali*¹⁵.

3. Differenziazione aziendale e differenziazione regionale

¹³ Sono stati omessi i contratti integrativi di livello *aziendale*, in ragione della loro minore incidenza ai fini della nostra analisi: in effetti, gli spazi rimessi alla contrattazione decentrata (o aziendale) risultano, attualmente, troppo esigui per essere considerati un momento di condizionamento effettivo dell'autonomia organizzativa delle aziende sanitarie.

¹⁴ Per differenziazione, si intende la possibilità che entità omogenee tra loro sotto il profilo istituzionale e funzionale, siano strutturate secondo assetti e criteri organizzativi differenziati. Sulla nozione e le diverse accezioni del concetto di differenziazione, si v. E. CARLONI, *Lo Stato differenziato. Contributo allo studio dei principi di uniformità e differenziazione*, Torino, 2004.

¹⁵ Per questa impostazione, si v. i saggi raccolti in R. BALDUZZI (a cura di), *I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema*, Milano, 2005.

Nel processo di aziendalizzazione in atto nel sistema sanitario nazionale si possono, in definitiva, riconoscere *due distinte dinamiche differenzianti*, attivate dal(o comunque connesse con)l'adozione dell'atto aziendale:

Da un lato, si osserva il (potenziale) processo di differenziazione collegato all'esercizio dell'autonomia imprenditoriale, che si traduce nella fonte di (auto)organizzazione di natura privata-atto aziendale; si tratta di una dinamica di differenziazione che opera a livello di *singola azienda sanitaria*, e che è la conseguenza dei più ampi spazi di scelta in ordine agli assetti organizzativi e funzionali derivanti dalle proprietà intrinseche dell'atto di auto-organizzazione di natura privatistica (differenziazione *tra atti aziendali*).

Dall'altro lato, si osserva il (potenziale) processo di differenziazione, come conseguenza dei (fisiologicamente diversi) vincoli regionali all'autonomia imprenditoriale delle aziende. Vincoli che sono imposti dalla legge regionale e, soprattutto, dagli atti di indirizzo regionali recanti "principi e criteri per l'atto aziendale" (le c.d. "linee guida per l'atto aziendale")¹⁶; si tratta, in questo caso, di una dinamica che opera non sul piano della singola azienda, ma che interessa tutte le aziende di una medesima regione (differenziazione *tra modelli regionali di atto aziendale*).

4. Le chiavi di lettura per l'analisi delle linee guida regionali e degli atti aziendali: differenziazione regionale vs differenziazione aziendale

Il presente contributo di studio¹⁷ – che si pone a valle di una analisi della legislazione nazionale e regionale, delle linee guida e di un numero significativo di atti aziendali¹⁸ – intende verificare l'effettivo tasso di

¹⁶ Spetta, infatti, alla regione la definizione dei principi e dei criteri direttivi per l'adozione dell'atto aziendale (cfr. l'art. 2, c. 2-sexies, lett. b) del d.lgs. n. 502 del 1992) per mezzo di "disposizioni" che l'atto aziendale è tenuto a rispettare (art. 3, c. 1-bis della d.lgs. n. 502 del 1992). Per un primo inquadramento della funzione e dei contenuti tipici delle linee guida, si v. no A. PERRELLA, *L'atto aziendale: i provvedimenti regionali*, in *Ragiusan*, 2003, 46; E. JORIO, *L'atto aziendale e i suoi contenuti*, in *Sanità pubbl. e priv.*, 2006; A. PERRELLA, A. CICCETTI, C. RICCIARDI, *Funzione ed evoluzione dell'atto aziendale di diritto privato nelle aziende sanitarie locali*, in *Org. san.*, 2003.

¹⁷ Lo studio costituisce parte dei risultati conseguiti dall'unità operativa per l'Università degli Studi di Perugia nel quadro di una ricerca di interesse nazionale finanziata nell'ambito dei progetti PRIN 2005 "L'aziendalizzazione del servizio sanitario. Un banco di prova per l'autonomia imprenditoriale delle organizzazioni pubbliche", cui l'autore ha partecipato.

¹⁸ I dati di base su cui si è sviluppata l'analisi sono costituiti: dalle leggi regionali vigenti in materia di organizzazione delle aziende sanitarie; dalle linee guida regionali per l'atto aziendale vigenti a tutto il 2007 (v. Tab. 1); da un campione significativo, per ciascuna regione, di atti aziendali di aziende sanitarie ed aziende ospedaliere vigenti a tutto il 2007, per un totale complessivo di circa 150 atti. Nel caso della Regione Lazio e della Regione Emilia-Romagna, si è preferito – a fini di coerenza e di significatività dell'analisi –

differenziazione tra atti aziendali, quale *test* significativo del successo, o quantomeno della dinamicità del processo di aziendalizzazione del servizio sanitario. L'ipotesi di base consiste, in altre parole, nella considerazione per cui il grado di differenziazione tra gli atti aziendali (quanto a struttura, dimensioni, contenuti, etc.) costituisce un indicatore (parziale, ma significativo) dell'impiego effettivo, da parte del vertice aziendale, dei più ampi spazi disponibili all'esercizio dell'autonomia organizzativa.

L'ipotesi di base, tuttavia, non consente (da sola) di apprezzare l'effettiva dinamica del fenomeno osservato, dal momento che, come si è visto, il processo di aziendalizzazione, combinandosi con la progressiva e tendenziale *regionalizzazione dei sistemi sanitari*, comporta un secondo piano di differenziazione, determinato dalla capacità conformativa dell'autonomia organizzativa delle aziende prodotta dai vincoli regionali. La chiave di lettura del fenomeno, dunque, va costruita mediante la lettura combinata dei due processi.

Va poi sottolineato come tali processi (la differenziazione organizzativa aziendale e quella regionale) interagiscano tra loro in modo dialettico. Infatti, nel momento in cui il quadro ordinamentale consente alle regioni di formulare proprie normative in tema di organizzazione sanitaria e, più ancora, di formulare *indirizzi* riguardo ai *contenuti* degli atti aziendali (le c.d. linee guida), esso determina, sì, un ulteriore elemento di differenziazione (rispetto al quadro nazionale), ma allo stesso tempo introduce un potenziale elemento di *uniformazione* (a livello regionale) degli atti aziendali.

La chiave di lettura interpretativa qui proposta, dunque, muove dalla constatazione che rispetto alla dinamica *differenziante* innescata dall'autonomia imprenditoriale, che si traduce nell'atto di organizzazione di natura privatistica, la legislazione regionale, e *le linee guida in particolare* (per le ragioni che saranno evidenziate più avanti), operano come potenziale *fattore di contenimento* della differenziazione. Un effetto di contenimento/uniformazione che sarà tanto più forte, quanto maggiore sarà *il peso del vincolo* derivante dalle disposizioni regionali.

Non si vuole, con queste considerazioni, mettere in discussione il modello in sé (linee guida regionali/atto aziendale), anche perché esso è coerente con la filosofia di fondo del modello costituzionale, che vede assegnate innanzitutto alle regioni le finalità di tutela della salute (quantomeno in ordine alla soddisfazione dei livelli essenziali delle prestazioni sul territorio regionale). Rispetto a questo modello, il ruolo eminentemente *strumentale* (al conseguimento degli obiettivi fissati a livello regionale) dell'autonomia riconosciuta alle aziende, giustifica pienamente

condurre l'indagine con riferimento a linee guida (ed atti aziendali conseguenti) nella versione precedente alle modifiche ed alle integrazioni intervenute nel corso del 2007, in considerazione del fatto che i nuovi atti aziendali (ancora in fase di elaborazione) non erano ancora disponibili.

un potere di indirizzo regionale in ordine all'esercizio dell'autonomia organizzativa delle aziende.

Si vuole, però, segnalare come dal concreto atteggiarsi dei vincoli dettati dalle linee guida regionali, possano derivare conseguenze non sempre in linea con la filosofia di fondo del processo di aziendalizzazione. In altre parole, il fisiologico effetto di contenimento della differenziazione aziendale operato a livello regionale, a seconda del peso e della profondità con cui opera, può sfociare in esiti di uniformazione, o anche di irrigidimento organizzativo, che possono porsi *in netto contrasto* con la *ratio* della aziendalizzazione, ed in particolare con la *ratio* sottesa all'impiego di strumenti organizzativi di natura privatistica, che riposa – come si è già avuto modo di evidenziare – nella accresciuta *flessibilità* e nell'intrinseca attitudine *all'innovazione* della fonte organizzativa di diritto privato.

4.1. I punti di verifica

Dato il quadro metodologico dell'analisi, le chiavi di lettura proposte possono essere indagate mediante i seguenti punti di verifica:

- a) *La qualità e la quantità dei vincoli derivanti dalle linee guida regionali:* si tratta, cioè, di identificare in concreto l'attitudine ed i meccanismi in base alle quali le disposizioni regionali sono capaci di vincolare e limitare (gli spazi entro i quali può esercitarsi l'autonomia organizzativa delle) gli atti aziendali;
- b) *La differenziazione degli atti aziendali rispetto allo schema-vincolo contenuto nelle linee guida:* si tratta di esaminare l'effetto concreto di questi vincoli, verificando se, al netto delle indicazioni regionali, residua uno spazio di differenziazione effettivamente utilizzato dalle aziende in sede di predisposizione degli atti aziendali;
- c) *La differenziazione tra gli atti aziendali (della stessa regione), come indice per la verifica dell'ambito di autonomia organizzativa effettivamente riservata alle aziende.* Si tratta dell'ipotesi di base, che – come si può notare – diviene affatto residuale: occorre verificare, cioè, se ed in che misura permane uno spazio di differenziazione tra gli atti aziendali, da interpretare quale indice del successo, o quantomeno dell'affermazione del processo di aziendalizzazione, al netto degli effetti della regionalizzazione.

4.2. Il ruolo peculiare delle linee guida per l'adozione dell'atto aziendale

Nello schema analitico proposto, il fattore di *vincolo* – ad effetto potenzialmente uniformante/irrigidente – oggetto di particolare attenzione è individuato nelle *linee guida* (ossia, i documenti regionali recanti “principi e

criteri per l'atto aziendale”), piuttosto che nella legislazione regionale. La ragione di questa evidenza interpretativa (così come emerge dall’analisi) risiede nel fatto che, per sua natura, la fonte legislativa (per quanto sia riscontrabile una sensibile variabilità nel grado di dettaglio con cui le diverse discipline legislative regionali disegnano l’organizzazione sanitaria aziendale) difficilmente riesce ad assumere un contenuto ed una struttura tali da impedire o limitare drasticamente le potenzialità differenzianti insite nella natura dell’atto aziendale. Certo, una disciplina estremamente dettagliata dei compiti riservati ai responsabili delle diverse strutture organizzative, ovvero la definizione della composizione e dei compiti di determinati organi collegiali, può limitare anche gli ambiti dell’autonomia, pre-determinando in maniera più o meno esaustiva la disciplina di un determinato segmento organizzativo. Ma siamo ancora *nella fisiologia* del rapporto legge/atto organizzativo di diritto privato. D’altra parte, alcune discipline di dettaglio non mancano nemmeno nella legislazione nazionale di riferimento (ivi compresa l’indicazione di alcuni contenuti obbligatori degli atti aziendali), e da questo punto di vista si può affermare che il legislatore regionale abbia seguito la falsariga del legislatore statale, con un margine di oscillazione sia nel senso di una maggiore che di una minore pervasività. Senza considerare, infine, che larga parte della legislazione regionale è più spesso dedicata al disegno del *sistema regionale* della sanità¹⁹, e pertanto prevalgono le discipline di contesto, esterne rispetto alla tematica della organizzazione dell’azienda sanitaria (ma con alcune rilevanti incursioni sulla organizzazione territoriale/distrettuale delle aziende: è il caso, ad esempio, della legislazione della Regione Toscana o della Regione Marche).

Diversamente, le linee guida si sono rivelate uno strumento capace di incidere in modo molto più diretto e puntale sulla predisposizione degli atti aziendali, per una serie di fattori concorrenti.

In primo luogo, occorre tenere presente che si tratta di una fonte non legislativa, né di carattere normativo. Infatti, nella generalità dei casi le linee guida sono adottate con delibera della Giunta, nella forma di un provvedimento amministrativo generale; pertanto, essa si presta più agevolmente ad una formulazione di dettaglio, sia nel prefigurare concrete soluzioni organizzative, sia nell’indicare strategie gestionali vere e proprie. Come si vedrà poco oltre, non tutte le regioni hanno scelto di sfruttare appieno queste potenzialità insite nella fonte amministrativa di indirizzo rimessa alla Giunta. Ciò nondimeno, occorre constatare come l’atto di

¹⁹ Per l’analisi dei modelli regionali emergenti, si v., da ultimo, E. MENICETTI, *L’aziendalizzazione del Servizio sanitario nazionale: l’azienda USL nelle attuazioni regionali*, in A. PIOGGIA, M. DUGATO, G. RACCA, S. CIVITARESE (a cura di), *Oltre l’aziendalizzazione del servizio sanitario. Un primo bilancio*, Milano, 2008, p. 23 ss. e , per una analisi in chiave economica e finanziaria, v. M.S. CAROPPO, G. TURATI, *I sistemi sanitari regionali in Italia. Riflessioni in una prospettiva di lungo periodo*, Milano, 2007.

indirizzo regionale adottato con deliberazione a contenuto generale della Giunta si sia rivelato molto più efficace della legge regionale nell'imporre all'atto aziendale vincoli, contenuti, assetti²⁰. In questo senso, non è affatto indifferente che tale atto di indirizzo venga demandato alla Giunta (solitamente su proposta del competente assessore): sia in quanto organo politico al vertice dell'apparato amministrativo regionale, sia in quanto organo (generalmente) titolare del potere di nomina dei direttori generali delle aziende.

Inoltre, va sottolineato che la formulazione delle linee guida tramite atti di natura non legislativa offre alla regione uno strumento più facilmente disponibile rispetto alla legge, sia in termini procedurali, sia in termini politico-istituzionali²¹.

Occorre, infine, tenere conto del fatto che le linee guida (ove adottate con atto di indirizzo non legislativo, come nella generalità dei casi) di solito costituiscono, *di fatto*, il terzo livello di disciplina chiamato a delimitare/vincolare l'autonomia organizzativa delle aziende (dopo la legislazione statale e quella regionale): è del tutto evidente quale effetto di compressione degli spazi di autonomia organizzativa può (potenzialmente)

²⁰ La centralità delle linee guida, quale principale fonte di conformazione dell'autonomia organizzativa delle aziende sanitarie, è confermata dalla circostanza che quasi tutte le regioni (e, in particolare, 14 su 15 regioni a statuto ordinario) hanno dettato i principi e criteri per l'atto aziendale con disposizioni regionali non legislative (generalmente mediante Delibera della giunta regionale, di seguito DGR). Diversamente, solo in 3 casi tali criteri sono dettati esclusivamente dalla legge (in 2 dei quali viene adottato il modello dell'azienda regionale unica). Inoltre, in ben 7 casi le linee guida adottate con DGR costituiscono l'unica fonte regionale recante principi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale, non essendo precedute o comunque accompagnate da una legge regionale. Per questi dati, si v. la Tab. 1.

²¹ La formulazione delle "linee guida" mediante atti di natura non legislativa, prevista dalla disciplina nazionale in virtù delle modifiche apportate al d.lgs. 502 del 1992 con il d.lgs. 7 giugno 2000, n. 168, e poi richiamata o espressamente fatta propria da numerose leggi regionali, tende ad esaltare il ruolo e la capacità regionale di *indirizzo*. Pertanto è nella fisiologia del modello che tali indicazioni possano mutare o essere integralmente riformulate nel corso del tempo, sia in virtù dell'avvicinarsi di opzioni politiche differenti, sia per la maturazione di diverse strategie organizzative. Tuttavia, è bene sottolineare che le modifiche anche radicali di questi indirizzi, ove si susseguano con eccessiva frequenza, ed entro termini ravvicinati, sono suscettibili di mettere in crisi il modello, poiché finiscono per costringere le aziende sanitarie ad una continua rincorsa che può ostacolare la sperimentazione ed il consolidamento delle soluzioni utili a fornire risultati apprezzabili in termini di (miglioramento della) efficienza organizzativa e (della) efficacia nella erogazione dei servizi. Nella generalità dei casi, nel periodo 2000-2007 le regioni hanno proceduto ad aggiornare o a sostituire integralmente le rispettive linee guida al massimo in una sola occasione. Ma va segnalato il caso della Regione Abruzzo, che nel periodo 2001-2007 ha sostituito ovvero integrato in modo sostanziale i criteri per l'atto aziendale ben cinque volte (rispettivamente con DGR 19 marzo 2001, n. 176; DGR 15 novembre 2004, n. 1028; DGR 29 marzo 2005, n. 402; DGR 9 ottobre 2006, n. 1115 e DGR n. 21 del 2007): una prassi certamente poco coerente con la strategia e le dinamiche di fondo del processo di aziendalizzazione.

derivare da una così intensa stratificazione delle fonti di delimitazione/conformazione dell'autonomia.

4.3. L'effettività dei vincoli posti dalle linee guida: le verifiche di conformità

Quanto al meccanismo di *effettività* dei vincoli posti con gli atti di indirizzo, va poi identificato l'ulteriore fattore che spiega la peculiare potenzialità delle linee guida nell'operare quale limite all'autonomia organizzativa delle aziende sanitarie. Infatti, all'interno dello schema di rapporto (diretto) tra fonti normative e atti privatistici di organizzazione, gli atti regionali di indirizzo non posseggono una propria, intrinseca capacità di vincolare i secondi (proprio perché non posseggono la qualità di atti normativi delle prime). Tuttavia, il "rispetto dei principi e criteri direttivi previsti dalle disposizioni regionali" è espressamente contemplato dalla legge, così che la vincolatività delle linee guida è imposta dalla stessa disposizione che ha fondato l'autonomia imprenditoriale delle aziende.

Ma la capacità delle linee guida di operare come vincolo atto a conformare effettivamente l'autonomia organizzativa delle aziende sanitarie si fonda anche su un altro (forse, ancor più efficace) meccanismo. Le stesse linee guida (o, più spesso, la legislazione regionale) prevedono un passaggio in Giunta (ovvero, presso l'assessorato competente) finalizzato ad una *verifica di conformità* dell'atto aziendale (o delle sue modifiche) alla legislazione regionale *ed alle linee guida*. Per questa via, sebbene indiretta, gli atti di indirizzo si sono rivelati capaci di operare quale potente fattore di condizionamento dell'autonomia organizzativa delle aziende sanitarie (con diverse gradazioni di efficacia, a seconda del concreto atteggiarsi del procedimento di controllo e dei suoi effetti)²².

Da sottolineare che, sulla base di tale ultimo meccanismo, assume una importanza fondamentale la definizione – per via legislativa, ovvero ad opera delle stesse linee guida – di *contenuti obbligatori* dell'atto aziendale. Infatti, dal momento che il controllo regionale di conformità è generalmente (ma non mancano le eccezioni) limitato al solo atto aziendale, esso potrà operare (come meccanismo di condizionamento dell'autonomia organizzativa) solo in relazione alle materie, alle "voci" trattate nello stesso atto aziendale, mentre non sarà operativo per ciò che resta fuori da esso (ovvero, le determinazioni organizzative rimesse ad atti ulteriori, generalmente denominati "regolamenti aziendali").

Più in generale, tale considerazione consente di evidenziare come una efficace strategia di perseguimento (ovvero, di preservazione) della flessibilità organizzativa consista, in definitiva, nel limitare i contenuti

²² Il quadro di insieme circa le modalità di verifica della conformità degli atti aziendali alle linee guida regionali è riassunto nella Tab. 1.

disciplinati direttamente nell'atto aziendale, mediante un ampio rinvio delle scelte organizzative ulteriori ai regolamenti aziendali.

5. Le evidenze emergenti dall'analisi: modelli *flessibili, uniformi e rigidi*

Definite le finalità dell'indagine, la tesi di fondo e le chiavi di lettura da applicare, è ora possibile evidenziare i dati più interessanti che emergono a valle della analisi sui documenti esaminati.

5.1. I vincoli ad effetto (potenzialmente) “flessibilizzante”: la formulazione di principi e criteri guida “a maglie larghe”

In alcuni casi, è possibile riscontrare nelle linee guida alcune indicazioni che esplicitamente si prefiggono l'obiettivo di promuovere la flessibilità organizzativa delle aziende sanitarie, e che (con minore o maggiore capacità di assecondare tale finalità) risultano formulate in termini tendenzialmente “leggeri”: l'individuazione di contenuti obbligatori è fortemente contenuta (si v. no gli atti di indirizzo di Liguria, Emilia-Romagna, Umbria, Toscana e Marche); le disposizioni adottate recano criteri generali ed obbiettivi (in particolare Liguria, Umbria e Marche) o indicazioni di metodo (Emilia-Romagna) formulati in modo tale da lasciare uno spazio significativo (ed impegnativo) all'esercizio dell'autonomia organizzativa²³. Di particolare significato, in questi casi, la specifica indicazione da parte delle linee guida della strategia di rinvio delle scelte concrete di organizzazione (individuazione/istituzione/regolamentazione delle strutture), ed in generale

²³ In questo senso, la DGR Emilia-Romagna n. 1882 del 2000 riconosce esplicitamente che “il rispetto delle specificità aziendali e la conseguente esigenza di dinamicità e *flessibilità organizzativa* sono assicurati attraverso l'atto aziendale inteso quale strumento di valorizzazione dell'autonomia e delle responsabilità dell'azienda con riguardo ai risultati da conseguire”, e pone al centro dell'assetto di governo aziendale l'“autonomia nell'acquisizione, nell'organizzazione e nella gestione delle risorse come capacità del Direttore Generale di combinare i fattori produttivi a disposizione in funzione dei fini dell'azienda”; e nonostante le più recenti linee guida (DGR Emilia-Romagna n. 86 del 2006) mirino ora a conferire un “un profilo omogeneo alla struttura e al funzionamento delle aziende sanitarie”, esse continuano a prevedere per contenuti affatto significativi (quali la struttura, la composizione e il funzionamento degli organismi aziendali) un livello di prescrittività “minore”, in funzione della valorizzazione dell'autonomia organizzativa delle aziende. Le linee guida della regione Liguria (DGR Liguria n. 152 del 2000) definiscono “la parte del modello organizzativo e gestionale” “quell[a] di *più ampia discrezionalità* attribuita al Direttore Generale nell'ambito dell'atto di autonomia aziendale”. Secondo le linee guida della regione Umbria (Del. Consiglio regionale n. 314 del 2003) “l'Azienda è tenuta a realizzare, anche attraverso l'atto aziendale, il *massimo grado di flessibilità* e dinamicità sotto il profilo della qualità e dell'efficienza dei servizi”

della disciplina organizzativa di dettaglio, a regolamenti attuativi²⁴.

5.2. I vincoli ad effetto “irrigidente”: formalizzazione di schemi di atto aziendale e pervasiva formulazione dei contenuti

All'estremo opposto, si collocano i casi in cui le linee guida arrivano fino a formalizzare in modo più o meno esplicito²⁵ lo *schema* di atto aziendale da adottarsi da parte delle aziende: l'effetto di vincolo è particolarmente rilevante, perché vengono così precostituiti in modo tendenzialmente omnicomprensivo i contenuti obbligatori dell'atto aziendale. In questo modo, oltre al nucleo minimo di contenuti obbligatori imposti dalla legislazione nazionale (solitamente ripresi dalla legislazione regionale o dalle linee guida, che poi tendono a dettagliare molto in relazione agli organi di governo, all'organizzazione dipartimentale e a quella distrettuale), la schematizzazione dell'atto aziendale finisce per *imporre* la disciplina di una serie di elementi ulteriori (quali, in estrema sintesi, la relazione con gli enti locali, la partecipazione degli utenti, la rilevazione della soddisfazione e la carta dei servizi, i rapporti con le organizzazioni sindacali, i rapporti con gli attori sociali, il sistema di qualità, i sistemi di controllo, la programmazione aziendale, i processi di funzionamento, i meccanismi di *budgeting*, etc.).

L'effetto di *irrigidimento* è particolarmente rilevante quando lo schema reca indicazioni particolarmente dettagliate, in merito ai compiti ed alle relazioni funzionali tra strutture, tra livelli operativi, etc. Ancora, assumono

²⁴ La l. r. Toscana 24 febbraio 2005, n. 40, oltre ad indicare in generale la possibilità di ricorso ai regolamenti aziendali per la disciplina di oggetti determinati, *impone* il ricorso a tali atti per disciplinare i rapporti tra i responsabili delle zone-distretto ed i responsabili delle unità funzionali dei servizi sanitari territoriali, e le modalità di partecipazione dei medici convenzionati alle attività di gestione e programmazione dei servizi sanitari territoriali di zona e di programmazione dei servizi ospedalieri in rete (art. 50, c. 6), nonché, in relazione alle aziende ospedaliere, la definizione delle specifiche finalità delle articolazioni organizzative professionali, e le modalità di designazione dei rappresentanti elettivi nei collegi direzionali (art. 50, c. 7). In termini più espliciti, le linee guida emanate dalla Regione Sardegna (DGR n. 30/38 del 2007) così dispongono, in via generale: “Al fine di evitare che l'atto aziendale divenga elemento di rigidità gestionale, si raccomanda di limitare il contenuto dello stesso alle materie espressamente previste dal d.lgs. 502/1992, dalla l.r. 10/2006, dal Piano regionale dei Servizi sanitari 2006/2008 e dai presenti indirizzi regionali, rinviando la specifica disciplina delle singole materie a regolamenti attuativi” (v. Premessa); ed in concreto impongono di “rinviare la costituzione delle strutture semplici alla regolamentazione attuativa” (v. punto 3.1.4).

²⁵ Si segnalano, in questo senso, i casi delle linee guida di Piemonte e Veneto, che recano formulazione di una schema-tipo di atto aziendale. Tuttavia, come si dirà poco oltre, la sola formalizzazione dello schema tipo, se di per sé costituisce un forte fattore di *uniformazione*, non si traduce automaticamente in un irrigidimento organizzativo, dal momento che tale esito è connesso con altri, concorrenti fattori, a cominciare dal grado di dettaglio con cui vengono disciplinati i contenuti obbligatori dell'atto aziendale (v. subito *infra*).

un particolare rilievo, in questo senso, gli obblighi di individuazione *nell'atto aziendale* di strutture e compiti al di là di quanto imposto dalla legislazione nazionale (che si limita a richiedere che l'atto aziendale individui: i distretti; le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico operativa, soggette a rendicontazione analitica²⁶).

In questo senso, possono essere assimilati a questi, i casi in cui – sebbene non sia esplicitata l'indicazione di uno *schema tipo* – le linee guida finiscono per imporre un grado di vincolo del tutto paragonabile (se non addirittura superiore), sia in ragione della scansione degli argomenti (che ricalca quella di uno *schema*), sia soprattutto per il dettaglio con cui vengono formulate le indicazioni (si v.no le linee guida di Friuli V. G., Lazio, Campania e, in buona misura, anche Lombardia). Esempio emblematico è quello delle linee guida formulate dalla Regione Campania²⁷, suddivise in tre parti: nella prima parte (di carattere più “virtuoso”) vengono esposte indicazioni di carattere generale, anche di metodo, in ordine alla formulazione dell'atto aziendale. Nelle successive seconda e terza parte, tuttavia, tali principi sono fatti oggetto di esplicazione – prima – e di concreta attuazione – poi – con un grado di dettaglio tale per cui alle aziende sanitarie non residua alcuno spazio di manovra, tanto che la formulazione di quasi tutti gli atti aziendali della Asl campane consiste – in amplissima misura – in una mera riproposizione dei contenuti delle linee guida.

5.3. I vincoli ad effetto “uniformante”: i contenuti obbligatori

In una dimensione intermedia si collocano i casi in cui le linee guida individuano un nucleo compatto di contenuti obbligatori, e si preoccupano di sviluppare con un buon grado di dettaglio solo la parte relativa agli aspetti fondamentali dell'organizzazione aziendale (direzione, struttura dipartimentale e distrettuale, procedure di valutazione), lasciando il resto della disciplina alla libera determinazione dell'atto aziendale. In questo modo, se viene assicurata una *uniformità* quanto a contenuti e struttura centrale degli atti aziendali, il vincolo così operato non sembra arrivare al punto di compromettere del tutto l'autonomia organizzativa e gli spazi di differenziazione rimessi all'atto aziendale, così che non pare opportuno parlare, in questi casi, di un effetto di irrigidimento.

Tuttavia, la sola considerazione dei “contenuti” obbligatori può risultare non del tutto appagante, al fine di verificare la tipologia di vincolo esercitato dalle linee guida. Infatti, se alcune ipotesi paiono coerenti con questa dinamica (solo) “uniformante” (in particolare, si v.no i casi di Veneto, Puglia, Sicilia e Sardegna, ma anche del Piemonte), altre necessitano di un

²⁶ Cfr. l'art 3, c. 1-bis e l'art. 3-*quater*, c. 1 della d.lgs. n. 502 del 1992.

²⁷ Cfr. DGR Campania 30 marzo 2001, n. 1364.

supplemento di considerazione. Ci riferiamo in modo particolare ai casi della Calabria e della Basilicata. Qui l'assetto delle linee guida sarebbe conforme ad una dinamica (solo) uniformante. Tuttavia, la disciplina legislativa regionale impone la verifica di conformità non solo per gli atti aziendali, ma anche sui regolamenti di organizzazione. In questo modo, il vertice regionale si riserva di verificare la conformità alle linee guida (e più in generale all'indirizzo politico-amministrativo) di una serie amplissima di scelte organizzative, con un potenziale effetto di ulteriore *irrigidimento* degli strumenti organizzativi che non appare conforme al modello della mera *uniformità*.

5.4. I meccanismi di verifica di congruenza degli atti aziendali rispetto alle linee guida, come fattori di irrigidimento/flessibilizzazione

Come già accennato, un fattore rilevante che contribuisce all'effetto di vincolo delle linee guida è il meccanismo di verifica dell'atto aziendale da parte della Giunta regionale, che a seconda della sua concreta articolazione può risultare più o meno forte. In alcuni casi, tale meccanismo opera più debolmente (per assenza di una procedura formale di verifica: cfr. Valle d'Aosta, Puglia e Veneto – in cui è prevista solo una funzione di monitoraggio); in altri, il procedimento di verifica interviene successivamente all'adozione dell'atto, con obblighi di correzione/regolarizzazione (Liguria, Friuli V.G., Lazio, Campania e Sardegna), più spesso assistiti da meccanismi di silenzio assenso²⁸ (Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Lazio, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna); in alcuni casi, infine, la procedura prevede una approvazione vera e propria dell'atto aziendale da parte della Giunta (Piemonte, Lombardia, Prov. Aut. di Bolzano, Prov. Aut. di Trento, Marche, Abruzzo, Molise). Quanto all'oggetto della verifica – fatta eccezione per le sole regioni in cui è assente un procedimento formale di controllo – è generalmente previsto un potere di controllo sui contenuti dell'atto aziendale, che nel migliore dei casi conduce alla richiesta di rettifica/correzione/adeguamento (ai rilievi mossi dalle strutture regionali). La doverosità del conseguente adeguamento è connessa sia alla sospensione dell'efficacia dell'atto aziendale, sia a ulteriori misure, esplicitamente previste (come nel caso della Sardegna: l'esito negativo di due verifiche consecutive può comportare la revoca del Direttore generale o la nomina di un commissario *ad acta*²⁹), ovvero implicitamente connesse al rapporto fiduciario che lega i Direttori generali alla Giunta³⁰. Nei casi in cui

²⁸ In questo caso, l'inerzia regionale in sede di verifica comporta (decorso un periodo di tempo prestabilito che, a seconda delle regioni, va da 30 a 60 gg.) un tacito giudizio positivo circa la conformità del nuovo atto aziendale o delle modifiche adottate.

²⁹ Cfr. l'art. 9, c. 3 della l.r. Sardegna 28 luglio 2006, n. 10.

³⁰ Sul rilievo dei meccanismi di nomina/rinnovo/cessazione/revoca dell'incarico per quanto concerne la natura fiduciaria dell'incarico di Direttore Generale, e per una disamina della

è addirittura prevista l'approvazione regionale, c'è da domandarsi se tale potere non finisca per determinare un condizionamento dell'autonomia decisionale del Direttore generale tale da configurare un'ipotesi di vera e propria co-decisione in capo alla Giunta.

5.5. La differenziazione degli atti aziendali rispetto alle linee guida

L'analisi degli atti aziendali supporta e conferma le chiavi di lettura fin qui evidenziate. Ripercorrendo le categorie di effetto-vincolo esercitato dalle linee guida, si è potuto verificare che, nelle regioni caratterizzate da indirizzi *flessibilizzanti/a maglie larghe*, gli atti aziendali risultano poco vincolati alle linee guida, di cui riprendono e sviluppano i criteri in modo autonomo (e differenziato); tendenzialmente si presentano come molto compatti, snelli, con un ampio rinvio a regolamenti aziendali e decisioni organizzative rimesse al direttore.

Nel caso delle regioni con linee guida ad effetto *uniformante*, invece, gli atti aziendali assumono una dimensione più consistente, in ragione del vincolo sui contenuti obbligatori uniformi, ma dimostrano anche un tasso residuo, comunque significativo, di *differenziazione* rispetto alle linee guida, che si manifesta sia nella scansione/schematizzazione degli oggetti trattati dall'atto aziendale, sia nella introduzione di oggetti ulteriori, disciplinati sia direttamente nell'atto, sia mediante rinvio ai regolamenti aziendali.

Nel caso di linee guida ad effetto *irrigidente*, non soltanto ci troviamo di fronte ad atti aziendali *ponderosi*, ovvero vocati a disciplinare un numero amplissimo (tendenzialmente omnicomprendente) di oggetti, ma la stessa struttura, così come pure molti contenuti e molte scelte organizzative di rilievo, si ripetono in modo quasi identico nei diversi atti aziendali della medesima regione, ricalcando il modello/schema ed i contenuti prefigurati dalle linee guida³¹.

5.6. La differenziazione tra gli atti aziendali.

Il tasso di differenziazione *tra gli atti aziendali* della medesima regione, che nella ipotesi di base doveva costituire il *test* utile a verifica il successo/l'affermazione della logica e delle dinamiche dell'aziendalizzazione, si rivela, così, una variabile fortemente condizionata dalla *performance* dei vincoli imposti dalle linee guida, così come

più recente giurisprudenza costituzionale in materia, si v. F. MERLONI, *Gli incarichi dirigenziali nelle ASL tra fiduciari età politica e competenze professionali*, in A. PIOGGIA, M. DUGATO, G. RACCA, S. CIVITARESE (a cura di), *Oltre l'aziendalizzazione del servizio sanitario*, cit., 100 ss.

³¹ Un effetto particolarmente evidente per quanto riguarda gli atti aziendali delle aziende sanitarie della Regione Campania e della Regione Lazio.

evidenziati nel paragrafo precedente; e così:

1. Nel caso di linee guida ad effetto flessibilizzante, si registra un maggiore tasso di differenziazione (tra atti aziendali della medesima regione³²);
2. Nel caso di linee guida ad effetto uniformante, si deve constatare un minore tasso di differenziazione (tra atti aziendali), che finisce per venire meno quasi del tutto, in presenza di linee guida ad effetto irrigidente³³.

5.7. L'autoirrigidimento organizzativo

Occorre, infine, evidenziare una serie di casi in cui l'irrigidimento organizzativo non si presenta (solo) come la conseguenza diretta di un vincolo esterno (nel nostro caso, il concreto atteggiarsi di un certo tipo di linee guida), ma piuttosto come una sorta di autovincolo. Si fa riferimento a tutti quei casi in cui gli atti aziendali sono adottati unitamente ad una serie più o meno consistente di regolamenti (a cominciare dal regolamento di organizzazione, ovvero dall'organigramma aziendale), annessi in allegato all'atto aziendale. In molti di questi casi, lo stesso atto aziendale (solitamente in un disposizione di chiusura) dichiara tali regolamenti "parte integrante e sostanziale" dell'atto medesimo, così operando in senso diametralmente opposto a quello funzionale ad una maggiore flessibilità organizzativa. Il fenomeno si spiega, ma solo per alcune regioni (Basilicata e Calabria in particolare), come la risposta più coerente al potere regionale di verifica anche sui regolamenti aziendali a contenuto organizzativo. In tutti gli altri casi (e sono numerosi), invece, esso appare piuttosto la conseguenza di una tendenza del *top management* a cercare una copertura, o una conferma, a livello di esecutivi regionali, delle scelte organizzative operate. Infatti, la decisione di allegare come parti integranti dell'atto aziendale i regolamenti comporta la sottoposizione anche di questi ultimi ai procedimenti di verifica di conformità. Per altro, va sottolineato che questo fenomeno – sebbene non sia riscontrabile in termini uniformi su tutte le aziende di una medesima regione – si manifesta con maggiore evidenza proprio in quei contesti istituzionali in cui è maggiore l'impatto uniformante delle linee guida (il fenomeno si presenta in maniera consistente nelle regioni Lombardia e Campania, ma è riscontrabile anche in ipotesi più

³² E' il caso, in particolare, della Regione Emilia-Romagna e (sebbene con minore evidenza) dell'Umbria e della Toscana.

³³ Per ragioni del tutto evidenti, questo genere di lettura ha un minore significato nel caso delle regioni in cui si è adottato il modello ad azienda sanitaria unica regionale (è il caso di Valle D'Aosta, Marche e Molise, così come delle Prov. autonome di Trento e di Bolzano); in questo caso, il modello organizzativo aziendale ed i suoi rapporti con l'atto di indirizzo regionale attengono piuttosto a problematiche di *sistema regionale*; sul punto, si v. E. MENICCHETTI, *L'aziendalizzazione del Servizio sanitario nazionale: l'azienda USL nelle attuazioni regionali*, cit., nonché i saggi relativi a queste regioni nel volume R. BALDUZZI (a cura di), *I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema*, cit.

isolate nelle regioni Friuli V.G., Lazio e Sicilia).

6. Vincoli regionali e processo di aziendalizzazione: quali esiti in termini di efficienza organizzativa?

6.1. L'uniformità degli assetti organizzativi come sintomo della relazione di strumentalità tra aziende sanitarie e regione

Le evidenze emerse a valle della verifica delle chiavi di lettura proposte, consentono alcune considerazioni in merito ai rapporti tra indirizzi regionali per gli atti aziendali e processo di aziendalizzazione.

L'impressione che emerge è quella per cui la diversa considerazione da parte delle regioni in merito al *significato del ruolo strumentale* delle aziende sanitarie (e dunque della loro autonomia organizzativa), conduce ad assetti organizzativi diversi.

Una prima accezione di strumentalità, è quella che vede nelle dinamiche di aziendalizzazione/differenziazione/capacità manageriale lo strumento per accrescere economicità, efficienza ed efficacia nella erogazione dei servizi sanitari. In questa ottica, maggiore è il grado di differenziazione consentito, maggiori saranno le quote di efficienza ed efficacia che le aziende sanitarie saranno (potenzialmente) in grado di (ri)guadagnare; ciò che a sua volta potrà favorire il raggiungimento degli obiettivi di salute (livelli essenziali delle prestazioni, obiettivi della programmazione regionale, etc.). La differenziazione è, quindi, considerata come un valore da incentivare, perché funzionale al raggiungimento degli obiettivi. Tale atteggiamento si traduce in indirizzi regionali *a maglie larghe*, idonei ad incentivare le dinamiche differenzianti/flessibilizzanti (a supporto delle capacità e delle responsabilità del *top management*).

Una seconda accezione di strumentalità, pur muovendosi nella medesima ottica, considera un nucleo organizzativo comune come necessario a garantire una uniforme erogazione dei servizi sul territorio regionale. Si ritiene, cioè, che il processo di aziendalizzazione non vada disgiunto dall'obiettivo di garantire pari condizioni di accesso ai servizi sanitari, e che tale obiettivo sia perseguibile solo mediante la garanzia di un modello organizzativo minimo comune. Ciò non impedisce, tuttavia, che le capacità manageriali (e le conseguenti scelte *differenziate*) non possano trovare un significativo campo di applicazione in tutti quei profili di organizzazione che eccedono il nucleo minimo uniforme; ed è su questi ambiti di organizzazione che possono operare le dinamiche del processo di aziendalizzazione. Dunque, ci troviamo di fronte ad una filosofia organizzativa in cui l'uniformità è chiamata ad operare quale criterio di garanzia; mentre la differenziazione (residua), è intesa come occasione di recupero di quote di efficienza ed efficacia. Tale atteggiamento trova espressione nei descritti indirizzi regionali ad effetto *uniformante*.

Una terza accezione di strumentalità, invece, si muove nell'*ottica della relazione tra apparati organizzativi*: in questo senso, strumentalità sta per *continuità*, diretto rapporto tra le scelte organizzative dell'apparato regionale e quelle delle aziende sanitarie/ospedaliere. In questa ottica, gli spazi di differenziazione sono mal tollerati e contenuti per quanto possibile, dal momento che essi costituiscono altrettante occasioni di *rottura* della continuità organizzativa tra centro (decisionale) e braccio (operativo). Come si vede, in una simile accezione, le esigenze di recupero di margini di efficienza ed efficacia hanno una importanza minore, e comunque non incidono sulla filosofia organizzativa. Tale atteggiamento trova una evidente espressione negli indirizzi regionali ad effetto *irrigidente* (ma pure nei fenomeni di *autoirrigidimento*).

6.2. Il rischio d'irrigidimento (a fini di controllo politico/burocratico/organizzativo) a discapito dell'efficienza organizzativa.

E' del tutto evidente che le prime due accezioni di strumentalità descritte, sebbene caratterizzate da una diversa considerazione circa il ruolo da assegnarsi ad una uniformità organizzativa (minima), si presentano entrambe come *coerenti* con la filosofia che ha animato il processo di aziendalizzazione. In entrambi i casi, infatti, gli strumenti di differenziazione/flessibilizzazione organizzativa introdotti a seguito della stagione di riforma inaugurata con il d.lgs. 299 del 1999 trovano uno spazio (più o meno ampio) per poter operare in vista di un recupero di efficienza dei servizi finalizzati alla tutela della salute. Pertanto, i modelli di relazione con gli atti aziendali instaurati dalle linee guida ad effetto "flessibilizzante" e ad effetto "uniformante" si presentano come entrambi compatibili con il processo di aziendalizzazione.

Diversamente, la terza accezione di strumentalità presenta caratteri del tutto *eterodossi* rispetto alla filosofia dell'aziendalizzazione. Nel modello dell'irrigidimento organizzativo prevale l'esigenza di garantire la coerenza delle scelte organizzative operate in sede aziendale rispetto agli indirizzi (ma anche alle più puntuali volontà) espressi in sede regionale³⁴. Il modello

³⁴ Si noti che queste considerazioni trovano una significativa corrispondenza nelle tecniche di distribuzione delle competenze organizzative e gestionali tra *top management* e dirigenza sanitaria adottate dagli atti aziendali. Nei sistemi regionali caratterizzati da linee guida ad effetto irrigidente, infatti, prevale nettamente il modello della *delega di poteri* (puntuale, adottata volta per volta dal Direttore generale, a contenuto variabile) generalmente accompagnata da rilevanti, espliciti poteri del Direttore generale utili a ricondurre a sé gli ambiti di scelta delegati (poteri di sostituzione, di avocazione, di annullamento, di revoca). Un assetto certamente coerente con un modello ispirato alla linearità/continuità nella trasmissione dell'*input* decisionale dal centro (*i.e.* l'esecutivo regionale) fino all'unità operativa. Un assetto, dunque, più prossimo al canone della gerarchia, piuttosto che a quello della distinzione che, nelle intenzioni del legislatore del 1992 e del 1999, avrebbe dovuto caratterizzare l'intero assetto organizzativo della sanità, a cominciare dalla

è quindi più rispondente ad una filosofia di controllo politico/burocratico sugli apparati di erogazione dei servizi, piuttosto che alla filosofia dell'aziendalizzazione. Pertanto, i modelli di relazione informati all'irrigidimento organizzativo si pongono in *netto contrasto con il processo di aziendalizzazione*, e sostanzialmente contribuiscono a collocare i sistemi regionali che ne sono caratterizzati fuori dall'alveo di questo processo.

6.3. Vincoli regionali, modelli organizzativi ed efficienza dei servizi sanitari regionali: alcune evidenze (e corrispondenze) empiriche.

Le conclusioni cui è approdata l'analisi si fondano su una lettura del quadro di relazioni che intercorrono tra vincoli regionali ed atti aziendali mediata dalle chiavi interpretative proposte. Si tratta di un'analisi condotta prevalentemente su di un piano giuridico, nella consapevolezza che questa prospettiva è in grado di fornire solo alcuni – sebbene indispensabili – tra gli elementi che concorrono a determinare il dato effettuale³⁵.

Ciò nondimeno, al fine di verificarne la capacità esplicativa, può risultare utile confrontare le conclusioni cui è giunta l'analisi con una serie di dati empirici. La modellizzazione dei sistemi regionali, in relazione all'esito di *flessibilizzazione, uniformazione, ovvero di irrigidimento* derivante dai vincoli posti all'autonomia organizzativa delle aziende sanitarie, comporta (anche) una valutazione, di tipo prognostico, sulle rispettive *performance* in termini di efficienza ed efficacia (quantomeno, in

distinzione strutturale tra funzioni di indirizzo (alla regione) e compiti di gestione (alle Asl). Diversamente, nei sistemi regionali caratterizzati da linee guida ad effetto flessibilizzante, è prevalente il modello del conferimento di poteri organizzativi e gestionali mediante *attribuzione* (ovvero, un conferimento di poteri conseguente all'assegnazione di un determinato incarico dirigenziale, tendenzialmente predeterminato nei suoi contenuti, alla stregua di quanto previsto nei regolamenti di organizzazione, e caratterizzato da meno significativi poteri di ri-accentramento). Dunque, un modello di distribuzione del potere che, anche all'interno dell'azienda sanitaria, nei rapporti tra vertice organizzativo e dirigenza sanitaria, *investe* sulla autonomia e sulla capacità gestionale. Per una compiuta ricostruzione dei modelli di distribuzione del potere gestionale all'interno delle Asl, così come emerge dalla ricerca PRIN 2005 citata alla nota n. 17, da cui è tratta parte delle indicazioni appena citate, si veda A. PIOGGIA, *Direzione e dirigenza nelle Aziende Sanitarie. Una analisi della distribuzione del potere decisionale alla luce degli atti aziendali*, cit., *passim*

³⁵ Chi scrive è consapevole, in altri termini, che per avvicinarsi ad una descrizione che sappia dare conto del dato effettuale, l'analisi giuridica – che pure resta un elemento indispensabile ed ineludibile – deve essere accompagnata da (ed integrata con) una ricostruzione delle dinamiche relazionali e di contesto, con l'ausilio di altre scienze (quali la sociologia politica e la sociologia delle organizzazioni; le scienze economiche, econometriche ed aziendali). Per un esempio di approccio interdisciplinare ai fini della verifica della effettività delle riforme amministrative, si v. no i saggi raccolti nel volume F. MERLONI, R. SEGATORI, A. PIOGGIA, *L'amministrazione sta cambiando? Una verifica dell'effettività dell'innovazione nella pubblica amministrazione*, cit.

termini potenziali) delle aziende stesse o, più correttamente, di ciascun sistema regionale complessivamente inteso. Ora, mentre la misurazione della *efficacia* dell'*output* di un sistema sanitario è operazione molto complessa (e controversa), a cominciare dalla stessa definizione dell'obiettivo-salute, ed implica una serie di elementi di carattere valutativo difficilmente oggettivizzabili, la misurazione della efficienza (delle strutture che erogano le prestazioni finalizzate all'obiettivo salute), sebbene rappresenti comunque evidenti elementi di complessità, può muovere da alcuni dati oggettivamente verificabili. Uno di questi è certamente il *risultato di esercizio* di ciascun sistema regionale sanitario, ovvero il saldo tra costi (la spesa sostenuta) e ricavi (le risorse impiegate)³⁶. Certamente, il saldo di esercizio non costituisce un indicatore *preciso* dell'efficienza di un sistema, dal momento che (stando caso che ci interessa) le regioni (strutturalmente) non hanno la piena disponibilità ed il controllo perfetto né delle voci di entrata (quantomeno, nel vigente sistema di finanza derivata), né delle voci di spesa. Senza contare che, per una valutazione comparativa, occorrerebbe tenere conto anche di una serie di variabili, quali la composizione della popolazione, del reddito, la relativa distribuzione territoriale, etc. Tuttavia, l'analisi del saldo di esercizio, come indicatore *approssimativo* di efficienza, può fornire alcune indicazioni interessanti. In particolare, i saldi annuali *assoluti* di esercizio per regione, ponderati pro-capite al fine di rendere più immediatamente paragonabili le rispettive *performance*, fotografano le differenze tra i sistemi regionali in ordine alla capacità di far fronte alla domanda di salute con le risorse messe a disposizione nel periodo dato; altrettanto interessante, ai nostri fini, è l'analisi relativa all'*andamento* del risultato di esercizio, che consente anche di cogliere le dinamiche di *performance*, al di là della dimensione assoluta del dato.

Sulla scorta dei dati disponibili, sembra possibile sottolineare quantomeno due aspetti che appaiono coerenti con le risultanze dell'analisi. In primo luogo, le due regioni più nettamente caratterizzate da linee guida ad effetto *irrigidente* (Lazio e Campania) coincidono con quelle che hanno fatto registrare i peggiori risultati per gli esercizi compresi tra il 2004 e il 2007³⁷. Di converso, le regioni che hanno investito di più sulla flessibilità

³⁶ I dati relativi al risultato di esercizio di ciascun sistema sanitario regionale sono oggetto di una procedura di verifica (presso il Tavolo di verifica degli adempimenti, con cadenza trimestrale) cui partecipano il Ministero dell'economia e delle finanze-Ragioneria generale dello Stato e le regioni, così da fornire delle misurazioni condivise, utili a responsabilizzare le parti in causa, e prodromiche rispetto agli interventi di correzione/contenimento dei disavanzi (tra i quali, in particolare, i c.d. "piani di rientro"). Quelli utilizzati di seguito sono tratti dalla *Relazione generale sullo stato dell'economia del paese* per il 2007, elaborata dal Ministero dell'economia e delle finanze.

³⁷ Cfr. tab. 2. La Regione Sicilia, anch'essa caratterizzata da un'andamento e da un andamento particolarmente negativi dei saldi di esercizio, presenta fenomeni diffusi di quello che, nella analisi, è stato definito "autoirrigidimento" dell'atto aziendale. Da

organizzativa come strumento di recupero di efficienza sono anche quelle che, nello stesso periodo di riferimento, hanno fatto registrare le migliori *performance*, con un significativo, costante miglioramento del saldo di esercizio³⁸.

Ovviamente, la capacità esplicativa del saldo di esercizio pro-capite, quale *indicatore* del grado di efficienza organizzativa delle aziende sanitarie pubbliche, sconta il peso – ampiamente differenziato nei diversi sistemi sanitari regionali – della assistenza sanitaria erogata dai privati convenzionati/accreditati, peso assai rilevante, per altro, proprio nelle regioni con un potenziale irrigidente più marcato. Tuttavia, le analisi disponibili in letteratura segnalano che, scorporati i dati relativi alle spese per prestazioni erogate in convenzione, le regioni Lazio, Campania e Sicilia fanno registrare – nel periodo 2000-2006 – i più elevati tassi di crescita della spesa per i fattori produttivi *interni* (personale, beni e servizi)³⁹, laddove nel medesimo periodo il tasso di crescita della spesa per i fattori produttivi *esterni* di Lazio e Campania, in particolare, si colloca ampiamente al di sotto della media nazionale⁴⁰. Segno evidente che, in queste regioni, i (pesanti) saldi negativi di esercizio sono da addebitarsi per la parte maggiore ad una inefficiente capacità di organizzazione e gestione delle strutture pubbliche di assistenza sanitaria, piuttosto che ad una crescita fuori controllo della spesa per la retribuzione del privato accreditato.

Le chiavi di lettura proposte sembrano, dunque, trovare alcune conferme: in particolare, la rigidità organizzativa che caratterizza determinati sistemi sanitari regionali appare significativamente correlata con risultati gestionali negativi, che costituiscono un indicatore approssimativo, ma significativo, di inefficienza organizzativa e gestionale. Pertanto, se è condivisibile la preoccupazione, recentemente manifestata, in ordine alla quota (massima) di flessibilità organizzativa che un sistema fondato sull'eguaglianza dei cittadini nella fruizione dei diritti sociali⁴¹ può sopportare⁴², le risultanze di questa indagine indicano, d'altra parte, che

segnalare anche il negativo andamento dei saldi della Regione Abruzzo, che in parte si possono spiegare come conseguenza della condizione di tendenziale *instabilità* organizzativa e gestionale segnalata alla nota n. 21.

³⁸ Cfr., nella Tab. 2, l'andamento dei saldi di esercizio delle regioni Emilia-Romagna, Toscana e Umbria. Da segnalare, inoltre, il caso della Regione Sardegna, caratterizzata da linee guida ad effetto "uniformante", nelle quali però è presente anche una esplicita strategia di "alleggerimento" degli atti aziendali, mediante il rinvio a regolamenti di organizzazione: ciò che trova riscontro nel marcato *trend* positivo dei saldi di esercizio.

³⁹ Cfr. Tab. 3

⁴⁰ Cfr. Tab. 4.

⁴¹ Sul meccanismo, costituzionalmente orientato, di garanzia delle prestazioni essenziali in ambito sanitario sull'intero territorio nazionale, si v. da ultimo, C. TUBERTINI, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni*, Bologna, 2008.

⁴² In questi termini C. Marzuoli, nelle considerazioni di sintesi al convegno *L'aziendalizzazione del servizio sanitario. Un banco di prova per l'autonomia*

quantomeno alcuni spazi di flessibilità organizzativa (correlata alla responsabilità gestionale delle aziende sanitarie) vanno preservati e consolidati, se si vuole continuare a perseguire anche l'(ineludibile) obiettivo di servizi sanitari capaci (anche) di erogare i loro servizi in modo efficiente.

Tab. 1. – Quadro sintetico dei fattori di vincolo derivanti dalle linee guida regionali analizzate.

REGIONE	Atto-fonte recante principi e criteri per l'atto aziendale	Definizione Schema tipo	Verifica regionale su atto aziendale
Piemonte	DGR 11 dicembre 2000, n. 80-1700	Si	Approvazione Giunta regionale
Valle d'Aosta*	L.r. 25 gennaio 2000, n. 25	No	No
Lombardia	DGR 8 marzo 2003, n. 14049	No	Approvazione Giunta regionale
Pr. Bolzano*	Legge . 2 ottobre 2006, n. 9 DGP	No	Approvazione Giunta regionale
Pr. Trento	L. provinciale 1 aprile 1993, n. 10 DGP (<i>non ancora adottato</i>)	--	Approvazione Giunta provinciale
Veneto	DGR 29 novembre 2002, n. 3415	Si	No (monitoraggio)
Friuli V. G.	L.r. 9 marzo 2001, n. 8 DGR 22 aprile 2005, n. 834	SDA	Parere di conformità dell'assessorato e dovere di regolarizzazione
Liguria	DGR 28 dicembre 2000, n. 1528	No	Parere motivato di conformità Dovere di modifica
Emilia Romagna	L.r. 23 dicembre 2004, n. 29 (DGR 20 dicembre 2007, n. 2011) DGR 30 gennaio 2006, n. 80	No	Verifica di conformità (30 gg./silenzio assenso)
Toscana	L.r. 24 febbraio 2005, n. 40	No	Verifica di coerenza (30 gg./silenzio assenso)
Umbria	L.r. 27 marzo 2000, n. 29 Del. Consiglio Regionale 23 luglio 2003, n. 314	No	Verifica di conformità (30 gg./silenzio assenso)
Marche*	L.r. 20 giugno 2003, n. 13 DGR 1 ottobre 2004, n. 1117	No	Approvazione Giunta regionale
Lazio	(DGR 6 marzo 2007, n. 139) DGR 7 dicembre 2001, n. 1893, come integrata dalla DGR 21 dicembre 2001, n. 2034	SDA	Verifica di conformità Rinvio per adeguamenti (40 gg./silenzio assenso)
Abruzzo	DGR 9 ottobre 2006, n. 1115	SDA	Approvazione Giunta Regionale
Molise*	1° aprile 2005, n. 9 DGR 21 aprile 2006, n. 486	No	Approvazione Giunta Regionale
Campania	DGR 30 marzo 2001, n. 1364	SDA	Verifica (successiva) di conformità e dovere di regolarizzazione
Puglia	L.r. 3 agosto 2006, n. 25 DGR 2 luglio 2002, n. 830	No	No
Basilicata	L.r. 31 ottobre 2001, n. 39 DGR 20 novembre 2000, n. 2489	No	Verifica di conformità su atto aziendale e regolamenti di organizzazione (40 gg./silenzio assenso)

REGIONE	Atto-fonte recante principi e criteri per l'atto aziendale	Definizione Schema tipo	Verifica regionale su atto aziendale
Calabria	L.r. 19 marzo 2004, n. 11 DGR 2 maggio 2006, n. 313	No	Controllo preventivo di conformità su atto aziendale e regolamenti di organizzazione (60 gg./silenzio assenso)
Sicilia	Determina Ass. Regionale Sanità 14 marzo 2001, n. 34120, come modificata e integrata dalla D.A. 18 maggio 2001, n. 34715	No	Verifica di conformità (40 gg./silenzio assenso) Controllo [l.r. n. 2/02]
Sardegna	L.r. 28 luglio 2006, n. 10 DGR 2 agosto 2007, n. 30/38	No	Verifica di conformità (30gg./silenzio assenso) Revoca del DG in caso di 2° verifica negativa

* Sistemi regionali ad Azienda Sanitaria Unica
SDA: Scansione dettagliata degli argomenti

Tab. 2. – Saldi annuali di esercizio
dei servizi sanitari regionali
(euro procapite)

	2004	2005	2006	2007
<i>Piemonte</i>	156	-	-2	-22
<i>Valle d'Aosta*</i>	109	113	110	116
<i>Lombardia</i>	-	-2	-	1
<i>Pr. Bolzano*</i>	53	59	53	36
<i>Pr. Trento</i>	-18	-6	-28	-3
<i>Veneto</i>	1	-34	15	
<i>Friuli V. G.</i>	8	-22	15	20
<i>Liguria</i>	207	159	-62	-88
<i>Emilia Romagna</i>	-95	-5	-9	3
<i>Toscana</i>	-65	-6	-33	26
<i>Umbria</i>	-62	-7	-47	15
<i>Marche*</i>	103	-15	-26	16
<i>Lazio</i>	391	365	373	261
<i>Abruzzo</i>	-84	173	108	-90
<i>Molise*</i>	137	433	183	195
<i>Campania</i>	208	309	130	-120
<i>Puglia</i>	-11	-80	-42	-49
<i>Basilicata</i>	-54	-72	-37	-22
<i>Calabria</i>	68	-40	-17	-12
<i>Sicilia</i>	149	140	195	105
<i>Sardegna</i>	153	198	-81	-41

Fonte: REGSEP 2007

Tab. 3. – Tasso di crescita della spesa sanitaria
dei servizi sanitari regionali per gestione corrente
dei fattori interni (personale, beni e servizi).
Periodo 2000-2006

	Fattori interni		Tasso di crescita (2000-2006)
	2000	2006	
<i>Piemonte</i>	3.583,3	4.876,6	36%
<i>Valle d'Aosta</i>	127	182,9	44%
<i>Lombardia</i>	6.403,1	8.426,6	32%
<i>Pr. Bolzano</i>	552	730	32%
<i>Pr. Trento</i>	407	563,1	38%
<i>Veneto</i>	3.749,4	4.919,5	31%
<i>Friuli Venezia Giulia</i>	934,2	1.476,8	58%
<i>Liguria</i>	1314,1	1.957,6	49%
<i>Emilia Romagna</i>	3.506,2	4.978,3	42%
<i>Toscana</i>	2.987,4	4.399,0	47%
<i>Umbria</i>	723	1.034,2	43%
<i>Marche</i>	1.241,1	1.708,7	38%
<i>Lazio</i>	3.077,1	5.599,0	82%
<i>Abruzzo</i>	968,1	1.343,5	39%
<i>Molise</i>	259,6	346,3	33%
<i>Campania</i>	3.290,1	5.236,7	59%
<i>Puglia</i>	2.503,5	3.482,5	39%
<i>Basilicata</i>	422,7	584,4	38%
<i>Calabria</i>	1.344,3	1.750,4	30%
<i>Sicilia</i>	2.797,3	4.653,5	66%
<i>Sardegna</i>	1.249,3	1.688,1	35%
TOT	41.445,20	59.937,90	44%

Elaborazione dati Rapporto OASI 2007,
tab. 3.17, p. 153.

Tab. 4. – Tasso di crescita della spesa sanitaria dei servizi sanitari regionali per gestione corrente dei fattori esterni (medicina generale, ospedaliera e specialistica convenzionata/accreditata; farmaceutica convenzionata; altra assistenza convenzionata).
Periodo 2000-2006

	Fattori esterni		Tasso di crescita (2000-2006)
	2000	2006	
<i>Piemonte</i>	1.991,2	2.575,6	29%
<i>Valle d'Aosta</i>	42,3	63,2	49%
<i>Lombardia</i>	4334	6.926,5	60%
<i>Bolzano</i>	178,5	292,7	64%
<i>Trento</i>	217,7	335,9	54%
<i>Veneto</i>	1.869,8	2.939,2	57%
<i>Friuli Venezia Giulia</i>	487	627,6	29%
<i>Liguria</i>	859,5	1.002,9	17%
<i>Emilia Romagna</i>	1.591,6	2.317,3	46%
<i>Toscana</i>	1.372,8	1.705,3	24%
<i>Umbria</i>	306	431,6	41%
<i>Marche</i>	546,3	732,5	34%
<i>Lazio</i>	3.659,7	4700	28%
<i>Abruzzo</i>	631,9	870	38%
<i>Molise</i>	119,6	235,4	97%
<i>Campania</i>	3.329,5	3.883,7	17%
<i>Puglia</i>	1.928,4	2.840,8	47%
<i>Basilicata</i>	216,4	315,6	46%
<i>Calabria</i>	910,5	1.296,8	42%
<i>Sicilia</i>	2.509,9	3.727,5	49%
<i>Sardegna</i>	617,2	924,5	50%
TOT	27640	38744,9	40%

Elaborazione dati Rapporto OASI 2007,
tab. 3.17, p. 153.