

DIREZIONE E DIRIGENZA NELLE AZIENDE SANITARIE. UNA ANALISI DELLA DISTRIBUZIONE DEL POTERE DECISIONALE ALLA LUCE DEGLI ATTI AZIENDALI*

Alessandra Pioggia

SOMMARIO: Premessa – 1 Organizzazione e dirigenza nelle riforme amministrative - 1.1 Il principio di distinzione nelle riforme degli anni '90 e la dirigenza - 1.2 Competenze e responsabilità della dirigenza: il dirigente organo e manager dell'amministrazione - 2 Organizzazione sanitaria e dirigenza nella legislazione nazionale di settore - 2.1 La distinzione fra indirizzo e gestione nel sistema sanitario regionale - 2.2 Il direttore generale e la riserva ad esso di tutti i poteri di gestione - 2.3 La dirigenza sanitaria fra ruolo professionale e competenza gestionale - 3 La disciplina regionale della dirigenza in sanità - 3.1 La distribuzione dei poteri decisionali e delle responsabilità gestionali fra direzione e dirigenza nella regolazione regionale - 4. L'attuazione aziendale e la distribuzione dei poteri e delle responsabilità gestionali - 4.1. Le competenze del direttore generale - 4.1.1 Il direttore "ipercompetente" - 4.1.2 Il direttore a competenze limitate - 4.1.3 Il direttore a competenze tassative - 4.2 Ruolo e funzione della direzione aziendale - 4.2.1 Il modello accentrato con confusione delle competenze - 4.2.2 Il modello accentrato con distinzione delle competenze - 4.2.3 Il modello decentrato con distinzione delle competenze - 4.3 La distribuzione del potere decisionale fra delega e conferimento - 4.3.1 Il modello della delega di poteri - 4.3.2 Il modello del conferimento - 4.3.3 Il modello misto delega-conferimento - 4.4 I livelli di decentramento gestionale e il ruolo della dirigenza negli acquisti, nell'organizzazione e nella gestione del personale - 4.4.1 Le competenze ad effettuare le spese - 4.4.2 Le competenze relative alla microorganizzazione - 4.4.3 Le competenze relative alla gestione del personale - 4.5 Il rapporto fra vertice aziendale e dirigenza nell'esercizio delle potestà delegate o attribuite - 5 Considerazioni conclusive

Premessa

Uno degli aspetti chiave dell'attuale modello di organizzazione sanitaria è costituito dall'autonomia riconosciuta alle aziende nella disciplina del proprio funzionamento interno. Se pure nell'ambito della legislazione nazionale e regionale, e per quanto vincolate dalle linee guida adottate dalle regioni con funzioni di indirizzo, le aziende possono stabilire alcune regole sulla propria articolazione interna e sui compiti dei soggetti che vi operano. È questa, come si avrà modo di dimostrare, una delle principali conseguenze dell'autonomia imprenditoriale riconosciuta alle ASL ed è questo l'ambito in cui opera l'atto aziendale di diritto privato, la cui adozione è riservata al direttore generale¹.

* Il presente saggio è in corso di pubblicazione in *Sanità pubblica e privata*, 2008.

¹ Per un inquadramento complessivo della riforma del sistema sanitario sotto il profilo dell'aziendalizzazione si vedano F. A. ROVERSI MONACO, (a cura di), *Il nuovo Servizio Sanitario Nazionale*, Rimini, 2000; R. BALDUZZI, G. DI GASPARE (a cura di),

Sugli esiti e sull'effettivo impiego di questo spazio di manovra in materia organizzativa si è fino ad ora poco indagato. Una verifica di questo tipo sembra tuttavia necessaria per poter valutare appieno quali siano state le conseguenze della riforma del settore sanitario sotto questo profilo.

Un campo significativo ai fini di una simile indagine è quello della distribuzione dei poteri decisionali fra la direzione aziendale e il resto della dirigenza. Il presente studio presenta e commenta i dati relativi ad una ricerca che, fra le altre cose, si è proposta di approfondire proprio questo aspetto².

All'esame delle risultanze dell'analisi degli atti aziendali, occorre premettere però alcune considerazioni sul ruolo della dirigenza nel quadro delle riforme amministrative in generale e con particolare riferimento al settore sanitario.

1 Organizzazione e dirigenza nelle riforme amministrative

Non diversamente da quanto nel corso degli anni '90 è accaduto per buona parte dell'amministrazione pubblica, anche nel settore della sanità l'operazione riformatrice ha operato trasformando ruolo e funzione della dirigenza³. Una delle linee di tendenza comuni a tutti i processi di rinnovamento del sistema di funzionamento dell'organizzazione

L'aziendalizzazione nel d.lgs. 229/99, Milano, 2001; G. CILIONE, *Diritto sanitario*, Rimini, 2003, *passim*, spec. 149 ss.; G. BRAGA, *L'aziendalizzazione del sistema sanitario*, in *San. pubbl.*, 1996, 533; E. JORIO, *Diritto sanitario*, Milano, 2005, 149 ss.; G. FIORENTINI, *I servizi sanitari in Italia 2003*, Bologna, 2003, *passim*, spec. 142 ss.; e da ultimo R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, Torino, 2007.

² Si tratta di parte dei risultati conseguiti dall'unità operativa per l'Università degli Studi di Perugia nel quadro della 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", della quale l'autrice è coordinatore nazionale. Le altre unità di ricerca coinvolte nel progetto sono l'Università degli Studi di Torino (coordinatore Gabriella Racca), l'Università IUAV di Venezia (coordinatore Marco Dugato), l'Università degli Studi G. d'Annunzio Chieti-Pescara (coordinatore Stefano Civitarese Matteucci).

³ I lavori che si occupano di dirigenza proprio nella prospettiva del ruolo di quest'ultima nella trasformazione dell'amministrazione pubblica sono molto numerosi, fra questi può ricordarsi F. MERLONI, *Dirigenza pubblica e amministrazione imparziale*, Bologna 2006; fra i più recenti si vedano inoltre P. CERBO, *Potere organizzativo e modello imprenditoriale nella pubblica amministrazione* Padova, 2007; D. BOLOGNINO, *La dirigenza pubblica statale tra autonomia e responsabilità*, Padova, 2007; M. SGROI, *Dalla contrattualizzazione dell'impiego all'organizzazione privatistica dei pubblici uffici*, Torino, 2006; M. CRESTI, *Efficienza e garanzie nell'evoluzione dell'organizzazione statale*, Milano, 2006. Per una ricognizione degli aspetti che nell'attuazione delle riforma hanno rivelato la loro debolezza e per una serie di considerazioni su possibili interventi di revisione della disciplina della dirigenza si veda G. D'ALESSIO, *La disciplina della dirigenza pubblica: profili critici ed ipotesi di revisione del quadro normativo*, in *Lav. pubbl. amm.*, 2006, 549.

amministrativa è infatti quella relativa all'investimento sulle figure dirigenziali come "motore interno" del cambiamento.

Questo, in tutti i casi, ha reso necessaria la predisposizione di elementi idonei ad "ambientare" il dirigente in un sistema in grado di supportarne il nuovo ruolo e renderne effettiva la centralità. Ne è scaturito un quadro caratterizzato da elementi comuni a tutta l'organizzazione pubblica. Su alcuni di essi occorre preliminarmente soffermarsi anche al fine di poter apprezzare appieno il modo in cui nel settore della sanità essi si sono realizzati.

1.1 Il principio di distinzione nelle riforme degli anni '90 e la dirigenza

Il più importante dato comune alle riforme degli anni '90 è quello della distinzione fra due momenti operativi nell'amministrazione.

Il primo è quello in cui si effettuano le scelte di fondo collegate alla missione dell'apparato pubblico, quelle in cui, cioè, se ne definisce l'indirizzo, inteso come serie di decisioni relative al modo di impiegare le risorse e ai risultati sui quali investire. Questa tipologia di scelte è naturalmente riservata all'istanza politica, in quanto diretta o indiretta emanazione della collettività a cui si rivolge l'azione dell'amministrazione.

Il secondo momento operativo è quello dell'esecuzione o, meglio ancora, della gestione dell'apparato che, innanzi tutto, deve funzionare e che, nel farlo, deve anche seguire gli indirizzi per esso formulati. Questa attività è propria degli organi cosiddetti burocratici, i dirigenti, emanazione non della collettività, ma espressione della dimensione "tecnica" dell'amministrare.

L'affermazione del principio di distinzione non corrisponde però alla mera previsione di due momenti decisionali differenti, ma presuppone una reciproca autonomia degli organi chiamati ad assumere le relative decisioni⁴. Pur non separate, infatti, le scelte che corrispondono ai due

⁴ Su questi aspetti e sulle conseguenze del principio di distinzione sullo *status* della dirigenza si vedano in particolare F. MERLONI, *Dirigenza pubblica e amministrazione imparziale*, cit. 129 ss.; G. GARDINI, *Imparzialità amministrativa fra indirizzo e gestione. Organizzazione e ruolo della dirigenza pubblica nell'amministrazione contemporanea*, Milano, 2003, *passim*, spec. 265 ss.; P. FORTE, *Il principio di distinzione tra politica e amministrazione*, Torino, 2005; G. D'ALESSIO, *I rapporti tra funzione di indirizzo politico amministrativo e compiti di gestione delle pubbliche amministrazioni e la disciplina della dirigenza*, in M. D'ANTONA, P. MATTEINI, V. TALAMO (a cura di), *Riforma del lavoro pubblico e riforma della pubblica amministrazione*, Milano, 2001, 37 ss.; E. ALES, *La pubblica amministrazione quale imprenditore e datore di lavoro, un'interpretazione giuslavoristica del rapporto fra indirizzo e gestione*, Milano, 2002. Per una analisi degli effetti concreti del rapporto di distinzione sul ruolo oggi ricoperto dalla dirigenza, v. E. CARLONI, *Imparzialità e disciplina della dirigenza. Status dei funzionari e "precauzioni ausiliarie" nella riforma del pubblico impiego e nella sua attuazione*, in F. MERLONI, R. SEGATORI, A. PIOGGIA, *L'amministrazione sta cambiando?*, Milano, 2007, 85 ss. Per una ricognizione dei diversi modelli europei si vedano, oltre al saggio di F. MERLONI sopra

momenti debbono essere fisiologicamente frutto di logiche differenti. Su questo si gioca il funzionamento “virtuoso” del sistema. Il politico opererà considerando elementi quali le esigenze della collettività, l’orientamento da essa espresso in ordine a quelle che vanno soddisfatte per prime e con maggior investimento di risorse. Il dirigente, invece, assumerà questo quadro come dato e si adopererà per realizzarlo nel rispetto del principio di legalità, impiegando al meglio quelle risorse e garantendone un uso efficace ed economico.

Sulla concorrenza di entrambe le logiche nell’azione amministrativa complessivamente intesa si gioca buona parte della sfida alla quale oggi sono chiamate le amministrazioni pubbliche: garantire la soddisfazione delle esigenze della collettività nel rispetto della legge e con l’impiego massimamente economico delle risorse⁵.

Questa distinzione di razionalità operative, ancor prima che di competenze decisionali, presuppone però che ad entrambi i protagonisti di questo percorso dialettico sia assicurata la possibilità di agire in base alla propria logica: da un lato quella politica, nel senso proprio e originario del termine, e, dall’altro lato, quella gestionale, anche qui intesa in senso tecnico e proprio. Perché ciò possa effettivamente avvenire occorre che i soggetti chiamati ad operare siano in posizione di se pur relativa autonomia, in maniera che, nel momento in cui effettuano la scelta, possano farlo in base alla logica che ne contraddistingue il ruolo, senza le interferenze eccessive di quella diversa e propria dell’altra tipologia del decisore pubblico. Ora, una questione di questo genere non si pone tanto per l’organo politico, la cui scelta fra l’altro è preliminare e determinante rispetto a quella del dirigente, ma essenzialmente per quest’ultimo. Per tutelarne il ruolo, il nostro ordinamento ha predisposto alcune garanzie che riguardano essenzialmente la riserva ad esso di un certo tipo di decisioni e il riconoscimento di poteri relativi all’organizzazione e alla gestione delle risorse. Altre garanzie, di più delicato funzionamento, concernono i sistemi di assegnazione e di revoca dell’incarico dirigenziale, nonché il sistema di responsabilità che a ciò è connesso⁶. Di questi ultimi aspetti però non ci

citato, i lavori raccolti in M. DE BENEDETTO (a cura di), *Istituzioni, politica, amministrazione. Otto paesi europei a confronto*, Torino, 2005.

⁵ Per un maggiore approfondimento di questi aspetti si rinvia a A. PIOGGIA, *La managerialità nell’azione amministrativa*, in F. MERLONI, R. SEGATORI, A. PIOGGIA, *L’amministrazione sta cambiando?*, cit., 117 ss.

⁶ La centralità del sistema di assegnazione e revoca degli incarichi dirigenziali nel funzionamento del modello della distinzione è ben chiarita in A. CORPACI, *Il nuovo regime del conferimento degli incarichi dirigenziali e la giurisdizione sugli incarichi dirigenziali*, in *Lav. pubbl. amm.*, 2003, 223 ss.; G. D’ALESSIO, *La legge di riordino della dirigenza: nostalgie, antilogie e amnesie*, ivi, 2001, 228 ss.; G. NICOSIA, *L’incerto confine tra la macro e la micro organizzazione del datore di lavoro pubblico nell’incarico di funzione dirigenziale*, ivi, 2005, 331. Sulla responsabilità dirigenziale si veda per tutti L. TORCHIA, *La responsabilità dirigenziale*, Padova, 2000. Per una ricognizione dei diversi modelli di

occuperemo direttamente, quel che più interessa invece è il sistema dell'attribuzione di competenze e poteri specifici ai dirigenti.

1.2 Competenze e responsabilità della dirigenza: il dirigente organo e manager dell'amministrazione

Ai fini di una più approfondita ricostruzione degli elementi che caratterizzano il ruolo del dirigente nel nostro attuale sistema amministrativo è bene considerare i diversi modi nei quali esso esplica la propria funzione. Al dirigente, come appena considerato, è riconosciuto il compito di attualizzare, ovvero rendere operativi gli indirizzi espressi dall'organo politico. Questo si realizza attraverso due canali: quello dell'adozione degli atti puntuali attraverso i quali si esprime la potestà amministrativa e quello della gestione delle risorse organizzative ed economiche grazie alle quali l'amministrazione funziona. Evidentemente si tratta di due aspetti collegati: se l'amministrazione non funzionasse non potrebbe nemmeno adottare atti, e l'adozione di ogni atto comporta l'impiego di risorse organizzative ed economiche. Del resto è anche evidente che queste due funzioni possano essere distinte. Se adottare un atto esercizio di potestà amministrativa richiede l'uso di risorse, non tutti gli impieghi delle risorse sono destinati alla produzione di atti amministrativi. Molta dell'attività dell'amministrazione è oggi orientata alla fornitura di prestazioni di servizio alla collettività e non alla produzione di atti.

Se dovessimo descrivere sinteticamente il ruolo del dirigente potremmo dire allora che esso è insieme organo dell'amministrazione e manager delle risorse delle quali essa dispone. Distinguere questi due aspetti è importante perché a ciascuno corrisponde un sistema di regole differente⁷.

Nella sua qualità di organo, infatti, il dirigente ha di fronte a sé innanzi tutto la disciplina pubblicistica che regola lo svolgimento di funzioni esercizio di potestà autoritativa. Il principio di legalità produce vincoli piuttosto stringenti che vanno dalla dettagliata previsione della modalità di azione procedimentale, alla fissazione di principi che orientano l'esercizio della discrezionalità. L'ordinamento riconosce al dirigente e non

attivazione delle responsabilità di risultato e per una ricostruzione delle "debolezze" nell'attuazione del modello si veda B. PONTI, *Amministrazione di risultato, indirizzo politico-amministrativo e dirigenza*, in F. MERLONI, R. SEGATORI, A. PIOGGIA, *L'amministrazione sta cambiando?*, cit., 143 ss. Sulla centralità della responsabilizzazione in ordine al risultato e sulla garanzia che essa offrirebbe anche in relazione alla coerenza della gestione con l'indirizzo politico S. BATTINI, *Il rapporto di lavoro con le pubbliche amministrazioni*, Padova, 2000, 689 ss.

⁷ Sulla separazione dei modelli decisionali, discrezionale e in autonomia, nell'azione del dirigente pubblico si rinvia a A. PIOGGIA, *La managerialità nell'azione amministrativa*, cit., 120 ss. Sulla centralità delle competenze manageriali nel nuovo modello di dirigenza si veda ampiamente il ricco lavoro di P. CERBO, *Potere organizzativo e modello imprenditoriale nella pubblica amministrazione*, cit., *passim*, spec. 201 ss.

all'organo di indirizzo la competenza provvedimentale per poter svincolare l'adozione della decisione finale dalla logica "politica" che guida la formulazione degli indirizzi per l'attività. Questo al fine di assicurare una maggiore imparzialità dell'azione amministrativa che, nel momento in cui si concretizza in una decisione finale, pur muovendosi nel quadro delineato dall'indirizzo, segue unicamente la logica della legalità.

Nella sua qualità di manager, invece, il dirigente non si confronta con le regole pubbliche dettate per l'esercizio del potere, ma ha come punto di riferimento la necessità di impiegare le risorse la cui gestione è stata ad esso affidata nella maniera più economica e efficace possibile. La logica in base alla quale esso decide non presuppone la conoscenza e l'impiego di regole puntuali, ma diversamente richiede la presenza di uno spazio di manovra effettivo nell'ambito del quale il dirigente possa esprimere e mettere a frutto la propria capacità gestionale⁸. Questa riguarda l'organizzazione degli uffici a cui è preposto e il governo del personale ad essi addetto, nonché delle risorse economiche che gli sono state assegnate⁹.

È evidente come in una realtà pubblica questi spazi di manovra siano comunque più limitati di quanto accadrebbe in una realtà privata, ma quel che conta è che essi debbano comunque essere presenti. La legislazione di riforma, infatti, ne prevede l'esistenza sia riconoscendo ai dirigenti, in quanto organi di gestione, la capacità e i poteri del privato datore di lavoro nell'organizzazione degli uffici e nella gestione del personale (art. 5, c. 2 d.lgs. 165/2001), sia prevedendo che le regole pubbliche si limitino a fissare principi generali e norme fondamentali di organizzazione, lasciando ai dirigenti un adeguato margine decisionale in campo organizzativo (art. 2 c. 1, lett. b), sia garantendo ad essi la gestione delle risorse attribuite (art. 17, c. 1, lett. e). La scelta riformatrice in questo caso è netta: prevedere uno spazio in cui non operino regole predeterminate (come quelle pubbliche che presiedono all'esercizio di potestà autoritative), ma capacità e poteri privati e manageriali della dirigenza¹⁰.

Su questo si fonda del resto anche la possibilità di chiedere conto ai dirigenti del risultato dell'attività dell'amministrazione, un risultato sul quale è possibile incidere non tanto nell'esercizio della funzione di organo, che come abbiamo visto è astretta al rispetto di regole puntuali, quanto nell'espressione della capacità manageriale¹¹.

⁸ Su questi aspetti si veda ampiamente A. CORPACI, *Legalità ed efficienza amministrativa: il caso del lavoro nelle pubbliche amministrazioni*, in *Valori ideali e logiche aziendali nella funzione pubblica*, Atti del IX Convegno Cogest, Roma, 30 maggio 2000, Milano, 2002.

⁹ Per spunti problematici sulla concorrenza dei due ruoli, si veda C. D'ORTA, *I dirigenti pubblici: custodi della legalità o managers?*, in *Lav. pubbl. amm.*, 2005, 1027 ss.

¹⁰ Sul punto si veda anche M. CRESTI, *Efficienza e garanzie nell'evoluzione dell'organizzazione statale*, cit., 154 ss.

¹¹ Sull'investimento sul risultato dell'azione delle amministrazioni si vedano L. IANNOTTA, *Previsione e realizzazione del risultato nella pubblica amministrazione: dagli interessi ai beni*, in *Dir. amm.*, 1999, 57; A. ROMANO TASSONE, *Sulla formula "amministrazione per*

Da ultimo non si può tralasciare un altro possibile modo di essere della dirigenza. Accanto ai compiti appena visti, la legge ammette che il dirigente possa essere anche impiegato in ruoli nei quali egli è chiamato essenzialmente ad esprimere la propria professionalità. La disciplina generale prevede infatti la possibilità di attribuire ai dirigenti compiti di studio, ricerca, consulenza e altro. Se a livello di amministrazione tradizionale si tratta di eventualità che mantengono una posizione marginale rispetto al criterio generale di conferimento alla dirigenza di compiti gestionali nell'accezione prima descritta, in alcune discipline di settore, come quella della sanità, alla quale ci dedicheremo fra pochissimo, questo tipo di compiti è tutt'altro che residuale, rappresentando una parte consistente della funzione dirigenziale. Quel che tuttavia merita considerare è come la legge distingua quest'ultimo tipo di compiti da quelli propriamente gestionali. Nel prevedere la possibilità di affidare ai dirigenti funzioni di studio, consulenza e ricerca, infatti l'articolo 19, comma 1° del d.lgs. 165 ne individua i possibili destinatari in coloro a cui non sia stata affidata "la titolarità di uffici dirigenziali", a significare che, mentre i compiti gestionali che qualificano il dirigente come manager e come organo, sono compiti propri dell'ufficio dirigenziale in quanto tale, gli altri sono invece compiti attribuibili al dirigente nella sua qualità di professionista o di esperto di un settore.

2 Organizzazione sanitaria e dirigenza nella legislazione nazionale di settore

Anche la legislazione di riforma del sistema sanitario ha posto la dirigenza al centro della trasformazione organizzativa operata a partire dall'inizio degli anni '90¹². Questo è avvenuto, da un lato, attraverso un investimento formidabile sulla figura del direttore generale¹³, dall'altro, attraverso la previsione della coincidenza nelle medesime figure dirigenziali

risultati", in *Scritti in onore di E. Casetta*, Napoli, 2001, 816. Per altri profili, legati alla rilettura della legalità nell'azione pubblico-provvvedimentale, si veda invece M. SPASIANO, *Funzione amministrativa e legalità di risultato*, Torino, 2003. Sulla dimensione del risultato e sul fatto che tale aspetto "non debba comportare il sacrificio della funzione" intesa nella sua dimensione pubblicistica, S. CIVITARESE MATTEUCCI, *Funzione amministrativa e diritto privato. Digressioni sul tema*, in AA.VV., *Scritti in memoria di Mario Buoncristiano*, Napoli, 2002, 128.

¹² L. TORCHIA, *La dirigenza del servizio sanitario nazionale*, in *San. pubbl.*, 1997, 257; F.C. RAMPULLA, *La dirigenza sanitaria: l'evoluzione della specie*, ivi, 1999, 833; E. MENICHETTI, *L'aziendalizzazione del servizio sanitario nazionale: profili di organizzazione e ruolo della dirigenza*, in G. BALDUZZI, G. DI GASPARE (a cura di), *L'aziendalizzazione nel d.lgs. 229/99*, cit., 48; M. P. GENESIN, *Problematiche vecchie e nuove a proposito di dirigenza sanitaria*, in *San. pubbl.*, 2004, 31; G. NICOSIA, *La dirigenza sanitaria tra regime generale e regime speciale*, in *Lav. pubbl. amm.*, 2000, 119 ss.

¹³ Su cui si veda E. JORIO, F. JORIO, *Il direttore generale delle aziende della salute*, in *Rass. Dir. farm.*, 2000.

dei compiti manageriali e di quelli professionali. Entrambe le scelte si inquadrano nella cornice più ampia dei principi che ispirano complessivamente le riforme amministrative di questi anni, ma ne realizzano lo spirito in maniera peculiare, facendo scelte che, sotto un certo profilo, ne estremizzano le conseguenze.

2.1 La distinzione fra indirizzo e gestione nel sistema sanitario regionale

Il principio di distinzione fra istanza politica di indirizzo e momento gestionale dell'attività nell'organizzazione sanitaria appare realizzato nella dinamica dei rapporti fra governo regionale e direzione delle aziende sanitarie¹⁴.

Al direttore generale, figura di vertice di tutta l'amministrazione aziendale, l'articolo 3 comma 6 del d.lgs. 502 del 1992 come riformulato dal d.lgs. 229 del 1999, attribuisce, o meglio riserva, "tutti i poteri di gestione", facendone in questo modo il responsabile della dimensione operativa e gestionale dell'azienda di fronte alla regione, alla quale sono riservati invece i compiti di indirizzo. Questi ultimi riguardano innanzi tutto l'oggetto delle prestazioni sanitarie e l'obiettivo collegato alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza alla popolazione. Sotto questo profilo la distinzione fra indirizzo e gestione è nettamente segnata dalla natura strumentale dell'azienda, che il direttore generale dirige, rispetto al raggiungimento di obiettivi di salute: la regione li individua in sede di indirizzo, l'azienda pone in essere l'attività gestionale necessaria a realizzarli.

Apparentemente più sfumata, ma ugualmente percepibile, perlomeno nel disegno legislativo, è anche la distinzione fra indirizzo e gestione nella materia dell'organizzazione sanitaria e, in particolare, aziendale.

Fra i poteri di indirizzo rientrano evidentemente anche poteri suscettibili di incidere sull'organizzazione delle aziende, ma si tratta di poteri dei quali la legge impone un esercizio attraverso la fissazione di criteri e principi¹⁵ o che circoscrive a determinati ambiti¹⁶. L'organizzazione

¹⁴ Su questi aspetti si vedano G. MOR, *Ruolo e funzioni della Regione nel Servizio sanitario nazionale*, in *San. pubbl.*, 1999, 127; E. BORGONOV, *Il ruolo delle regioni nel sistema di tutela della salute secondo il modello federalista*, in *Mecosan*, 2003, 311. Per i profili relativi al rapporto fra regione e direzione generale che si realizza attraverso il potere di nomina, conferma e revoca del direttore da parte del governo regionale si vedano le considerazioni di F. MERLONI, *Distinzione tra politica e amministrazione e spoils system*, in F. MERLONI, R. SEGATORI, A. PIOGGIA, *L'amministrazione sta cambiando?*, cit., 65 ss.

¹⁵ L'art. 3, comma 1 *bis*, il d.lgs. 502 del 1992 (come integrato e modificato dagli interventi normativi successivi) prevede che l'organizzazione delle aziende sanitarie è disciplinata con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti dalle disposizioni regionali. Ai sensi del successivo comma 5, lett.g), i criteri debbono riguardare, fra l'altro, la definizione delle dotazioni organiche e degli uffici dirigenziali, nonché l'attuazione della mobilità del personale.

¹⁶ Si veda in questo senso, fra gli altri, l'art. 3 *quater* del d.lgs. 502 del 1992, che rimette alla legge regionale la disciplina dell'articolazione in distretti dell'unità sanitaria locale.

è infatti in via di principio di competenza del direttore generale che la determina attraverso l'adozione dell'atto aziendale di diritto privato¹⁷. Anche sotto questo profilo il principio di distinzione appare realizzato da una concorrenza di fonti pubbliche in materia organizzativa: legge regionale e atti di indirizzo, e di fonti private: l'atto aziendale e i regolamenti attuativi¹⁸.

Le prime hanno la funzione di conformare i principi dell'organizzazione aziendale all'indirizzo; nel caso della regione si tratta del tipo di impostazione che si intende dare al sistema sanitario, in termini, ad esempio, di distribuzione dei servizi nel territorio, di rapporto fra aziende sanitarie e ospedaliere o di ruolo del dipartimento di prevenzione. Ma l'indirizzo può riguardare anche aspetti delle dinamiche interne alle aziende, con riferimento, fra l'altro, alla dimensione della collegialità, attraverso l'individuazione della composizione e della funzione del collegio di direzione o del comitato di dipartimento. La gestione organizzativa, rimessa invece al direttore generale, riguarda il complessivo funzionamento dell'azienda e, quindi, tutto ciò che, nel quadro delineato dalla legge statale e dalla disciplina regionale, è necessario all'operatività della struttura. Al direttore, che a questo fine agisce nell'esercizio di poteri privati, risultano così riservate non solo tutte le scelte di microorganizzazione, ma anche diverse decisioni inerenti la macroorganizzazione, quali il numero di strutture o le competenze dei responsabili di esse.

2.2 Il direttore generale e la riserva ad esso di tutti i poteri di gestione

Se la distinzione fra indirizzo e gestione si concretizza nella relazione fra direttore generale e governo regionale, resta da chiedersi in che modo nel sistema sanitario si configuri l'applicazione dell'altro principio collegato alla centralità della dirigenza nelle riforme amministrative¹⁹. Si tratta, cioè, di domandarsi in quale maniera si realizzi in sanità la

¹⁷ F.C. RAMPULLA, G. TRONCONI, *L'atto aziendale di organizzazione delle aziende sanitarie*, in *San. pubbl.*, 2002, 311; AA.VV. *L'atto aziendale di organizzazione e funzionamento delle aziende sanitarie*, Bologna, 2002; S. CORONATO, *L'atto aziendale di diritto privato di organizzazione e funzionamento delle aziende sanitarie*, in *Dir. san. moderno*, 2001, 4; C.E. GALLO, *Natura e funzione dell'atto aziendale nell'organizzazione delle aziende sanitarie locali*, in *Pol. San.*, 2001, 25.

¹⁸ Per il rapporto fra il principio di distinzione fra ruolo politico e ruolo gestionale e l'articolazione delle fonti di organizzazione, si rinvia a A. PIOGGIA, *La competenza amministrativa. L'organizzazione fra specialità pubblicistica e diritto privato*, Torino, 2001, *passim*, spec., 240 ss.

¹⁹ N. SPERANZA, *I compiti del Direttore Generale e della dirigenza*, in *San. pubbl.*, 2002, 81.

configurazione del dirigente, oltre che come professionista, anche come organo e manager dell'amministrazione²⁰.

L'affermazione dell'articolo 3 del d.lgs. 502 del 1992, in base al quale tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza dell'unità sanitaria locale, "sono riservati al direttore generale", sembrerebbe a prima vista concentrare nel solo direttore la funzione di organo e manager dell'azienda.

In realtà una previsione del genere, per essere compresa nel suo reale e non "apparente" significato, va letta in combinazione perlomeno con altre due categorie di previsioni legislative dello stesso decreto: la presenza di riserve implicite o esplicite di poteri gestionali ad altre figure dirigenziali e l'autonomia imprenditoriale dell'azienda sanitaria collegata alla capacità organizzativa di diritto privato del direttore.

Sotto il primo profilo occorre considerare come la disciplina normativa contenga oltre alla riserva al direttore di "tutti" i poteri di gestione, nessuno escluso dunque, il riconoscimento di competenze gestionali ad altre figure dirigenziali. Basti pensare a previsioni quali quelle di cui all'articolo 3, comma 7, in base alle quali il direttore amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'azienda e il direttore sanitario dirige i servizi sanitari della stessa. È evidente come la potestà "direzionale" riconosciuta a queste due figure non possa andare disgiunta dal possesso di competenze gestionali il cui riconoscimento, quindi, è in qualche modo implicito. In termini ancor più netti si esprime l'articolo 15, comma 6, ai sensi del quale "ai dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa sono attribuite... funzioni di direzione e organizzazione della struttura da attuarsi... anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa e l'adozione delle relative decisioni necessarie per il corretto espletamento del servizio". È qui più che mai evidente come il legislatore riconosca ai dirigenti di struttura compiti e poteri gestionali in senso proprio. Nella stessa direzione vanno le previsioni relative a figure dirigenziali quali il direttore di distretto, il dirigente medico e quello sanitario di presidio, i direttori di dipartimento.

Come si conciliano allora queste apparentemente contraddittorie previsioni? I poteri di gestione appartengono tutti al direttore generale o sono più in generale propri della dirigenza che ricopre incarichi di direzione delle diverse strutture dell'azienda?

Per rispondere ad una domanda del genere occorre tenere conto dell'altra categoria di previsioni, quelle relative all'autonomia imprenditoriale dell'azienda sanitaria, autonomia che trova la sua massima espressione nella sua organizzazione con l'atto aziendale di diritto privato di competenza del direttore generale. Perché quest'ultimo possa impiegare la propria autonomia privata nell'adozione delle decisioni che conformeranno

²⁰ G. SCIULLO, *Ruolo e responsabilità della dirigenza nel Servizio sanitario nazionale*, in *San. pubbl.*, 1995, 837.

il funzionamento e la distribuzione dei compiti all'interno dell'azienda occorre che l'oggetto di cui decide sia per esso "disponibile". Alla luce di ciò la riserva al direttore di tutti i poteri di gestione acquista un significato diverso da quello apparente: una simile previsione assume, cioè, il senso di rendere disponibili al direttore stesso le scelte organizzative relative alla allocazione e distribuzione dei quei poteri gestionali. I poteri di gestione appartengono allora tutti al direttore in una maniera che potremmo definire "astratta", nel senso che gli sono propri perché ad esso spetta la decisione inerente a quali e quanti di essi trasferire alle altre figure dirigenziali. In questo, del resto, è da rintracciarsi il significato profondo del riconoscimento ad un ente quale l'azienda sanitaria di autonomia imprenditoriale. Una autonomia che non può certo essere intesa come inerente al prodotto, evidentemente predeterminato in termini di livelli assistenziali, ma che va riferita all'organizzazione dei fattori produttivi, cioè, al modo di funzionare della struttura che li contiene.

Autonomia imprenditoriale, organizzazione con atto di diritto privato, riserva dei poteri gestionali al direttore sono quindi aspetti del medesimo quadro: il soggetto che detiene tutti i poteri gestionali li distribuisce con atto proprio, privato, organizzando autonomamente e, in questo senso, imprenditorialmente la struttura aziendale che dirige. E che la riserva al direttore di tutti i poteri di gestione non corrisponda ad una effettiva concentrazione su di esso di ogni potestà decisionale relativa al funzionamento dell'azienda e alla gestione dei fattori produttivi, ma rappresenti unicamente la giustificazione dei suoi poteri organizzativi privati, è confermato dal fatto che il legislatore configura altre capacità gestionali in capo alle figure dirigenziali che presiedono alle diverse articolazioni organizzative dell'azienda. Le riserve ai direttori di distretto, dipartimento, presidio, struttura, rappresentano un "minimo" base al di sotto del quale il direttore generale non può andare. Per intendersi egli non potrebbe concentrare su se stesso o sulla direzione generale tutte le potestà gestionali, ma è tenuto comunque a distribuire i poteri di gestione che "astrattamente" la legge riserva "tutti" al direttore. A conferma di quanto considerato si pone infine la previsione contenuta all'articolo 15 *bis*, ai sensi del quale "l'atto aziendale... disciplina l'attribuzione al direttore amministrativo, al direttore sanitario, nonché ai direttori di presidio, di distretto, di dipartimento e ai dirigenti responsabili di struttura dei compiti, compresi per i dirigenti di strutture complesse le decisioni che impegnano l'azienda verso l'esterno, per l'attuazione degli obiettivi definiti nel piano programmatico e finanziario aziendale".

Quindi, in conclusione, nell'azienda sanitaria tutti i dirigenti di struttura possono essere organi e manager dell'amministrazione e non solo il

direttore generale²¹. A quest'ultimo spetta però il compito di definire, nel quadro della disciplina organizzativa statale e regionale, il *quantum* dei poteri gestionali ad essi riconosciuti, a partire in diversi casi da un minimo predeterminato. Per questo motivo, per comprendere in che modo nel settore sanitario siano distribuiti i poteri gestionali fra i diversi uffici dirigenziali, non si può prescindere dall'esame dei modelli emergenti dai diversi atti aziendali, sede ultima delle decisioni a ciò relative.

2.3 La dirigenza sanitaria fra ruolo professionale e competenza gestionale

Una volta riconosciuta la potenziale capacità gestionale della dirigenza in sanità, occorre comprendere in che modo questa funzione si combini con quella professionale all'esercizio della quale è chiamata la quasi totalità della dirigenza delle due aree, quella medica e veterinaria e quella sanitaria, tecnica, professionale e amministrativa²².

Nel settore della sanità il numero dei dirigenti è in proporzione assolutamente superiore a quello di qualsiasi altro ambito amministrativo. Questo dipende dalla scelta effettuata di qualificare come appartenenti alle aree dirigenziali nella sostanza tutti i professionisti operanti in sanità. Una decisione del genere è stata giustificata con la necessità di riconoscere a questi ultimi una adeguata autonomia operativa e diverse prerogative, quali quelle legate alla flessibilità nell'organizzazione del lavoro o all'autodeterminazione e conseguente responsabilità nelle scelte professionali. Il metodo "giuridico" prescelto, ovvero l'inquadramento dei *professional* come dirigenti, ha però determinato un sovradimensionamento della dirigenza in sanità e una conseguente possibile confusione fra le funzioni professionali e quelle manageriali-gestionali.

In parte certamente una sovrapposizione di questo genere è "voluta", nel senso che al fondo di essa c'è la scelta precisa di concentrare in alcune figure professionali anche compiti di gestione in modo da garantire che le scelte in ordine all'impiego economico delle risorse umane, organizzative, e finanziarie non siano mai disgiunte dalla consapevolezza della strumentalità di queste ultime alla fornitura di prestazioni ad elevato contenuto professionale. In parte, invece, una sovrapposizione del genere è fonte di incertezza. Questo certamente nella misura in cui produce l'equazione in base alla quale tutti i dirigenti sono necessariamente anche manager dell'azienda. Quest'ultima conseguenza sarebbe infatti insostenibile nel settore della sanità per il numero elevatissimo di figure dirigenziali, basti pensare al fatto che, ad esempio, tutti i medici sono dirigenti.

²¹ Sul tema si veda N. SPERANZA, *Il principio di distinzione tra compiti dell'organo di vertice e compiti della dirigenza nelle aziende sanitarie*, in *San. pubbl.* 2002, 159.

²² C. BOTTARI, P. TULLINI, *La dirigenza sanitaria. Amministratori e lavoratori a confronto*, Rimini, 2004; F. SAITTA, *Prime considerazioni sull'ultima riforma del sistema sanitario nazionale: la dirigenza*, in *San. pubbl.*, 1999, 512.

Nella prima fase dell'aziendalizzazione il rischio di una confusione del genere era arginato dalla previsione di un duplice livello di dirigenza del ruolo sanitario. Al personale medico e delle altre professionalità sanitarie appartenenti al primo livello dirigenziale l'articolo 15 del d.lgs. 512 del 1992 riconosceva essenzialmente la sola autonomia professionale, mentre ai dirigenti medici e professionali del secondo livello attribuiva "funzioni di direzione e organizzazione" delle strutture.

Con il d.lgs. 229 del 1999 la dirigenza sanitaria è stata collocata in un unico ruolo e in unico livello articolato in relazione alle diverse responsabilità. La distinzione fra dirigenti solo *professional* e dirigenti con responsabilità manageriali gestionali è stata quindi affidata alla tipologia di incarico ricoperto: professionale o di direzione di struttura.

Se alla luce del disposto legislativo questa distinzione appare sufficientemente definita, una certa confusione discende tuttavia dal modo in cui la contrattazione collettiva ha integrato la disciplina della dirigenza sanitaria con particolare riferimento alla tipologia di valutazioni alle quali essa è sottoposta. Il legislatore ha infatti previsto una doppia tipologia di verifiche: quella concernente l'attività professionale e i risultati conseguiti nel suo svolgimento, affidata ad un collegio tecnico, e quella concernente invece i risultati della gestione e affidata al nucleo di valutazione²³. Logica avrebbe voluto che il primo tipo di verifica riguardasse tutti i dirigenti, in quanto *professional*, mentre la seconda soltanto coloro ai quali risulta attribuito un incarico di gestione di una struttura semplice o complessa. In questo senso tuttavia non è andata la contrattazione nazionale che, riproponendo anche in sanità il modello proprio di tutte le altre aree dirigenziali, ha previsto per tutta la dirigenza, nessuna figura esclusa, sia la verifica professionale, sia quella gestionale. Questo inevitabilmente crea una sovrapposizione concettuale fra dirigente e manager realizzando nella sostanza una piena identità della disciplina delle verifiche di responsabilità per ogni tipologia di incarico ricoperto, sia gestionale che non. I dirigenti di struttura, infatti, rispetto agli altri sono sottoposti in più ad una valutazione anche al termine dell'incarico, ma questa nella sostanza non è che una sintesi delle verifiche di risultato gestionale, alle quali, come tutti gli altri, sono già sottoposti annualmente.

Stante il quadro appena descritto, la chiarezza nella configurazione del ruolo della dirigenza in sanità risulta anch'essa rimessa in buona parte alle scelte organizzative nella distribuzione dei compiti gestionali che il direttore generale effettua in sede di esercizio dell'autonomia imprenditoriale attraverso l'adozione dell'atto aziendale.

²³ Su questi aspetti si veda P. LAMBERTUCCI, *Dirigenza sanitaria, responsabilità dirigenziale e gestione delle risorse umane: brevi appunti*, in *Lav. pubbl. amm.* 206, 825.

3 La disciplina regionale della dirigenza in sanità

Ad integrare la disciplina in materia di organizzazione e di dirigenza sanitaria, accanto alla normativa e alla contrattazione nazionale, concorre la regolazione di fonte regionale. Anche ad essa, come è ovvio, è importante fare riferimento prima di passare all'esame della distribuzione delle competenze decisionali fra figure dirigenziali negli atti aziendali.

Attualmente, a dire il vero, dopo la modifica del titolo V della nostra Carta fondamentale, le regioni sembrerebbero l'unica istanza legislativa costituzionalmente idonea alla regolazione organizzativa del settore sanitario e, quindi, la disciplina da esse fissata potrebbe anche modificare parte del quadro sopra esaminato, in quanto definito dalla legislazione statale. In realtà quest'ultima rimane un fondamentale punto di riferimento, sia per i rari interventi innovativi da parte delle fonti regionali²⁴, sia per il consolidarsi di una interpretazione costituzionale che vede lo Stato implicitamente competente a disciplinare ancora molti aspetti organizzativi del funzionamento del servizio sanitario regionale²⁵.

²⁴ Successivamente alla riforma del Titolo V, meno della metà delle regioni italiane hanno approvato una nuova legge per la disciplina del proprio servizio sanitario: l.r. Basilicata 31 ottobre 2001, n. 39, Riordino e razionalizzazione del servizio sanitario regionale; l.r. Marche 20 giugno 2003, Riorganizzazione del Servizio sanitario regionale; l.r. Calabria 19 marzo 2004, n. 11, Piano regionale per la salute 2004/2006; l.r. Emilia Romagna 23 dicembre 2004, n. 29, Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del servizio sanitario regionale; l.r. Toscana 24 febbraio 2005, n. 40, Disciplina del Servizio sanitario regionale; l.r. Molise 1 aprile 2005, n. 9, Riordino del Servizio sanitario regionale; l.r. Sardegna 28 luglio 2006, n. 10, Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della legge regionale 26 gennaio 1995, n. 5; l.r. Puglia 3 agosto 2006, n. 25, Principi e organizzazione del Servizio sanitario regionale; l.r. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, Riordino del servizio sanitario nazionale; l.r. Piemonte 6 agosto 2007, n. 18, Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale.

²⁵ Su questi aspetti si veda ampiamente C. TUBERTINI, *Stato, regioni e tutela della salute*, in A. PIOGGIA, L. VANDELLI, *La Repubblica delle autonomie nella giurisprudenza costituzionale*, Bologna, 2006, 209 ss.; L. VIOLINI, *Costanti e variabili nell'organizzazione dei servizi sanitari. Per una prima valutazione delle riforme costituzionali in materia*, in R. BALDUZZI (a cura di), *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*, Milano, 2004, 375 ss.; D. PARIS, *Il ruolo delle Regioni nell'organizzazione dei servizi sanitari e sociali a sei anni dalla riforma del Titolo V: ripartizione delle competenze e attuazione della sussidiarietà*, in <http://www.amministrazioneincammino.it>; R. BALDUZZI, *Titolo V e tutela della salute*, in R. BALDUZZI, G. DI GASPARE (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano, 2002, 11 ss.; D. MORANA, *La salute nella Costituzione italiana. Profili sistematici*, Milano, 2002, 95 ss.; L. CUOCOLO, *À rebours, La tutela della salute tra Regioni e Stato*, in *Quad. reg.*, 2005, 63 ss.; ID., *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo. Profili di diritto interno e comparato*, Milano, 2005, 68; U. De SIERVO, *Corte Costituzionale e materia sanitaria*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Cittadinanza, Corti e salute*, Milano, 2007, 68; D. MORANA, *La "tutela della salute": punti fermi e perduranti incertezze nella giurisprudenza costituzionale*, ivi, 145.

Con riferimento alla incidenza della regolazione regionale sulla configurazione del ruolo della dirigenza del settore sanitario, occorre chiarire che non si affronterà in questa sede la questione del rapporto fra previsioni regionali e autonomia organizzatoria del direttore generale. L'oggetto dell'analisi che segue riguarda unicamente la verifica dell'emersione già in sede di disciplina normativa e amministrativa regionale (piani sanitari regionali e linee guida) di una linea di tendenza in ordine al ruolo della dirigenza e alla distribuzione fra i diversi uffici dirigenziali di compiti gestionali. Si tratta come è chiaro di una premessa necessaria all'esame della disciplina discendente dagli atti aziendali che, come tali, debbono uniformarsi agli indirizzi formulati dalla regione.

3.1 La distribuzione dei poteri decisionali e delle responsabilità gestionali fra direzione e dirigenza nella regolazione regionale

Gli ambiti di intervento regionale maggiormente suscettibili di incidere sul ruolo della dirigenza e sulla distribuzione fra le diverse figure dirigenziali delle competenze gestionali sono quelli che riguardano, in generale, la fissazione dei principi e dei criteri per l'adozione dell'atto aziendale e, in particolare, la previsione di discipline specifiche come quelle relative al dipartimento di prevenzione e conseguentemente al ruolo del relativo responsabile, alla regolazione della composizione e delle attività del collegio di direzione o del comitato di dipartimento²⁶.

Dall'esame della legislazione regionale, dei piani sanitari e delle linee guida relative agli atti aziendali emerge un quadro piuttosto frastagliato in cui si evidenziano alcune linee di tendenza comuni e alcuni aspetti che invece differenziano, anche in maniera consistente, le diverse realtà esaminate.

Nella quasi totalità dei casi le regioni promuovono, o meglio ancora danno per scontata, una distribuzione dei poteri decisionali fra le diverse figure dirigenziali rimettendo all'atto aziendale la identificazione dei compiti delle articolazioni organizzative alle quali è preposto un dirigente. In alcune ipotesi si fa riferimento alla necessità di individuare "autonomie e responsabilità" dei dirigenti. È il caso della l. r. Abruzzo, n. 146 del 1996, della l. r. Basilicata n. 39 del 2001, della l. r. Piemonte n. 10 del 1995, ma anche della l. r. Puglia n. 25 del 2006, in cui l'autonomia è intesa "come facoltà di porre in essere decisioni ai vari livelli".

Altre previsioni regionali si esprimono nel senso del riconoscimento ai dirigenti di "competenze" come la l. r. Toscana, n. 40 del 2005, o di "compiti" come la l. r. Marche, n. 13 del 2003, la l. r. Liguria, n. 41 del

²⁶ Per una prima ricognizione dell'incidenza regionale in materia di organizzazione delle aziende, si vedano i risultati presentati in A. PERRELLA, A. CICCHETTI, C. RICCIARDI, *Funzione ed evoluzione dell'atto aziendale di diritto privato nelle aziende sanitarie locali*, in *Org. san.*, 2003, 2.

2006 o, ancora, la l. r., Umbria n. 3 del 1998, la l. r. Friuli Venezia Giulia n. 8 del 2001 e la l. r. Veneto n. 56 del 1994. In alcuni casi a previsioni del genere si aggiungono quelle che rimettono all'atto aziendale l'individuazione anche degli atti che i dirigenti potranno adottare, come la l. r. Lombardia n. 31 del 1997 e la l. r. Val D'Aosta n. 5 del 2000. In questi ultimi casi evidentemente la scelta regionale in ordine ad un riconoscimento di effettive capacità gestionali ai dirigenti appare consolidata dalla necessità di individuare anche atti da ricondurre alla competenza di questi ultimi. In questo stesso senso si segnalano anche le linee guida adottate dalla giunta del Friuli Venezia Giulia con delibera n. 834 del 2005, in cui si fa riferimento ad atti amministrativi "di esclusiva pertinenza dei dirigenti".

Nella maggior parte delle ipotesi, alla generale previsione legislativa seguono previsioni più dettagliate contenute nei piani sanitari o nelle linee guida per l'adozione dell'atto aziendale. A questo proposito si riscontrano però differenze anche consistenti fra i casi in cui in atti di questo tipo si continuano nella sostanza a fissare, se pure in maniera più puntuale, criteri e principi relativi anche alla distribuzione dei compiti fra gli uffici dirigenziali, come accade per le linee guida adottate in Lombardia con delibera di giunta n. 14049 del 2003 o dalla giunta dell'Emilia Romagna con atto n. 86 del 2006, e i casi in cui invece la disciplina regionale arriva a dettagliare direttamente i compiti delle strutture al vertice delle quali è preposto un dirigente, come nella provincia di Trento, dove in realtà già la l. r. n. 10 del 1993 si occupava in modo piuttosto puntuale delle competenze dirigenziali.

Quanto al livello di decentramento da realizzarsi nella distribuzione di competenze, ovvero alla quantità e alla qualità dei compiti riconosciuti alla dirigenza, le diverse regioni effettuano scelte differenti. In alcune ipotesi, come nel caso della disciplina legislativa abruzzese, si riconosce autonomia organizzativa a livello di distretto e di presidio, in altre, come nel caso della legge della Basilicata, alla autonomia organizzativa dei distretti si aggiunge quella contabile e finanziaria. Altre previsioni, come ad esempio quella delle linee guida dell'Emilia Romagna, contemplano il principio "decentramento" come indicazione fondamentale per l'organizzazione delle aziende, rinviandone poi espressamente l'attuazione all'atto aziendale per l'individuazione di "un ruolo più incisivo del direttore di distretto". Nei casi di aziende sanitarie uniche per regione, come accade nelle Marche e come è stato disposto per il Molise dalla l. r. n. 9 del 2005, il livello di decentramento previsto dalle leggi risulta più accentuato, con l'evidente intento di garantire un adeguato margine di autonomia alle "zone", ex asl, in cui l'azienda unica risulta articolata. Nel caso delle Marche, in particolare, la legge prevede in maniera dettagliata ampi poteri dei direttori di zona, figure dirigenziali la cui nomina peraltro risulta sottratta al direttore generale e rimessa direttamente alla regione, ad ulteriore garanzia di una loro maggiore autonomia. Da ultimo si segnala la previsione, contenuta

nelle linee guida che la giunta campana ha adottato con atto n. 1364 del 2001, che affianca al principio dell'accentramento dei poteri di programmazione quello del "decentramento dei poteri gestionali mediante un organico sistema di deleghe ai dirigenti".

Ad incidere sulla distribuzione dei compiti fra le diverse figure dirigenziali contribuisce anche la scelta effettuata da alcune regioni in ordine a soluzioni che in diversi modi "centralizzano" i servizi tecnici e amministrativi. Questo evidentemente diminuisce la consistenza dei compiti che possono essere decentrati alle strutture dirigenziali. È il caso ad esempio del Molise, del Piemonte e della Provincia di Bolzano che nella legge n. 7 del 2001 ha previsto in proposito un coordinamento interaziendale dei servizi. Diversa, ma comunque significativa in ordine alla inevitabilmente minore estensione delle competenze amministrative dei dirigenti, la soluzione adottata dalla Toscana che ha costituito appositi enti per i servizi tecnico amministrativi di area vasta. Una soluzione sulla quale peraltro la regione ha mostrato di voler ulteriormente investire con il piano sanitario 2005-2007 in cui è formulato l'obiettivo della progressiva riduzione dell'impegno delle aziende "nelle funzioni tecnico amministrative di gestione da affidare a strutture specializzate di supporto a livello interaziendale di area vasta". Un caso in parte analogo a quello visto da ultimo è quello della regione Umbria che con legge n. 17 del 2005 ha promosso la costituzione fra le aziende sanitarie di una società consortile per la gestione integrata di funzioni tecnico-amministrative.

Un principio spesso richiamato in sede di disciplina regionale dell'organizzazione aziendale è quello di "distinzione". Qui, nonostante il riferimento testuale che, in casi come quello del regolamento regionale pugliese n. 9 del 2002, si fa all'indirizzo politico, la distinzione non riguarda il livello politico e quello gestionale, dal momento che all'interno dell'azienda non esiste una istanza politica, ma solo un'istanza gestionale. Certo in quest'ultima possono distinguersi perlomeno due piani, quello della gestione strategica, o indirizzo gestionale, e della gestione produttiva in senso stretto. In questo senso va inteso il rinvio al principio della distinzione fra indirizzo e gestione, presente nelle linee guida della Lombardia, nelle linee guida adottate dalla giunta del Piemonte con atto n. 80 del 2000, e in quelle della Campania. Più rispondente alla sostanza del tipo di ripartizione da applicarsi all'interno di una azienda sanitaria è probabilmente il riferimento alla separazione fra funzioni direzionali e funzioni gestionali richiamata dalle leggi regionali di Basilicata e Piemonte. In tutte le ipotesi appena viste, infatti, l'idea della distinzione rimanda con forza alla necessità di concentrare nella dirigenza la vera e propria gestione, riservando alla direzione generale unicamente le funzioni di top management.

Un riferimento presente in alcune discipline regionali e significativo in ordine alla configurazione del ruolo della dirigenza sanitaria è quello al

principio di collegialità, accolto, ad esempio, dalle leggi di Puglia e Liguria. Quest'ultima, peraltro, è l'unica a qualificare il collegio di direzione come vero e proprio organo dell'azienda. Lo stesso principio è fatto proprio espressamente dalle linee guida dell'Emilia Romagna ed è alla base anche della scelta della l. r. Marche di prevedere come organo il collegio dei direttori di zona.

Per quanto riguarda la distinzione fra responsabilità professionali e propriamente gestionali della dirigenza, si segnalano alcune previsioni regionali che intervengono in materia. È il caso, ad esempio, del Piano sanitario regionale 2004-2006 della regione Calabria, che accoglie la "distinzione fra responsabilità dei fattori produttivi (organizzazione) e responsabilità dell'attuazione dei processi (produzione)", e delle linee guida della Campania che distinguono fra una missione funzionale ed una missione produttiva. In altre ipotesi la regolazione regionale individua diverse tipologie di strutture, come il caso della l. r. della Toscana che distingue fra strutture organizzative professionali e strutture organizzative funzionali, prevedendo l'attribuzione ai soli dirigenti responsabili di queste ultime della competenza alla gestione del personale.

4 L'attuazione aziendale e la distribuzione dei poteri e delle responsabilità gestionali

L'analisi degli atti aziendali ha preso in considerazione esempi di atti di aziende sanitarie e di aziende ospedaliere per ogni regione. Ne è risultato un quadro abbastanza completo delle soluzioni adottate in sede aziendale in materia di distribuzione di compiti e responsabilità gestionali fra la dirigenza. Nel presentare i risultati dell'analisi si è privilegiato un metodo che inquadra le diverse ipotesi in un numero limitato di "modelli". Questo, se da un lato attenua la rilevanza di alcune differenze, dall'altro consente però di razionalizzare le diverse soluzioni in categorie significative.

Nella elaborazione dei modelli, nell'impossibilità di tenere conto di tutti gli aspetti in cui la distribuzione dei compiti fra i dirigenti viene in rilievo, si sono privilegiati alcuni temi che appaiono particolarmente significativi per comprendere il ruolo della dirigenza nel settore sanitario. In particolare si è prestata attenzione alla dimensione delle competenze che risultano comunque proprie del direttore generale e, quindi, al livello di accentramento dei poteri gestionali, al modello di direzione che emerge dall'analisi dei rapporti fra i membri di essa, alla modalità di impiego della delega e al suo ruolo nella configurazione delle capacità gestionali e, infine, ai livelli di decentramento realizzati in alcuni specifici ambiti come quello della gestione del personale, dell'organizzazione e degli acquisti.

Un altro aspetto che è importante precisare prima di passare all'illustrazione dei dati è che essi fanno riferimento unicamente a quanto

previsto in sede di atto aziendale. Non si è potuto tenere conto, cioè, della corrispondenza fra quanto disposto in essi e ciò che effettivamente accade nel quotidiano funzionare di una azienda. Il presupposto è quello per cui, essendo tali atti la fonte finale dell'organizzazione aziendale, la disciplina che contengono sia la regola ultima ed effettiva di funzionamento. Non si può escludere però del tutto che nella prassi si manifestino anche comportamenti diversi da quelli descritti e prescritti dall'atto aziendale.

4.1 Le competenze del direttore generale

La quasi totalità degli atti aziendali contiene una o più disposizioni relative agli atti e, in alcuni casi, alle attività riservate al direttore generale. Spesso si tratta di disposizioni che riproducono quanto già previsto in proposito dalla legislazione statale e regionale, a cui gli atti aziendali, non di rado, aggiungono ulteriori previsioni in materia. Evidentemente si tratta di regole estremamente significative per comprendere il modo in cui l'atto aziendale distribuisce le competenze e le funzioni gestionali fra i diversi uffici dirigenziali. Più ampia è la riserva al direttore, meno consistente sarà, di conseguenza, la responsabilità di gestione attribuibile al resto della dirigenza. Quel che interessa in questa sede, tuttavia, non è tanto procedere ad una ricognizione puntuale delle tipologie di atti riservati, quanto ricavare dei modelli tendenziali nei quali le scelte in materia possano essere inquadrate. In questo senso l'esame complessivo del gran numero di dati esaminati consente di evidenziare perlomeno tre modelli che vengono di seguito presentati in ordine crescente di potenziale decentramento delle competenze gestionali.

4.1.1 Il direttore "ipercompetente"

Si tratta di casi, a dire il vero poco frequenti, in cui le competenze del direttore generale vengono configurate in maniera estremamente ampia e tendenzialmente omnicomprensiva di tutte le attività gestionali. Questo avviene, in alcune ipotesi attraverso la riproposizione in sede di atto aziendale della previsione normativa in base alla quale "tutti i poteri di gestione" sono propri del direttore generale (ASL Bolzano; ASL 3 Torino, ASL 5 Messina, ASL Ba/5 Putignano) o attraverso formulazioni simili, quali quelle che rimettono a quest'ultimo "tutti i poteri di ordinaria e straordinaria gestione" (ASL 8 Vibo Valentia). Considerato, come si è sopra sostenuto, che con siffatta previsione il legislatore non ha inteso precludere l'esercizio di poteri gestionali alle altre figure dirigenziali previste nell'azienda, ma semplicemente rendere possibile la distribuzione di essi con atto privato del direttore, l'inserimento di tale disposizione nell'atto aziendale depone a favore di una scelta tendenzialmente accentratrice. In nessun caso, certamente, a questo corrisponde la effettiva riserva al direttore di tutti i poteri gestionali, ma sicuramente ci si trova di fronte ad un minore

investimento, perlomeno in termini di previsioni dell'atto aziendale, sul decentramento di essi.

In altre ipotesi la concentrazione delle competenze gestionali in capo al direttore emerge dall'elenco molto dettagliato degli atti riservati a quest'ultimo, atti che comprendono decisioni tendenzialmente proprie della gestione operativa e "fisiologicamente" tipiche, quindi, della dirigenza di struttura. È il caso ad esempio delle previsioni che riservano al direttore attività come quelle relative all'adozione di atti riguardanti la riqualificazione e l'aggiornamento del personale, i comandi e la mobilità, l'attività contrattuale (ASL1 Brindisi; ASL9 Trapani).

4.1.2 Il direttore a competenze limitate

Il caso più frequente è quello in cui le competenze del direttore vengono previste come limitate al governo generale dell'azienda. Questo evidentemente circoscrive a priori il ruolo del direttore, aprendo la prospettiva di un decentramento delle attività non comprese in quelle riservate.

In questo senso vanno gli atti in cui il ruolo del direttore generale è esplicitamente collegato alla funzione di top management. Sono numerose le ipotesi in cui ad esso viene riservato unicamente l'esercizio dell'indirizzo e del controllo dell'attività aziendale (ASL 5 Pisa, ASL 2 Lucca; ASL 3 Lagonegro, A.O. S. Filippo Neri Lazio, ASL Roma A, ASL 21 Legnago), dell'indirizzo strategico e gestionale (A.O. Santa Corona Liguria, ASL Modena) o, ancora, del governo dell'azienda (ASL 1 Salerno, ASL 8 Piemonte, ASL 10 Piemonte), distinguendo quest'ultimo dalla gestione di essa o affiancandolo all' "alta amministrazione la cui valenza strategica chiama in causa il ruolo del vertice aziendale" (A.O. Monaldi Napoli).

In una direzione simile si muovono le previsioni che, pur facendo riferimento alla gestione, riconoscono il direttore generale semplicemente "responsabile" del suo andamento complessivo (ASL 2 Umbria), attraverso la definizione di programmi e la verifica dei risultati (A.O. Umberto I Enna).

In tutti i casi a previsioni di questo genere segue un'elencazione più o meno puntuale degli atti che sono comunque propri del direttore e attraverso i quali egli esprime il governo strategico dell'azienda. Nell'elenco rientrano, nella quasi totalità dei casi, le nomine dirigenziali. Rispetto a ciò sono poche le eccezioni, come quella in cui la riserva al direttore è prevista per i soli incarichi di attribuzione di responsabilità di struttura complessa (ASL 5 Pisa). Ancora, nell'elenco rientra sempre l'adozione di tutti gli atti regolamentari, oltre che, naturalmente, dell'atto aziendale stesso. Sono sempre presenti anche gli atti di programmazione generale, di controllo e di alta amministrazione.

Le ipotesi in cui una simile elencazione manca sono piuttosto rari. Un caso è quello della ASUR Marche, in cui è presente unicamente una

descrizione del ruolo del direttore generale al quale, fra l'altro, si riconosce "il compito primario di impostare e regolare l'assetto organizzativo ed il funzionamento dell'azienda e di governare il sistema delle relazioni della struttura con il contesto istituzionale e socio-economico di riferimento", di presidiare "la dimensione politico-strategica aziendale" e di governarne "il livello gestionale-operativo".

4.1.3 Il direttore a competenze tassative

I casi sicuramente più interessanti sono quelli in cui la limitazione delle competenze del direttore generale è esplicita e non, come sopra visto, collegata alla generale previsione di un suo ruolo di "indirizzo". Nelle ipotesi appena esaminate, infatti, i compiti del direttore sono tendenzialmente circoscritti dalla scelta di riservare ad esso una funzione di governo strategico dell'azienda, ma nella sostanza a quest'ultimo, in quanto titolare originario di tutti i poteri gestionali, restano attribuiti tutti gli atti non esplicitamente propri delle altre figure dirigenziali. Del resto una norma di chiusura di questo genere è quasi sempre presente negli atti aziendali.

Diverso è il caso invece in cui l'elencazione dei compiti del direttore venga presentata come tassativa. Ipotesi di questo genere sono piuttosto rare, ma estremamente significative.

L'effetto della tassatività delle competenze direttoriali è ottenuto attraverso l'introduzione di un criterio residuale di attribuzione ai dirigenti di tutto quanto non è espressamente riservato al direttore. In questo senso si esprime, ad esempio, l'atto aziendale della ASL 19 Piemonte in cui, dopo aver rinviato all'elencazione fatta in allegato degli atti riservati al direttore, si prevede che "tutti gli altri atti amministrativi sono invece assunti con la formula della determinazione dai dirigenti di struttura complessa di I° livello, secondo le rispettive competenze, su proposta del direttore di struttura complessa di II° livello responsabile del relativo procedimento".

Una previsione del medesimo tenore è contenuta nell'atto aziendale della ASL 5 del Friuli Venezia Giulia, mentre, pur nella medesima prospettiva, la A.O. S. Filippo Neri del Lazio si segnala per la particolare chiarezza della soluzione adottata. Insieme all'atto aziendale viene, infatti, adottato il regolamento "concernente la separazione fra funzioni di direzione generale strategica e funzioni di direzione gestionale operativa dell'Azienda" in cui, dopo aver ribadito come l'attività di governo strategico spetti alla direzione generale, si precisa come dagli atti della direzione debbono ritenersi esclusi quelli che "configurino esercizio di attività gestionale". Ma c'è di più, in altra parte del regolamento è specificato che le funzioni dei tre direttori, così come descritte dall'atto aziendale, "hanno carattere esaustivo" e, quindi, rientrano "nelle attribuzioni proprie ed esclusive del personale dirigente tutte le funzioni di gestione e l'adozione dei connessi atti, che per il normale espletamento delle attività istituzionali...realizzano esercizio di ordinaria attività gestionale".

In senso analogo si presentano anche le previsioni dell'atto dell'A.O. Ospedali riuniti Trieste, in cui l'elencazione degli atti propri del direttore è seguita dalla previsione in base alla quale "tutti gli atti e i provvedimenti, non specificatamente riservati al direttore generale, sono di esclusiva competenza dei dirigenti che li adottano, nei limiti e per il raggiungimento degli obiettivi di budget loro assegnati e nel rispetto delle direttive in materia eventualmente impartite". In questo caso tuttavia merita segnalare come nel precedente elenco di atti direttoriali sia presente anche la previsione in base alla quale al direttore spetta ogni "atto ad elevato contenuto discrezionale, non di natura tecnico professionale, la cui materia non sia stata previamente regolamentata e non sia riservata, espressamente, ad altri soggetti aziendali". Ci troviamo quindi di fronte ad un doppio criterio residuale, il primo a favore dei dirigenti, quello visto da ultimo a favore del direttore. Resta da capire come conciliare quella che appare una contraddizione interna all'atto aziendale. In parte, certamente essa è tale, in parte, tuttavia, il conflitto si può risolvere tenendo conto che la seconda clausola residuale, quella a favore del direttore, riguarda gli atti ad elevata discrezionalità. Ai dirigenti, quindi rimarrebbero riservati gli atti a media e bassa discrezionalità. Certo la difficoltà di distinguere fra le categorie così ricostruite non garantisce in ordine alla certezza nel riparto di competenze, ma è indubbio che comunque l'impiego di clausole di residualità a favore della dirigenza resti il metodo che assicura il massimo livello di decentramento delle competenze gestionali all'interno dell'azienda.

4.2 Ruolo e funzione della direzione aziendale

Un'altra categoria di scelte significative in ordine alla distribuzione dei compiti gestionali è quella inerente alla articolazione dei ruoli interni alla direzione aziendale, con particolare riferimento al rapporto fra direttore generale e direttori amministrativo e sanitario.

A questo proposito sembra possibile individuare perlomeno quattro modelli che combinano accentramento, decentramento, dimensione della collegialità e distinzione-confusione delle competenze.

4.2.1 Il modello accentrato con confusione delle competenze

Ci troviamo qui di fronte ad ipotesi in cui al direttore generale viene riconosciuto un ruolo forte, generalmente abbinato ad un conferimento ampio di competenze gestionali. In corrispondenza di ciò i compiti dei due direttori amministrativo e sanitario appaiono meno definiti.

Non si tratta in verità di ipotesi frequenti anche se non mancano casi, come quello della ASL Teramo, in cui, anche dal punto di vista organizzativo le aree alle dipendenze dei vari direttori non sono identificate in maniera chiara. In questo caso, ad esempio, gli uffici che compongono la "tecnostuttura", che rappresenta il livello intermedio fra direzione

strategica e management aziendale, “si pongono alle dirette dipendenze della direzione generale, nel senso che formalmente dipendono dal direttore generale della ASL, ma nello stesso tempo anche dal direttore sanitario ed amministrativo per correlazione organica e soprattutto funzionale, per gli specifici ruoli e per le specifiche attribuzioni di questi ultimi, istituzionali o delegate”. È evidente, in una ipotesi come questa, la sovrapposibilità di ruoli fra i direttori, accentuata com'è dalla mancata chiarezza nella riferibilità ad essi del governo delle partizioni dell'apparato organizzativo aziendale. Manca anche una chiara elencazione delle competenze dei due direttori. È interessante poi notare come il quadro sia completato da una particolare enfasi sulla dimensione collegiale. Nel caso in esame, ad esempio, sono previsti, oltre al collegio direzionale, la conferenza dei servizi composta dal direttore generale e dai direttori dei dipartimenti, e la conferenza territoriale permanente, coordinata dalla direzione generale e alla quale partecipano i responsabili delle unità organizzative, i responsabili amministrativi e medici dei presidi, i responsabili dei dipartimenti non ospedalieri e i responsabili degli uffici della tecnostruttura.

Un caso, per certi versi, simile è quello della ASL 8 Vibo Valentia nella quale ad un ampio riconoscimento dei poteri gestionali al direttore generale si collega anche qui un forte richiamo alla collegialità, espressa, ad esempio, dal riconoscimento di ampie competenze alla decisione collegiale della direzione generale complessivamente intesa.

In altre ipotesi l'accentramento con confusione delle competenze si ricava dalla mancata indicazione dei compiti dei due direttori (ASL 15 Alto Padovano) o da previsioni come quelle che, una volta rimesse al direttore generale ampie competenze di gestione, prevedono per il loro l'esercizio l'“avvalimento” da parte di quest'ultimo dei direttori amministrativo e sanitario (ASL BA/5 Putignano, ASL 1 Umbria).

4.2.2 Il modello accentrato con distinzione delle competenze

Valgono a configurare un altro modello tendenziale le ipotesi in cui un certo accentramento di compiti in capo al direttore generale non va disgiunto però da una maggiore certezza nell'identificazione delle competenze proprie degli altri due direttori. In questi casi ci troviamo di fronte ad articolazioni più chiare dei ruoli dei tre direttori, con una configurazione di quello generale come vertice, per così dire, “forte”. Questo si ricava ad esempio dalla esplicita previsione di direttive e disposizioni con cui quest'ultimo orienta l'attività dei primi (ASL 5 Pisa, ASL 2 Lucca, ASL 9 Trapani) o dalla presenza di poteri di avocazione del direttore generale.

4.2.3 Il modello decentrato con distinzione delle competenze

Si tratta del modello più frequente che corrisponde ad una figura di direttore generale a compiti limitati. Ci troviamo di fronte a casi in cui le

competenze dei direttori amministrativo e sanitario sono definite in maniera precisa con elencazione, in alcuni casi, anche degli atti che ciascuno di essi può adottare (A.O. Umberto I Enna, A.O. Filippo Neri Lazio, ASL 10 Piemonte, ASL 2 Umbria).

In certe ipotesi dai direttori dipendono direttamente alcune strutture organizzative che di solito si trovano invece collocate in staff alla direzione generale (ASL 3 Lagonegro, A.O. Ospedali riuniti Trieste, ASL 4 Friuli Venezia Giulia), in altre ad essi sono riconosciuti autonomi poteri di delega delle proprie competenze (ASL Montalbano Jonico, A.O. Meyer Toscana) e di avocazione “della trattazione di affari che rivestano particolare rilevanza” nel contesto delle loro funzioni (ASL 4 Cosenza, ASL 3 Genovese).

4.2.4 Il modello decentrato con distinzione delle competenze e impronta collegiale

Si tratta, nella sostanza, di una sottocategoria del modello precedente. Al decentramento interno alla direzione e alla distinzione delle competenze fra i tre direttori si accompagna in questi casi un'impronta collegiale dello stile direzionale.

In alcuni casi questo dato emerge dal ruolo e dalla composizione del collegio di direzione. Significativo in questo senso il caso delle aziende dell'Emilia Romagna (ad es. A.O. Parma) in cui fra i componenti del collegio non è previsto il direttore generale. Questo vale a configurare quest'ultimo organismo come elemento di bilanciamento del ruolo del direttore, anche tenuto conto delle consistenti funzioni, non solo consultive, che sono riconosciute al collegio stesso. Un caso simile è anche quello della ASL 10 Piemonte, in cui tuttavia il collegio ha essenzialmente funzioni collaborative e di supporto al direttore.

In altri casi ci si trova di fronte alla contemporanea presenza di una articolazione esplicita dei diversi compiti riconosciuti ai tre direttori e di una serie di compiti propri della direzione generale complessivamente intesa (ASL Piacenza).

Da ultimo, significativi casi di decentramento con impronta collegiale sono quelli delle aziende sanitarie uniche (ad esempio ASUR Marche) o delle aziende ospedaliere che comprendono più presidi (A.O. Ospedali riuniti Ancona, A.O. Lodi). In queste ipotesi la collegialità che si accompagna al decentramento vale a garantire il governo unitario di realtà fortemente composite.

4.3 La distribuzione del potere decisionale fra delega e conferimento

Uno degli elementi più significativi del modello di distribuzione di poteri gestionali fra i diversi uffici dirigenziali è quello relativo alla tipologia di strumento impiegato a questo fine: la delega o il conferimento.

Prima di soffermarci sull'analisi dei dati esaminati e sulla ricostruzione dei modelli che ne emergono occorre chiarire però un punto fondamentale. La qualità imprenditoriale dell'autonomia riconosciuta all'azienda sanitaria e la natura privata del potere organizzativo che il direttore generale impiega in occasione dell'adozione dell'atto aziendale, da un punto di vista formale, qualificano qualsiasi scelta di articolazione fra i dirigenti dei poteri gestionali come "delega". Tali poteri, infatti, come si è avuto ampiamente modo di considerare, in quanto tutti "astrattamente" propri del direttore generale, possono essere trasferiti ad altre figure unicamente con uno strumento privato di dislocazione di competenze operative e gestionali, ovvero la delega.

Quale senso avrebbe allora distinguere fra vari strumenti di distribuzione del potere e, in particolare, come si potrebbe parlare di "conferimento" quale strumento alternativo alla delega?

La distinzione che proponiamo in questa sede ha ovviamente natura convenzionale, ma vale a differenziare fra due modalità fondamentali di dislocazione del potere gestionale: quella che chiameremo delega o delega in senso stretto, che rimette a puntuali decisioni del direttore la dimensione delle competenze gestionali riconosciute ai singoli dirigenti, e quella del conferimento, che invece prevede la fissazione in atti generali, regolamenti o nello stesso atto aziendale, dei compiti dei dirigenti, riservandone ad essi l'esercizio. In questo secondo caso la dimensione delle competenze gestionali è per così dire predeterminata ed agganciata all'ufficio ricoperto e non al singolo atto di incarico dirigenziale. Non è che in questo caso non ci sia una delega, ma essa è già contenuta nel riconoscimento generale dei compiti dell'ufficio effettuato con gli atti di organizzazione. In questo senso si può parlare, se pure impropriamente, di un conferimento, al fine di identificare con maggiore chiarezza la scelta di collegare le competenze all'organizzazione e alla distribuzione dei poteri fra gli uffici dirigenziali prima ancora che fra i dirigenti.

I due modelli così ricostruiti si differenziano anche sotto il profilo della certezza nella distribuzione dei compiti. Se, infatti, nel caso della delega in senso stretto, la tipologia di atti che il dirigente è chiamato ad adottare dipende da una decisione puntuale del direttore e come tale non necessariamente sempre uguale a se stessa, né necessariamente uniforme per tipologia di ufficio dirigenziale ricoperto, nel caso di quello che abbiamo chiamato conferimento, invece, gli atti tipici di un determinato ufficio dirigenziale saranno sempre gli stessi e comunque saranno quelli predeterminati nell'atto generale di organizzazione. Questo vale ad attribuire maggiore certezza alla distribuzione dei compiti e tendenzialmente corrisponde ad una maggiore propensione complessiva dell'organizzazione al decentramento decisionale.

4.3.1 Il modello della delega di poteri

Il primo modello che presentiamo è quello della delega in senso stretto. In questo caso il direttore si riserva di definire di volta in volta la dimensione, la qualità e i contenuti delle potestà decisionali riconosciute ai dirigenti. Non preesiste, cioè, rispetto all'atto di delega alcuna predeterminazione certa dei poteri dirigenziali in termini, ad esempio, di elenco di atti adottabili o di compiti propri, ma la loro consistenza è rimessa ad una decisione organizzativa puntuale del direttore.

Nell'atto aziendale in questo caso troviamo affermazioni estremamente generali, che possono essere poche (ad es. ASL 21 Legnago, ASL 15 Alto padovano) o numerose, ma comunque pur sempre bisognose di essere completate e rese attive attraverso deleghe puntuali. Quest'ultimo è il caso ad esempio della ASL Roma A, in cui, dopo aver previsto che i dirigenti esercitano funzioni di carattere gestionale, si dispone nel senso della necessità di una specifica delega per l'adozione da parte di essi di "decisioni, atti e provvedimenti, compresi quelli che impegnano l'amministrazione verso l'esterno, nonché la gestione finanziaria, tecnica e amministrativa".

Nell'ambito di questo modello possiamo ulteriormente distinguere i casi in cui la delega si presenta come autonoma, cioè, svincolata dal contratto di incarico, dai casi in cui invece coincide con quest'ultimo.

Una ipotesi esemplificativa di questa seconda evenienza è quella dell'ASL pugliese BA/5 Putignano, in cui, si prevede che alcuni incarichi dirigenziali siano "caratterizzati... anche dall'attribuzione di specifiche funzioni e compiti di natura gestionale". Tale attribuzione avviene per mezzo del contratto di incarico, tant'è che ai sensi dell'atto aziendale "la delega di funzioni dirigenziali è da intendersi... come la negoziazione degli obiettivi da raggiungere".

Un caso analogo è quello della A.O. Monaldi Napoli in cui è previsto anche che la delega debba essere "motivata con specifico riferimento ai profili di attitudine e di affidabilità del delegato". In una ipotesi siffatta è evidente la configurazione della delega come decisione che riguarda il singolo dirigente, in quanto individuo dotato di inclinazioni e abilità specifiche, e non il suo ufficio.

Anche l'atto aziendale della ASL Benevento prevede che i compiti dei dirigenti, pur essendo definiti in apposito regolamento, sono "più specificamente individuati, per singolo dirigente, nei contratti individuali all'uopo stipulati". La medesima previsione è contenuta nell'atto della A.O. ligure di Santa Corona, e anche per la ASL 1 Umbria si dispone che l'assegnazione delle responsabilità dirigenziali è accompagnata dalla "delega di opportune leve di gestione, quali, ad esempio, alcuni sistemi operativi di gestione del personale".

Più raramente nel modello della delega pura troviamo l'atto di delega separato dal contratto di incarico (ASL Teramo, ASL 8 Vibo

Valentia; ASL 1 Brindisi). In questo caso la flessibilità nella consistenza dei poteri gestionali è potenzialmente ancor più elevata, potendo questi modificarsi anche in corso di incarico attraverso la revoca e trasformazione dell'atto di delega.

4.3.2 Il modello del conferimento

Il modello del conferimento si differenzia dal sistema delle deleghe per la scelta di collegare a priori l'esercizio di competenze gestionali e l'adozione dei relativi atti all'ufficio dirigenziale, prevedendo nella sostanza una sorta di delega automatica nel momento in cui un soggetto viene preposto al relativo ufficio. Particolarmente chiara in questo senso è la previsione contenuta nell'atto aziendale della ASL 2 Umbra, nel quale è previsto che “il regolamento di organizzazione disciplina e articola le competenze dei vari livelli direzionali e dirigenziali e la preposizione al relativo ufficio da parte del direttore generale corrisponde alla delega all'adozione degli atti ivi contemplati”

Alcuni atti aziendali fanno esplicito riferimento all' “attribuzione” (ASL Modena) o alla “declaratoria delle competenze” (ASL 10 Piemonte) da prevedersi nell'atto stesso o in successivi regolamenti. Particolarmente significativo in questo senso è quanto previsto dall'atto della ASL 5 del Friuli Venezia Giulia in cui è disposto che “i dirigenti responsabili di struttura, ciascuno per quanto di rispettiva competenza, provvedono all'adozione di atti amministrativi e atti di diritto privato che impegnano l'azienda verso l'esterno, quale esplicazione dell'attribuzione in via diretta a titolo proprio di precise responsabilità sull'attività amministrativa”.

Naturalmente il conferimento, così come l'abbiamo qui inteso, può coesistere anche con la delega in senso stretto. Non sono infrequenti, cioè, i casi in cui l'atto prevede la possibilità di riconoscere al singolo dirigente uno specifico ulteriore potere decisionale non compreso in quelli conferitigli. In un modello come questo, però, la delega è immaginata come strumento per trasferire competenze che altrimenti sarebbero proprie del direttore generale (A.O. Ospedali riuniti Ancona; ASL 10 Firenze; A.O. Meyer Toscana) o “altri compiti” (ASL 3 Genovese) rispetto a quelli già propri della dirigenza ai sensi della disciplina organizzativa generale. Un caso interessante in questo senso è quello della ASL 4 di Cosenza in cui la delega è prevista come strumento di efficienza operativa. A questo proposito è infatti previsto che “al fine di consentire la velocizzazione dei procedimenti amministrativi, il direttore generale nell'ambito degli atti di sua competenza, può delegare le proprie funzioni a dirigenti professionalmente idonei, ai quali conferisce autonomia decisionale e finanziaria necessaria per lo svolgimento dei compiti trasferiti”.

Normalmente le competenze proprie (o meglio “conferite”) ai dirigenti sono fissate con regolamento, per la maggiore attitudine di questo tipo di atto a contenere elenchi di compiti e di tipologie di atti adottabili, ma

non mancano casi in cui è lo stesso atto aziendale a contenere l'indicazione di quali siano le attività dei dirigenti (ASL 5 Pisa; ASL 3 Lagonegro Basilicata; A.O. S.Filippo Neri Lazio; ASL Pavia; A.O. Lodi; ASL 19 Piemonte; ASL 4 Friuli Venezia Giulia). In questo secondo caso alla maggiore certezza che deriva dal modello del conferimento si aggiunge la maggiore rigidità della fonte che garantisce ulteriormente la presenza e la consistenza di una sfera di compiti propri della dirigenza. In alcuni casi questo quadro appare ancor più rafforzato dal riconoscimento di una vera e propria riserva dirigenziale di funzioni gestionali. È il caso, ad esempio, dell'A.O. S.Filippo Neri (Lazio), nell'atto aziendale della quale è testualmente previsto che "l'elencazione degli atti propri dei dirigenti... pur costituendo formale attribuzione di competenze, ha comunque carattere meramente esemplificativo e non è pertanto esauriente... di tutte le competenze e di tutti gli atti comunque connessi ad una corretta e compiuta attività gestionale di ciascuna articolazione organizzativa, nelle cui competenze debbono comunque ritenersi comprese tutte le attività che realizzano funzioni di gestione amministrativa, tecnica, finanziaria e di organizzazione delle risorse umane e strumentali, nonché di controllo...".

Quando, infine, il modello del conferimento con l'atto aziendale si accompagna con la tassatività dei compiti del direttore generale (e in alcuni casi anche di quelli sanitario e amministrativo) ci troviamo di fronte alla forma più consistente di garanzia di decentramento decisionale, realizzata non solo attraverso la fissazione di poteri riservati ai dirigenti con la massima fonte organizzativa dell'autonomia aziendale, ma anche per mezzo di una limitazione a priori dei compiti del direttore generale (v, ad esempio, ASL Pavia).

4.3.. Il modello misto delega-conferimento

Dopo aver illustrato le differenze fra i modelli che abbiamo chiamato della delega e del conferimento, occorre dare conto di ipotesi che si collocano per così dire in posizione intermedia fra i due, prevedendo l'impiego di entrambi gli strumenti. In alcuni casi questa concorrenza di mezzi è esplicitamente dichiarata, come accade per l'atto aziendale della ASL Piacenza in cui è previsto che "l'attribuzione ai dirigenti... dell'autonomia decisionale e gestionale... (avviene) mediante l'utilizzo dell'istituto della delega, o in alternativa o ad integrazione, dell'istituto delle attribuzioni in ragione delle esigenze od opportunità organizzative e gestionali".

In altri più frequenti casi la natura mista del modello prescelto risulta indirettamente dalle previsioni dell'atto aziendale. Una ipotesi particolarmente interessante è quella della ASL Montalbano Jonico, in cui accanto al conferimento ai dirigenti di competenze proprie per mezzo del regolamento di organizzazione, è previsto un impiego della delega in senso proprio per quanto riguarda i poteri riconosciuti agli uffici di staff e alle

strutture funzionali. Per questi ultimi, diversamente da quanto accade per uffici propriamente gestionali, non sono previste competenze predeterminate, ma è lasciato alla discrezione del direttore fissare di volta in volta l'ambito operativo e decisionale di ognuno di essi. Da un punto di vista di distribuzione dei compiti e dei poteri fra dirigenti questo rinvio alla delega crea, se pur limitatamente alle tipologie di uffici coinvolti, una flessibilità molto consistente. Basti pensare che per questi uffici non è predeterminata nemmeno la natura semplice o complessa della struttura. Di essi è infatti testualmente previsto che "hanno complessità variabile in funzione dello scenario organizzativo da fronteggiare e pertanto tale aspetto verrà di volta in volta chiarito nel documento di incarico". In un caso come questo abbiamo una piena inversione del rapporto fra tipo di ufficio ricoperto e incarico dirigenziale. Non è il secondo che dipende dal primo, ma sono la natura e la qualità dell'ufficio che finiscono per derivare dal tipo di incarico attribuito al dirigente che lo ricopre. La cosa interessante è notare come un meccanismo così accentuato di flessibilità, discendente dall'uso della delega, conviva con un modello di conferimento di funzioni per le altre tipologie di uffici che compongono l'azienda, ad indicare la possibile presenza di esigenze diverse e di modi diversi di soddisfarle in una medesima realtà organizzativa.

Altri casi di modello misto delega-conferimento sono invece costruiti per così dire verticalmente, differenziando lo strumento a seconda del livello dell'ufficio dirigenziale che riguarda. È il caso, ad esempio, dell'ASUR Marche in cui a livello di direttori di zona le competenze sono garantite sin dalla legge regionale e poi da un apposito atto organizzativo del direttore generale, mentre, ai livelli successivi una parte delle attribuzioni sono definite con atto di organizzazione, e una parte può essere invece delegata dai direttori di zona ai direttori di presidio, distretto, dipartimento, struttura. Un altro caso di modello misto verticale è quello della ASL 15 Piemonte in cui ad essere strettamente dipendenti dalla delega del direttore generale sono le competenze dei direttori sanitario e amministrativo, mentre quelle degli altri uffici dirigenziali sono definite in forma di conferimento.

La natura mista del modello può anche essere orizzontale e riguardare il tipo di attività invece che di ufficio dirigenziale. È il caso della ASL 3 Torino in cui, a fronte del conferimento di competenze organizzative interne ai vari uffici dirigenziali, è previsto che per l'esercizio da parte dei dirigenti di struttura di "autonomia gestionale a rilevanza esterna" è necessaria una specifica delega del direttore. Una ipotesi analoga a quest'ultima è prevista dall'atto aziendale della ASL della Valle d'Aosta.

Possiamo infine far rientrare nei casi di modello strutturalmente misto anche quelli in cui lo strumento di riconoscimento delle competenze dirigenziali non è qualificabile pienamente né come conferimento, né come delega. Una ipotesi del genere si presenta, ad esempio, quando, a fronte di

una attribuzione di competenze per regolamento, cosa che di per sé sembrerebbe configurare una garanzia di decentramento dei poteri decisionali, è invece prevista la facoltà del direttore “di porre in essere direttamente ciascuno degli atti delegati ai dirigenti, previa comunicazione ai medesimi, senza che ciò comporti la revoca dell’atto di delega” (A.O. Umberto I Enna).

4.4 I livelli di decentramento gestionale e il ruolo della dirigenza negli acquisti, nell’organizzazione e nella gestione del personale

Dopo aver esaminato le modalità di riconoscimento di competenze alla dirigenza, occorre ora soffermarsi brevemente su alcuni contenuti delle potestà decisionali ad essi riconosciute. A questo fine si prenderanno in considerazione dapprima un ambito che comporta l’adozione di atti idonei ad impegnare l’amministrazione verso l’esterno, poi un ambito a rilevanza meramente interna, infine, un ambito in cui la decisione ha valenza insieme interna ed esterna.

4.4.1 Le competenze ad effettuare le spese

Con riferimento alle competenze relative ai poteri di spesa, e quindi concernenti la possibilità di impegnare con propria decisione l’amministrazione verso l’esterno, dall’analisi degli atti aziendali emergono soluzioni diverse.

In alcuni casi tale competenza è espressamente riservata al direttore generale (ASL 18 Rovigo), il quale può delegare tale potere se pure con riferimento ad ipotesi determinate, come nel caso dei contratti il cui importo sia inferiore alla cosiddetta soglia comunitaria (ASL 5 Messina, ASL 9 Trapani, A.O. Umberto I Enna).

In altri casi la competenza è propria della struttura centrale a ciò deputata.

Rispetto alla frequente centralizzazione organizzativa degli acquisti sono previste anche ipotesi che attenuano la rigidità del modello come nel caso dell’atto della ASL di Montalbano Jonico nel quale è disposto che tale competenza possa “occasionalmente” essere esercitata “dal dirigente amministrativo di presidio, dal dirigente dell’unità operativa interessata, e/o da strutture di staff o da altro dipendente appositamente individuato, previa disposizione motivata del direttore amministrativo”.

In diverse ipotesi, la competenza di spesa è propria unicamente di alcune figure dirigenziali e riguarda soltanto certe tipologie di spesa. È il caso, ad esempio, della ASL 4 Friuli Venezia Giulia in cui è previsto che “ai centri di attività corrispondenti alle dieci strutture operative aziendali – i due ospedali, i cinque distretti e i tre dipartimenti territoriali – viene assegnato

un fondo di cassa di entità adeguata per consentire correttezza e celerità nel sostenimento delle spese di importo non rilevante”.

In più rare ipotesi, infine, tale competenza è riconosciuta a tutti i dirigenti, nel limite naturalmente del budget ad essi assegnato (ASL 5 Pisa, ASL BA/5 Putignano, ASL 3 Genovese).

4.4.2 Le competenze relative alla microorganizzazione

Molto più difficile è individuare la presenza di potestà gestionali interne relative all'organizzazione.

Come abbiamo ampiamente avuto modo di considerare l'organizzazione aziendale spetta innanzi tutto al direttore generale che nell'esercizio di essa articola le strutture e distribuisce le potestà gestionali. Di queste ultime possono (e dovrebbero) far parte anche i poteri relativi all'organizzazione della struttura che il dirigente è chiamato a gestire. Si tratta di scelte organizzative che naturalmente si collocano nell'ambito dell'articolazione aziendale già definita con l'atto e che intervengono unicamente sull'organizzazione interna della struttura. Per questo motivo ci si riferisce ad esse come a decisioni di microorganizzazione.

Dall'analisi effettuata sugli atti aziendali emerge la rara considerazione di questo aspetto fra le competenze attribuite o delegate alla dirigenza. In alcuni casi addirittura è espressamente previsto che anche le articolazioni interne alle strutture siano decise dal direttore generale. È il caso della ASL di Teramo che, quindi, esclude che fra i poteri gestionali dei dirigenti possano rientrare anche scelte di microorganizzazione.

In alcune più rare ipotesi tuttavia una quota di potestà organizzativa sembra essere riconosciuta a chi dirige una struttura come nel caso della ASL 9 Trapani in cui è espressamente previsto che i dirigenti di struttura complessa “adottano gli atti di organizzazione delle strutture assegnate”, nel caso della ASL 3 Genovese o nel caso della A.O. S. Filippo Neri che riconosce ai dirigenti il compito di articolare la propria struttura in settori.

Una sicura potestà organizzativa interna è infine quella riconosciuta ai dirigenti della ASL Piacenza che possono ricorrere alla delega di compiti ai propri collaboratori al fine di valorizzarne il coinvolgimento e la responsabilizzazione.

4.4.3 Le competenze relative alla gestione del personale

Fra i poteri di gestione che dovrebbero essere tipici della dirigenza ci sono anche quelli relativi al governo delle risorse umane. Si tratta di poteri che condividono con quelli di organizzazione la dimensione interna di contributo al funzionamento delle strutture e con quelli di spesa il fatto che nel loro esercizio il dirigente adotta atti che impegnano l'amministrazione in un rapporto, in questo caso quello di lavoro.

Nella maggior parte degli atti aziendali è genericamente previsto che ai direttori di struttura compete la gestione delle risorse umane. Più

raramente però i relativi poteri sono previsti in modo articolato (ASL 5 Pisa). Quasi sempre la previsione resta generale e spesso dal confronto con altre disposizioni emerge che tale gestione non comprende una serie di scelte chiave come quella dell'attribuzione di compiti al personale, che nella ASL 18 Rovigo, ad esempio, spetta al direttore generale, o come quella della mobilità interna del personale che nella ASL 5 Messina compete unicamente ai direttori sanitario e amministrativo, per cui ai dirigenti resta soltanto "l'adozione degli atti di gestione organizzatoria del personale che non comportino modifiche alla posizione funzionale dello stesso". Ancora, pur essendo buona parte degli addetti ad una struttura dirigenti, al direttore della struttura stessa normalmente non competono gli atti relativi al personale con qualifica dirigenziale che sono nella quasi totalità dei casi riservati al direttore generale.

Complessivamente, quindi, emerge un quadro limitato del decentramento dei poteri decisionali relativi alla gestione del personale.

4.5 Il rapporto fra vertice aziendale e dirigenza nell'esercizio delle potestà delegate o conferite

L'ultimo dato fondamentale da considerare ad integrazione delle considerazioni formulate a proposito delle modalità di riconoscimento di competenze alla dirigenza e dei loro contenuti riguarda i casi e le modalità di recupero del potere decisionale da parte dei vertici aziendali. Se, cioè, quanto fino ad ora esaminato riguarda il modo in cui la potestà gestionale si sposta dal vertice verso il basso, occorre ora riferire del percorso inverso.

In quest'ottica vengono in considerazione i processi dinamici attraverso i quali la direzione interviene sulle decisioni dei dirigenti o sulle potestà ad essi conferite.

Con riferimento al primo aspetto, quasi tutti gli atti aziendali prevedono la possibilità del direttore di annullare per motivi di legittimità gli atti adottati dai dirigenti. Nel caso di esercizio illegittimo delle potestà attribuite, quindi, il direttore recupera la competenza riconosciuta o delegata al dirigente e interviene, annullandolo, sull'atto adottato.

Cosa diversa è invece l'annullamento per motivi di merito. In questo caso la ragione del recupero verso l'alto del potere decisionale non è motivata dall'infrazione della legge, ma dalla non rispondenza della decisione presa a ragioni di opportunità, come tali valutabili unicamente in termini di scelte di merito. Per questo motivo la previsione di un potere di annullamento siffatto incide in maniera molto più consistente sull'autonomia decisionale del dirigente. In alcuni atti aziendali l'annullamento per motivi di merito è previsto espressamente soltanto per gli atti delegati, differenziando fra questi e quelli invece adottati nell'esercizio di competenze conferite e quindi, per così dire, proprie del dirigente. Una distinzione del genere è evidentemente presente unicamente

in alcuni dei modelli che adottano lo strumento del conferimento di competenze, che, come abbiamo constatato, non esclude che accanto ai compiti attribuiti possano essere contemplati compiti espressamente delegati che si aggiungono a quelli propri dei dirigenti (ASL 5 Pisa; ASL 10 Firenze). L'esclusione per questi ultimi dell'annullamento per motivi di merito consolida la garanzia della spettanza di certi poteri alla dirigenza e ne accentua l'autonomia decisionale e, conseguentemente, gestionale in alcune materie. Diversamente, la generalizzata previsione dell'annullamento per merito per ogni atto dirigenziale attenua l'autonomia gestionale anche negli ambiti "attribuiti" ai dirigenti (ASL Montalbano Jonico; ASL 4 Cosenza; A.O. Monaldi Napoli, ASUR Marche, ASL 3 Torino, ASL 10 Piemonte, A.O. Ospedali Riuniti Friuli Venezia Giulia e nello stesso senso anche le ASL 4 e 5 di quest'ultima regione).

Un caso interessante è quello della A.O. Lodi in cui al diretto potere di annullamento si preferisce lo strumento, indubbiamente più garantista in ordine ai poteri dei dirigenti, della richiesta di riesame. Il direttore generale, in questo caso, può chiedere che il dirigente riesamini la propria decisione segnalandogli "i vizi di legittimità o di merito o elementi di contrasto con gli indirizzi e gli obiettivi aziendali". Nello stesso senso dispone anche l'atto aziendale della ASL Bolzano.

Un'altra categoria di strumenti di recupero verso l'alto della potestà decisionale riguarda invece le competenze prima ancora che gli atti adottati nell'esercizio di esse. Si tratta dei poteri di sostituzione e di avocazione in virtù dei quali il direttore, ma non solo esso, può sostituirsi ad un dirigente inerte o riacquisire una competenza ad esso conferita o delegata.

Il potere di sostituzione è ampiamente previsto dagli atti aziendali che dispongono frequentemente che in caso di inerzia di un dirigente il direttore possa sostituirsi a quest'ultimo o incaricare un altro dirigente di farlo (ASL7 Ragusa, A.O. Ospedali riuniti Ancona, ASL 5 Messina, ASL Trapani). I poteri di sostituzione sono spesso accompagnati da garanzie quali la comunicazione al dirigente inerte (ASL 2 Umbra) o la previsione per esso di un termine allo scadere del quale, stante il perdurare dell'inerzia, si attiva la sostituzione. In quest'ultimo senso si esprime il regolamento dell'A.O. S. Filippo Neri in cui peraltro la sostituzione per inerzia o ritardo è di competenza dei direttori sanitario e amministrativo, i quali allo scadere del termine entro il quale il dirigente avrebbe dovuto adottare l'atto "possono nominare, tra i dirigenti appartenenti al medesimo ruolo, un soggetto con funzioni di commissario *ad acta* per l'adozione dell'atto o del provvedimento".

L'ultimo strumento di recupero delle competenze verso l'alto è quello dell'avocazione. Si tratta di una modalità di intervento sulle potestà attribuite o delegate ai dirigenti molto incisiva dal momento che non discende da un'inerzia del soggetto originariamente competente, ma è motivata unicamente dalla scelta della direzione di recuperare margini

decisionali in una determinata circostanza. Le ragioni dell'avocazione sono normalmente ricondotte dagli atti aziendali alla "particolare rilevanza" delle decisioni da adottarsi in una specifica materia, rilevanza che giustificerebbe il recupero del potere decisionale alla direzione generale.

L'avocazione viene prevista in diversi casi a favore del solo direttore generale che in qualsiasi momento può decidere di avocare a sé determinate competenze (ASL Montalbano Jonico; ASL 3 Lagonegro Basilicata, A.O. S. Filippo Neri Lazio); in altre ipotesi i poteri advocativi spettano anche ad altre figure dirigenziali quali i direttori di zona, come nel caso della ASUR Marche, o i direttori sanitario e amministrativo (ASL 3 Genovese) che operano sia di loro iniziativa, sia su indicazione del direttore generale (A.O. Ospedali riuniti Ancona; ASL Valle d'Aosta).

In alcune ipotesi si dispone infine che la decisione di avocazione debba essere espressamente motivata (ASL BA/5 Putignano Puglia; A.O. Monaldi Napoli).

5. Considerazioni conclusive

Al termine di questo percorso di esame degli atti aziendali si impongono alcune brevi considerazioni conclusive.

L'analisi degli atti rivela un quadro piuttosto variegato di soluzioni relative alla distribuzione delle potestà decisionali fra i vari livelli dirigenziali. Si va da modelli ad evidente forte accentramento, in cui la scelta di concentrare sulla direzione la maggior parte dei poteri decisionali è chiara sin dalla configurazione del ruolo del direttore e della direzione, a modelli in cui invece la volontà di decentrare le competenze gestionali è dichiarata e in alcuni casi coerentemente sviluppata attraverso un sistema di attribuzioni alla dirigenza circondato da garanzie adeguate.

Complessivamente però si nota una certa resistenza ad un decentramento che valorizzi effettivamente le capacità manageriali della dirigenza di struttura. I casi in cui questo è realizzato attraverso la coerente previsione di strumenti a ciò deputati e razionalmente collegati fra loro sono piuttosto rari. Nella maggior parte delle ipotesi, anche quando la volontà di decentramento decisionale è dichiarata, ciò finisce per realizzarsi solo in parte a causa della previsione di meccanismi di bilanciamento e contrasto. Ciò avviene in diversi modi, dalla riconduzione verso il centro delle decisioni considerate strategiche, alla previsione di verifiche di merito, fino allo svuotamento di alcuni contenuti chiave della potestà decisionale come quelli relativi alla gestione del personale e delle risorse.

Se si volesse tentare di tracciare una linea di tendenza, si potrebbe dire che, se un certo decentramento gestionale appare realizzato con riferimento all'alta dirigenza sanitaria (direttori sanitario e amministrativo, direttori di distretto, ecc...), ai successivi livelli si riscontrano più

“dichiarazioni” di autonomia gestionale che effettivi conferimenti di quest’ultima. La scarsa chiarezza in ordine alla specificità sostanziale del ruolo manageriale collegato alla direzione di struttura rispetto alle “responsabilità di gestione”, latamente riferite a tutta la dirigenza, completa il quadro.

Gli atti aziendali nella maggior parte dei casi non sembrano essersi fatti carico della risoluzione del problema che deriva dalla generalizzazione del ruolo dirigenziale e dalla conseguente confusione fra dirigente *professional* e dirigente che affianca a quest’ultima funzione anche quella di manager.

L’effetto è, fra gli altri, quello di una dirigenza del settore sanitario che continua a percepire se stessa come dirigenza professionale più che manageriale e di compiti di gestione che continuano ad essere concentrati nella direzione e nelle strutture di maggiore dimensione senza penetrare in profondità.

Non è un caso che diverse regioni abbiano realizzato o si stiano avviando a realizzare una centralizzazione di molte attività tipiche della gestione come quelle di spesa o di amministrazione delle risorse attraverso enti, consorzi o soggetti specializzati. L’obiettivo, apprezzabile, è quello di realizzare economie di scala e semplificazioni procedurali, ma è evidente anche il rischio di una definitiva fuoriuscita di aspetti chiave della gestione dalle aziende sanitarie. In questo modo sembra progressivamente allontanarsi l’idea della possibile combinazione fra competenze manageriali e professionali, perlomeno nella misura in cui l’oggetto delle prime converge in strutture specializzate anche organizzativamente separate dalle aziende.

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. La sensazione che si ricava dall’esame delle soluzioni organizzative di distribuzione delle competenze gestionali fra direzione e dirigenza è che si tratti di un meccanismo al quale le aziende stesse sembrano non aver creduto fino in fondo e che, di conseguenza, non è stato finora messo alla prova in maniera seria.