

Francesco Giulio Cuttaia  
Dottorando di ricerca in Diritto  
Pubblico  
Università degli Studi di Roma Tre

## La governance delle aziende sanitarie pubbliche e la diversificazione dei suoi processi evolutivi

*Sommario: 1 Considerazioni di carattere generale sulla governance regionale. 2 Gli assetti istituzionali della governance delle aziende sanitarie pubbliche. 3 Modelli rappresentativi di governance adottati da alcune Regioni. 3.1 Il modello lombardo. 3.2 Il modello veneto e gli altri modelli regionali che ad esso si ispirano 3.3 Il modello emiliano - romagnolo*

### **1. Considerazioni di carattere generale sulla governance regionale**

Un sistema sanitario deve prioritariamente perseguire alcune finalità che si possono così sintetizzare: incoraggiare e assistere gli individui a restare in salute; garantire l'equità di accesso ai servizi sanitari; fornire un'ampia gamma di servizi di standard qualitativo elevato; garantire la rapidità di accesso alle prestazioni<sup>53</sup>.

Il tutto deve essere compatibile con le esigenze di contenimento della spesa economico – finanziaria.

La valutazione dell'efficienza di un sistema sanitario comporta la risoluzione di due importanti questioni riguardanti, rispettivamente, la misurazione dei risultati con riferimento al raggiungimento degli obiettivi ad esso assegnati, quali il miglioramento della salute e l'equità del finanziamento; l'individuazione di parametri di efficienza che misurino l'impiego delle risorse economico – finanziarie.

Fin dalla sua istituzione il Sistema sanitario nazionale si è proposto come un sistema fondato sulla soddisfazione del diritto alla salute costituzionalmente garantito, articolato sulla base di un contesto normativo ispirato ai principi di buon funzionamento e del coordinamento organizzativo svolto dallo Stato, dalle Regioni e dagli Enti locali.

---

<sup>53</sup> H. MELLET; J. WILLIAMS, *Accountability and the accounting regime in the public sector. Some messages from NHS*, in *International journal of public sector management*, 9/1996, pp. 61-70.

Lo sviluppo del sistema, specialmente a partire dagli anni novanta del secolo scorso è stato caratterizzato dal fenomeno della c.d. aziendalizzazione del settore sanitario che ha favorito l'affermazione della centralità degli schemi concettuali di tipo aziendale nei processi di modernizzazione dell'amministrazione sanitaria, al pari di quello che si andava affermando in generale nell'ambito dell'amministrazione pubblica<sup>54</sup>.

Si può dire che il sistema sanitario nazionale si presenti tuttora come un sistema di aziende pubbliche coordinato soprattutto a livello regionale.

Infatti, soprattutto il d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229 ha definito una *governance* del sistema individuando nelle Regioni le istituzioni di riferimento, sotto il profilo organizzativo e finanziario, anche se la loro attività rimane vincolata ad atti di indirizzo e coordinamento ministeriali.

Con la riforma del Titolo V del 2001 si è rafforzata la potestà legislativa delle Regioni, le quali esercitano in maniera più incisiva le funzioni di programmazione, finanziamento e, in generale, di regolazione, nell'ampio quadro normativo fissato dalle leggi dello Stato.

Lo sviluppo evolutivo non ha avuto piena realizzazione a seguito del freno posto al federalismo fiscale. Tuttavia si può concludere che si è andato consolidando un decentramento istituzionale in sanità, contraddistinto da una forte centralizzazione regionale, tendente ad ottenere una piena autonomia fiscale, organizzativa e gestionale. Esigenza, questa, sviluppatasi particolarmente "in quelle aree geografiche del paese dove si è avvertita maggiormente la pressione delle istanze di managerializzazione"<sup>55</sup>, in virtù del fatto che proprio tali istanze hanno avuto positive concretizzazioni.

Tant'è vero ciò che l'esigenza in questione viene attualmente platealmente ribadita dalle regioni Lombardia e Veneto (seguite, al momento, dall'Emilia Romagna) a seguito dell'esito delle consultazioni referendarie tenutesi in quelle regioni il 22

---

<sup>54</sup> Per un profilo storico circa il processo di aziendalizzazione in ambito sanitario, cfr., *ex multis*, E. MENICHETTI, *L'organizzazione aziendale: le aziende unità sanitarie locali, le aziende ospedaliere e le azioni ospedaliere – universitarie*, in (a cura di) R. BALDUZZI, G. CARPANI, *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, il Mulino, 2013, pp. 232, ss.

<sup>55</sup> S. RUSSO, *Economia e management delle aziende sanitarie pubbliche*, Padova, Cedam, 2012, p. 20.

ottobre 2017 in un'ottica di regionalismo differenziato (o forse, a questo punto, di federalismo differenziato) che poggia la propria ragion d'essere sull'art. 116, co 3 Cost.

In tale contesto, ancora in piena evoluzione, si possono distinguere tre ambiti di intervento nei quali si sviluppano le *governances* regionali, riguardanti sostanzialmente: - l'elaborazione di un sistematico processo di programmazione, tenendo conto dei vincoli finanziari, della capacità produttiva delle aziende sanitarie e dei bisogni di salute espressi dall'utenza; - la fissazione dei criteri di ripartizione e di destinazione delle risorse finanziarie alle aziende sanitarie; - la definizione delle regole cui le aziende sanitarie devono ispirarsi nella scelta dei loro assetti organizzativi, garantendo il funzionamento del sistema secondo criteri di efficacia, di efficienza e di economicità.

In generale possono distinguersi gli obiettivi che le Regioni, a livello di macrosistema perseguono e che possono essere classificati come obiettivi politici e gli obiettivi aziendali, i quali sono incentrati sul funzionamento e sulla gestione delle aziende sanitarie e finalizzati a garantire l'erogazione delle prestazioni contemplate nei Lea.

Quale risultante dei diversi processi di riforma che si sono sviluppati negli anni, si può rilevare la presenza di due fondamentali modelli regionali: il primo, fondato su un sistema contrattuale basato sulla libera erogazione delle prestazioni sanitarie in regime di S.s.n. da parte dei soggetti accreditati; il secondo, che può essere definito come sistema integrato, basato sulla programmazione delle prestazioni sanitarie.

Il primo modello, che può essere definito come “modello Asl terzo pagatore”<sup>56</sup> è caratterizzato dalla competizione tra le strutture che erogano le prestazioni sanitarie e dalla libertà di scelta del paziente.

Il ruolo dell'Asl espressivo della funzione programmatrice in tale modello appare ridotto, giacché il paziente gode di un'ampia libertà di scelta tra le strutture sanitarie erogatrici delle prestazioni ed è tenuto a pagare solo la quota di compartecipazione alla spesa, laddove prevista.

---

<sup>56</sup> La definizione è ripresa da P. TEDESCHI, V. TOZZI, *Il governo della domanda. Tutela della salute, committenza, programmazione – acquisto – controllo*, Milano, Mc Grow – Hill Education 2004.

Buona parte della capacità di governo del sistema sanitario è concentrata sulle attività di accreditamento e sulla definizione dei criteri di erogazione delle prestazioni.

Tale schema è basato su un elevato livello di concorrenza che tende a garantire il perseguimento dell'efficienza. Tuttavia l'andamento della spesa sanitaria è correlato alla sola domanda con la conseguenza che il contenimento dei costi è difficile da perseguire.

Il secondo modello, che è quello dell'Asl come ente programmatore, è incentrato sulla funzione di programmazione da parte dell'Asl, la quale quindi attraverso il governo dell'offerta è in grado di gestire la domanda. L'Asl, infatti gestisce la maggior parte dei servizi e tende all'autosufficienza, cercando di contenere la domanda affinché questa non si rivolga a strutture esterne.

Tale modello presenta il vantaggio di assicurare un accurato monitoraggio sulle strutture private accreditate.

Proprio questo modello sembra essere prevalentemente seguito anche in virtù dell'esigenza di fronteggiare la politica di contenimento dei costi. Il che costituisce una ulteriore conferma della progressiva attenuazione, nell'ultimo quindicennio, di quella spinta al cambiamento che il processo di aziendalizzazione, avviatosi all'inizio degli anni novanta del secolo scorso, aveva impresso.

Questo perché, come sottolineato in dottrina, “le aziende sanitarie e il management devono rispondere all'imperativo del risanamento economico e sono, in qualche modo, sul banco degli imputati. L'onda del riflusso dell'aspettativa disattesa in una gestione responsabile ed efficiente dei sistemi sanitari regionale sembra voler contraddire le scelte orientate al decentramento di pochi anni prima e privilegiare un ritorno a logiche di governo *top-down*”<sup>57</sup>.

Un ulteriore impulso in tale direzione è stato impresso dalla l. 30 dicembre 2018, n. 145 (legge di Bilancio 2019), laddove all'art. 1, co. 516, è espressamente stabilito che nell'ottica del miglioramento dell'efficienza e dell'appropriatezza nell'uso dei fattori produttivi e della ordinata programmazione del ricorso agli erogatori privati accreditati, questi ultimi “siano preventivamente sottoposti a controlli di esiti e di

---

<sup>57</sup> A. TANESE, *Ruolo del management nel servizio sanitario – una storia in tre atti*, Milano, Egea, 2018, p. 223.

valutazioni con sistemi di indicatori oggettivi e misurabili, anche aggiornando quanto previsto dall'articolo 15 comma 14, primo periodo, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135”.

## **2. Gli assetti istituzionali della *governance* delle aziende sanitarie pubbliche**

I presupposti che sono alla base del processo di “aziendalizzazione” in ambito sanitario sono essenzialmente rappresentati, da una parte, dalla volontà di favorire la partecipazione attiva alla costruzione dell'equilibrio istituzionale, attraverso la definizione di un punto di bilanciamento rispetto alle attese dei diversi attori istituzionali (Stato, Regioni ed Enti locali) e, dall'altra, dalla volontà di definire un contesto in grado di assicurare la separazione tra politica e gestione.

Si può sostenere che l'aziendalizzazione costituisca una forma di gestione tipizzata dei soggetti pubblici erogatori delle prestazioni sanitarie costituenti il Servizio sanitario nazionale, come previsto dall'art.3 d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, s.m.i.

L'organizzazione aziendale del S.s.n. comprende le aziende unità sanitarie locali (Asl) e le aziende ospedaliere (A.O, le quali ricomprendono a loro volta anche le aziende ospedaliere universitarie).

Elemento di considerevole importanza è quello riguardante l'aspetto dimensionale dell'azienda stessa.

Se dal punto di vista dell'efficienza tecnico-operativa, sotto alcune condizioni, l'aumento delle dimensioni può permettere il conseguimento di migliori economie di scala, lo stesso aumento, al tempo stesso può rendere più complesso l'esercizio delle funzioni proprie dell'azienda stessa.

Per quanto riguarda la gestione, aziende più grandi richiedono una maggiore capacità di riconduzione a unità che non può essere affidata a una semplice moltiplicazione degli strumenti manageriali.

Nella prassi, l'aumento delle dimensioni medie si è accompagnato, infatti, ad un aumento delle distanze tra aziende molto grandi e aziende che rimangono vicine alle dimensioni tradizionali.

Quando si considerano le dimensioni delle aziende non si deve fare riferimento alle sole variabili "fisiche" come l'estensione territoriale o l'elevato numero del personale, ma anche alla variabile istituzionale (es. azienda a dimensione regionale o sub regionale, presenza o meno di un ente intermedio) o a quella del contesto di riferimento (es. area metropolitana).

In questa prospettiva è difficile rintracciare elementi sufficientemente comuni tra una azienda estesa che copre una parte rilevante di un sistema regionale e una di dimensioni più contenute, magari inserita in un contesto dove sono presenti enti intermedi con funzioni di governo.

Si tratta di vedere se le forme aziendali messe in campo dal sistema esprimano una sufficiente variabilità; al riguardo le riflessioni che devono essere fatte sui modelli di *governance* in ambito sanitario devono poggiare specialmente su quelle che sono le nuove realtà praticate sul campo, orientate a perseguire obiettivi di efficienza attraverso il contenimento delle spese.

L'azienda sanitaria pubblica costituisce uno strumento tecnico operativo delle Regioni funzionale alla realizzazione di finalità pubbliche di tutela e di promozione della salute e ad assicurare il rispetto dei LEA.

L'azienda sanitaria pubblica, a livello organizzativo, si contraddistingue per la presenza di una certa flessibilità nella gestione delle risorse che le vengono affidate, attraverso l'utilizzo di criteri di natura privatistica.

Il modello dell'azienda sanitaria pubblica che si è venuto delineando a partire dalle riforme degli anni novanta, è quella basata su di una azienda dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale, la cui organizzazione ed il cui funzionamento risultano essere disciplinati dall'atto aziendale che ha natura di diritto privato, nel rispetto dei principi stabiliti dalla legge regionale.

Le Asl si configurano pertanto come entità autonome ma soggette al finanziamento e al controllo della regione di appartenenza.

Infatti, la configurazione aziendale è esclusivamente funzionale al perseguimento di obiettivi pubblici i quali in materia sanitaria sono particolarmente stringenti, per cui l'autonomia imprenditoriale è fortemente ridotta e limitata alla organizzazione e al funzionamento gestionale dell'azienda.

Relativamente alle Asl l'organizzazione aziendale non può prescindere da una serie di contenuti necessari e obbligatori che deve possedere l'atto aziendale.

Per quanto riguarda le aziende ospedaliere l'ambito di autonomia appare ulteriormente ridotto giacché, pur essendo il modello organizzativo aziendale analogo nella sua impostazione a quello dell'Asl, l'operatività delle aziende ospedaliere è strettamente correlata alla programmazione regionale e la Regione è tenuta a verificare la permanenza dei requisiti (indicati dall'art. 4, co. 1 bis, l. 502/1992) in forza dei quali tali aziende sono costituite per scorporo dalle Asl, nonché la sussistenza dell'equilibrio economico – finanziario, avendo la Regione l'obbligo, in caso del venir meno dei requisiti o di grave disavanzo, di revocare la qualificazione aziendale e “retrocedere” l'A.o. a presidio ospedaliero dell'Asl (ai sensi dell'art. 4, co. 1 *quinques*, d.lgs. 502/1992).

In generale, con riferimento alle funzioni proprie delle aziende pubbliche, queste possono variare dal mero acquisto di prestazioni per conto del paziente, allo svolgimento di acquisto e produzione di prestazioni.

Volendo procedere in generale ad una sorta di classificazione di modelli aziendali, possiamo dire che esistono tre classi di aziende: le aziende di erogazione; le aziende di produzione; le aziende composte.

Le aziende di erogazione consentono agli individui di soddisfare direttamente le proprie necessità; le aziende di produzione invece realizzano attività finalizzate alla produzione di beni o servizi per il mercato che permettono a determinati soggetti di soddisfare indirettamente le proprie necessità; le aziende composte sono quelle nelle quali l'azienda di erogazione è intimamente collegata, in una economia complessa e solidale ad una o più aziende di produzione<sup>58</sup>.

---

<sup>58</sup> L'individuazione dei caratteri distintivi dell'azienda composta risale a P. ONIDA, *Economia d'azienda*, Torino, Utet, 1971.

Tra le aziende composte rientrano proprio quelle che, in base alla titolarità di un soggetto pubblico, sono definite pubbliche, le quali sono finalizzate al soddisfacimento dei bisogni della collettività attraverso l'espletamento di funzioni e lo svolgimento di servizi pubblici.

È importante evidenziare che nel settore pubblico i concetti di *funzione* e *servizio* sono correlati agli specifici risultati che derivano dal loro esercizio.

In particolare, il termine *funzione*, sta ad indicare una responsabilità dell'ente rispetto ad un'area di bisogno, mentre il *servizio pubblico* è legato alla produzione tecnica e alla erogazione di una prestazione definita in quantità e qualità<sup>59</sup>.

La funzione si estrinseca infatti nelle competenze e nel ruolo che l'ente pubblico deve possedere nel predisporre le necessarie attività, mentre il servizio rappresenta la capacità da parte dell'azienda di erogare prestazioni, al pari di una qualsiasi azienda di produzione.

In tale contesto è importante quindi sottolineare che, sulla base delle finalità assegnate alle aziende dai soggetti che istituiscono e ne determinano l'operare, è possibile distinguere tra aziende assegnatarie di specifiche funzioni e aziende che svolgono attività di produzione e di erogazione di servizi pubblici.

A questo proposito, si può affermare che le aziende sanitarie pubbliche costituiscono organizzazioni la cui primaria finalità è costituita dal perseguimento della tutela della salute delle persone che può avvenire in modo diretto, attraverso modalità di erogazione rivolte direttamente al paziente o, indirettamente, attraverso la garanzia delle prestazioni per il tramite di altre aziende.

Il processo di aziendalizzazione delle strutture pubbliche preposte alla erogazione delle prestazioni e dei servizi sanitari, si caratterizza per le seguenti peculiarità: il conferimento di personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica; l'introduzione di un sistema di finanziamento basato sulla tariffazione (attraverso i d.r.g.); l'attribuzione della responsabilità e del coordinamento di ogni azienda, sia essa Asl o A.o., a un

---

<sup>59</sup> Cfr. A. ZANGRANDI, *Amministrazione delle aziende sanitarie pubbliche: aspetti di gestione, organizzazione e misurazioni economiche*, Milano, Giuffrè, 1999.

Direttore generale, nominato dalla Regione e affiancato da un Direttore sanitario e da un Direttore amministrativo; l' introduzione di strumenti manageriali mutuati dall' aziendalistica privata, quali la gestione per obiettivi con assegnazione di responsabilità personale dirigenti; la definizione di un sistema contabile basato sulla contabilità economica – patrimoniale e sulla individuazione dei centri di costo; l' attivazione di verifiche della qualità e del gradimento del servizio da parte dell' utenza.

Basilare è l'atto aziendale di diritto privato attraverso il quale il Direttore può disciplinare tutti gli aspetti di organizzazione e funzionamento, individuando le strutture operative dotate di autonomia gestionale e tecnico – professionale<sup>60</sup>.

L' affermarsi di una logica aziendale all' interno del settore pubblico non esclude, tuttavia, come i processi decisionali siano ancora caratterizzati da una notevole complessità.

Tale complessità nel settore sanitario è forse avvertita più che in altri settori pubblici.

Un' analisi della *governance* deve tendere a considerare i gradi di discrezionalità che assicurino quella autonomia operativa in grado di segnare il definitivo passaggio da un modello formale di amministrazione, il c.d. modello burocratico in cui prevale il rispetto dei procedimenti formalmente corretti ad un modello caratterizzato da un' ampia discrezionalità degli organi titolari delle funzioni e delle competenze, bilanciata da una forte responsabilizzazione sui risultati, qual è il modello aziendale di tipo manageriale.

L'organizzazione sanitaria è tendenzialmente basata su una serie di profili che possono essere così definiti: direzione strategica (direttore generale, sanitario e amministrativo); direzione intermedia (sanitari e amministrativi con incarichi di direzione di dipartimento, di struttura complessa o semplice); nucleo operativo (sanitari con responsabilità professionale che erogano direttamente il servizio sanitario al paziente/utente); tecnostuttura (composta da coloro che lavorano in posizione di *staff* per una maggiore standardizzazione del lavoro consistente nelle prestazioni

---

<sup>60</sup> Per una descrizione della evoluzione dei profili organizzativi, cfr. G. REBORA, *Un decennio di riforme*, Guerini e associati, Milano, 2000.

sanitaria); *staff* di supporto (composto da coloro che offrono servizi indiretti di base, quali l' amministrazione del personale, il servizio di mensa, l' ufficio legale ecc.)<sup>61</sup>.

L'erogazione del servizio di assistenza sanitaria viene effettuata dalle aziende sanitarie pubbliche attraverso i Distretti sanitari di base, i Dipartimenti, i Presidi ospedalieri non costituiti in aziende ospedaliere.

Questa articolazione strutturale si può dire che costituisca il modello organizzativo di base al cui funzionamento presiedono i principi organizzativi fissati dalla normativa regionale anche in relazione alle esigenze territoriali.

Tuttavia il quadro di riferimento è fornito dalla normativa statale.

In particolare, i distretti, ai sensi dell'art. 3 – *quater* d.lgs. 502/1992 sono dimensionati sulla base di una popolazione minima, con facoltà attribuita alla Regione di abbassare la soglia minima in relazione ad una scarsa densità della popolazione e alle caratteristiche morfologiche del territorio.

Come già accennato, la disciplina della organizzazione dei distretti è riservata alle Regioni, ma essa comunque deve garantire, ai sensi dell'art. 3 – *quinques* d.lgs. 502/1992: a) l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali; b) il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extra – ospedaliere accreditate; c) l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni.

In particolare, ai sensi del suddetto articolo, il distretto deve garantire assistenza specialistica ambulatoriale; attività o servizi per prevenzione e la cura delle tossicodipendenze; attività o servizi consultoriali per la tutela della salute

---

<sup>61</sup> La ripartizione della organizzazione sanitaria è tratta da A. CICHETTI, *L'evoluzione dei modelli di governo: la aziendalizzazione*, in *Organizzazione sanitaria*, 1-2, 2003; S. RUSSO, op. cit., pp. 110, ss.

dell'infanzia, della donna e della famiglia; attività o servizi rivolti a disabili e anziani; attività o servizi di assistenza domiciliare integrata; attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale.

I dipartimenti costituiscono la spina dorsale del modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie.

Ai sensi dell'art. 4 d.lgs. 502/1992 l'organizzazione sulla base del modello dipartimentale è finalizzata ad assicurare la corretta gestione in materia clinico – organizzativa e della prevenzione, nonché in materia gestionale, quest'ultima sulla base della razionale e corretta programmazione della erogazione dei servizi sanitari e dell'efficiente impiego delle risorse assegnate, con riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati.

Ai sensi dell'art. 17 *bis*, co.1, l'organizzazione dipartimentale costituisce il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie.

Il direttore del dipartimento, il quale è nominato dal direttore generale dell'Azienda sanitaria, tra i dirigenti con incarico di direzione nelle strutture complesse aggregate nel dipartimento, predispone annualmente il piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili, sulla base di una concertazione con la direzione aziendale.

La programmazione delle attività dipartimentali, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e di verifica sono assicurate con la partecipazione attiva degli altri dirigenti e degli operatori assegnati ai singoli dipartimenti (art. 17 *bis*, co. 2).

Tra i dipartimenti, assume particolare rilevanza il dipartimento di prevenzione, il quale costituisce un organo operativo tenuto a garantire, ai sensi dell'art. 7 – *ter* d.lgs. 502/1992 le seguenti funzioni di prevenzione correttiva e di sanità pubblica anche a supporto dell'autorità sanitaria locale (cioè il Sindaco): a) profilassi delle malattie infettive e parassitarie; b) tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitaria degli inquinanti ambientali; c) tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro; d) sanità pubblica veterinaria; e) tutela igienico – sanitaria degli alimenti: f) sorveglianza e prevenzione nutrizionale; g) tutela della salute nelle attività sportive.

Inoltre il dipartimento di prevenzione contribuisce alle attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronico – degenerative in collaborazione con gli altri servizi e dipartimenti aziendali.

Anche per la nomina del direttore del dipartimento di prevenzione la competenza è attribuita al direttore generale che lo sceglie tra i dipendenti con almeno cinque di attività di anzianità di funzione.

I presidi ospedalieri sono gli ospedali non costituiti in aziende ospedaliere.

Rispetto a queste ultime, godono di una minore autonomia, pur gestendo una contabilità separata rientrante nel bilancio dell'azienda sanitaria.

Al vertice dei presidi ospedalieri sono il dirigente medico responsabile delle funzioni igienico – organizzative e il dirigente amministrativo cui è affidata la responsabilità gestionale.

La distinzione che intercorre tra i presidi ospedalieri e le aziende ospedaliere poggia su elementi quantitativi e qualitativi, giacché, ai sensi dell'art. 4 d.lgs. 502/1992, le Regioni possono procedere alla costituzione in aziende ospedaliere dei presidi ospedalieri che siano in possesso di una serie di requisiti.

In definitiva, è la dimensione (qualitativa e quantitativa) che costituisce il criterio discrezionale in base al quale è operata la scelta di conferire una specifica autonomia all'organizzazione ospedaliera, nel momento in cui questa viene elevata al rango di azienda ospedaliera.

In generale la gestione delle aziende sanitarie pubbliche, siano esse Aziende sanitarie locali che Aziende ospedaliere è modulata su una organizzazione di tipo aziendale che prevede l'affidamento ad un Direttore Generale, nominato dalla Regione, della responsabilità della gestione complessiva (ivi compreso il potere di nomina dei responsabili delle strutture operative dell'azienda).

Il direttore generale ha il compito di guidare l'organizzazione perseguendo il raggiungimento degli obiettivi definiti dalla programmazione sanitaria regionale e assicurando l'efficiente ed economica gestione delle risorse assegnate, garantendo nel contempo l'imparzialità e il buon andamento dell'attività amministrativa.

Il processo di aziendalizzazione appare comunque ben lungi dall'essersi completato o, per meglio dire, dall'aver comportato quella completa razionalizzazione della spesa sanitaria coniugata alla efficienza e cioè alla effettiva tutela del diritto alla salute, come era negli auspici del legislatore statale.

Prova ne sia l'attuale sottoposizione ai piani di rientro di ben sette Regioni (Puglia, Abruzzo, Sicilia, Lazio, Calabria, Campania e Molise, le ultime quattro anche commissariate) che dà la misura della forte divaricazione esistente tra il nord e il sud del Paese.

A tal riguardo nel novembre del 2018 il Ministero della Salute ha effettuato una verifica dei risultati conseguiti dai tavoli di monitoraggio riguardanti le sette Regioni sottoposte al piano di rientro, ricavando considerazioni moderatamente positive sull'andamento del contenimento dei costi<sup>62</sup>.

### **3. Modelli rappresentativi di *governance* adottati da alcune Regioni**

Come è stato opportunamente evidenziato in dottrina, dalla riforma del titolo V della Costituzione si è andato “consolidando un orientamento secondo il quale gli aspetti più strettamente di carattere programmatico ed organizzativo si ritengono pienamente devoluti alle prerogative regionali dando, così, vita a quell'arcipelago di sistemi sanitari regionali all'interno del quale, da tempo, siamo venuti a trovarci”.<sup>63</sup> Ciò, con particolare riferimento ai profili organizzativi, riguardo ai quali si sono già da qualche tempo delineati modelli di sanità territoriale che tendono ad accentuare o comunque a consolidare il processo di aziendalizzazione, sia pur in forme tra di loro diversificate.

---

<sup>62</sup> Cfr. <http://www.salute.gov.it/portale/home.html> dove sono pubblicate le schede delle ultime verifiche dei tavoli di monitoraggio. Dalla lettura del *report* ministeriale, secondo l'ARIS (Associazione religiosa istituti socio – sanitari) si dovrebbe ricavare la conclusione del sostanziale fallimento del processo di aziendalizzazione, giacché “non soltanto i conti in sanità sono migliorati solo grazie al rigido controllo dello Stato...ma il processo di aziendalizzazione non è nemmeno riuscito, pur potendolo fare, a valorizzare la risorsa umana e personale” ([www.arisassociazione.it](http://www.arisassociazione.it) del 16/11/2018).

Una valutazione sostanzialmente negativa è stata altresì espressa dall'Ordine dei medici (FNOMCEO) il quale auspica che sia superata la politica dei tagli, ridimensionare i poteri dei direttori generali e “riportare il controllo della spesa sanitaria nelle mani dei professionisti della salute. Cioè i medici” (P. VIANA, intervista al Presidente FNOMCEO, Filippo Anelli, in [www.avvenire.it](http://www.avvenire.it), 24/04/2018).

<sup>63</sup> C. BOTTARI, *Verso una revisione sociale, giuridica e istituzionale del Servizio sanitario regionale*, in *Corti supreme e salute*, 2/2018, p. 3.

### 3.1 Il modello lombardo

La Regione Lombardia con la legge regionale 11 agosto 2015, n. 23, ha proceduto a razionalizzare i costi attraverso la costituzione delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), in numero di otto, in sostituzione delle precedenti quindici Asl e attraverso la creazione delle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST), in numero di ventisette, che sostituiscono le precedenti ventinove Aziende Ospedaliere (cui sono da aggiungere quattro IRCCS pubblici).

Alle ATS spettano compiti di programmazione e controllo (in questo senso la modifica sostanziale, da Aziende ad Agenzie), mentre alle ASST (dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa) spettano i compiti di erogare i servizi territoriali assicurando, con il concorso di tutti i soggetti erogatori, i LEA e gli eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie<sup>64</sup>.

Il principio ispiratore della normativa regionale lombarda è quello della sussidiarietà, laddove, all'art. 2, lett. b) l.r. 23/2015, viene assicurata la “pari accessibilità dei cittadini a tutti i soggetti erogatori di diritto pubblico e di diritto privato, nell'ambito della programmazione regionale, in modo da garantire parità di diritti e di doveri di tutti i soggetti che concorrono alla realizzazione della rete dell'offerta”.

Tale obiettivo è realizzato attraverso l'attivazione di un sistema che, da una parte, con la restituzione delle Agenzie di tutela della salute rafforza il ruolo della programmazione proponendosi l'obiettivo di attuare “il passaggio dal governo dell'offerta al governo della domanda volto ad articolare la rete sulla base dei bisogni dei cittadini attraverso una stratificazione della domanda”<sup>65</sup>; dall'altra, con la creazione delle ASST, accentua il processo di aziendalizzazione, prevedendo articolazioni organizzative a rete e modelli integrati tra ospedale e territorio.

---

<sup>64</sup> Per una dettagliata analisi del modello lombardo, cfr. M. RANDAZZO, *Il sistema socio – sanitario lombardo* in (a cura di) C. BOTTARI, P. DE ANGELIS, *La nuova sanità territoriale*, Maggioli, 2016, p. 98.

<sup>65</sup> S. MANFREDI *Il modello lombardo della presa in carico, spunti normativi e cambiamenti organizzativo – gestionali*, in *Corti supreme e salute*, 2/2018, p. 346.

In tal modo si supera la “logica ospedalocentrica e della separazione tra ospedali e territorio”<sup>66</sup>, essendo le ASST articolate in settore “polo ospedaliero” e settore “rete territoriale”.

Al settore polo ospedaliero fanno riferimento le strutture ospedaliere presenti sul territorio; al settore rete territoriale fanno capo i presidi socio - sanitari territoriali (PreSST); i presidi ospedalieri territoriali (POT); le altre unità di offerta territoriali.

La peculiarità sta nel fatto che le ASST sono abilitate ad erogare prestazioni ospedaliere territoriali, fornendo al cittadino un unico riferimento per l’accesso alle prestazioni sanitarie.

### **3.2 Il modello veneto e gli altri modelli regionali che ad esso si ispirano**

La Regione Veneto, con la legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19, ha proceduto alla ridefinizione dell’assetto organizzativo delle Aziende ULSS attraverso l’istituzione dell’Azienda Zero con l’obiettivo di centralizzare in capo ad un unico soggetto le funzioni di supporto alla programmazione sanitaria e socio – sanitaria riconducendo così ad una sola entità l’intera attività di gestione amministrativa su scala regionale<sup>67</sup>.

Tale nuovo assetto si inserisce nel quadro di un miglioramento della qualità e dell’efficienza nella gestione dei servizi avendo osservanza della necessità di razionalizzazione dei costi garantendo tuttavia l’appropriatezza e l’uniformità nella erogazione delle prestazioni.

Le funzioni di centro di responsabilità non si esauriscono nella sola tenuta della contabilità economico – patrimoniale (ivi compresa la redazione del bilancio consolidato preventivo e consuntivo del Servizio sanitario regionale), ma concernono anche l’attivazione di un sistema di controllo interno che ha ad oggetto mansioni e procedure, nonché l’armonizzazione dei sistemi informativi e dei sistemi informatici dei soggetti partecipanti al consolidamento dei conti.

---

<sup>66</sup> S. MANFREDI, op. cit., p. 347.

<sup>67</sup> Proprio il tema della centralizzazione in ambito regionale ha sollevato non poche perplessità, essendo avvertito da alcuni Autori un freno alle politiche integrate socio-sanitarie e, soprattutto, una “totale marginalizzazione dei sindaci e molto altro, mentre nulla viene innovato nella rete ospedaliera” (F. TONIOLO, *L’esperienza della Regione Veneto*, in *Corti supreme e salute*, 2/2018, p. 3).

Tutto ciò comporta l'attribuzione all' Azienda Zero di compiti di indirizzo in materia contabile nei confronti delle Aziende Ulss e degli altri enti del Servizio sanitario regionale.

Relativamente alle funzioni attinenti alla gestione di attività tecnico – specialistiche, queste comprendono un insieme di funzioni di supporto svolte dall' Azienda Zero in favore degli organi politici e delle altre strutture sanitarie.

In primo luogo viene in evidenza la centralizzazione degli acquisti, della selezione del personale e delle procedure di accreditamento realizzata proprio attraverso l'istituzione dell'Azienda Zero, con la quale il legislatore regionale ha inteso approntare un incisivo strumento di contenimento dei costi.

Sempre in un'ottica di centralizzazione di funzioni prima esercitate da più soggetti, si collocano i poteri attribuiti all'Azienda Zero di autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie e sociosanitarie.

Correlato a tale funzione è l'affidamento all' Azienda Zero della gestione del contenzioso del lavoro e sanitario, attraverso la sottoscrizione di una convenzione con ogni singola Azienda Ulss, Azienda ospedaliera, Azienda ospedaliera universitaria e Istituto oncologico Veneto che garantisca il patrocinio e la difesa.

L'Azienda Zero è tenuta inoltre a fornire il supporto tecnico alla formazione manageriale e del rischio clinico.

Anche altre Regioni hanno proceduto a modificare i rispettivi assetti attraverso l'istituzione di una unica azienda assimilabile in parte al modello costituito dall' Azienda Zero del Veneto.

Si fa in particolare riferimento alle esperienze della Regione Liguria e a quanto sta avvenendo per la Regione Friuli Venezia Giulia.

In particolare, la Liguria, con la l. 29 luglio 2016, n. 17 istitutiva dell'Azienda Ligure Sanitaria (ALISA) e la l. 11 maggio 2017, n. 9 istitutiva dei Dipartimenti Interaziendali Regionali (DIAR), ha dato vita ad un importante processo di riforma della *governance* del sistema sanitario.

Pur mantenendo le ASL preesistenti, si è proceduto ad aumentare l'accentramento attraverso l'istituzione della citata Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria che

si è venuta a configurare quale garante di una *governance* unitaria e coordinata del Sistema Sanitario Regionale, in grado di accentrare e ricondurre ad unità competenze di programmazione, coordinamento, indirizzo e controllo delle aziende.

Alisa, a livello giuridico, è infatti un'azienda Sanitaria del Servizio Sanitario Regionale, dotata di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia amministrativa, patrimoniale, organizzativa, tecnica, gestionale e contabile.

In particolare le DGR 7/2017 e 6/2017 evidenziano le funzioni di *governance* esercitate nei confronti delle Aziende sociosanitarie ed enti del servizio sanitario regionale, ed il ruolo di azienda “capogruppo del servizio sanitario regionale”. Ad Alisa sono attribuite infatti funzioni non soltanto relative all'efficientamento ed alla razionalizzazione della spesa, ma anche funzioni di natura strategica e clinico-assistenziale, compresa anche la gestione delle relazioni con tutti gli attori, interni ed esterni al sistema.

A livello sovra aziendale sono stati istituiti i DIAR, nuove unità organizzative per garantire il governo clinico, che hanno lo scopo di dotare Alisa di uno strumento organizzativo di programmazione e d'integrazione dei livelli di assistenza e delle attività sanitarie e socio sanitarie, nonché a costituire un'occasione di indirizzo, governo e confronto professionale.

Per quanto concerne invece la Regione Friuli Venezia Giulia, merita di essere brevemente citato il nuovo disegno di legge regionale avente ad oggetto una riforma del servizio sanitario regionale.

Si fa in particolare riferimento alla volontà di procedere a ridefinire l'assetto di *governance* del sistema sanitario, prevedendo la creazione di un'azienda che assicuri la duplice finalità di garantire il supporto alla direzione centrale competente ed alle aziende sanitarie nel governo del sistema (Azienda regionale di coordinamento per la salute, ARCS), funzionale al coordinamento e all'attuazione dei servizi. Ad essa si accompagna la creazione di tre aziende di area vasta che comprendano al loro interno sia l'area territoriale che quella ospedaliera.

Anche la Regione Sardegna con la legge regionale 27 luglio 2016, n. 17 ha modificato l'assetto istituzionale del Servizio sanitario regionale, istituendo l'Azienda per la Tutela della Salute.

In particolare, l'ATS nasce dalla fusione per incorporazione delle sette precedenti ASL e ad essa si affiancano otto aree socio-sanitarie, corrispondenti ai territori delle vecchie ASL.

All'ATS, sulla base degli atti di indirizzo deliberati dalla Giunta regionale e delle direttive dell'Assessorato competente in materia di sanità, sono riconosciute le medesime funzioni di controllo e programmazione delle ATS lombarde.

### **3.3 Il modello emiliano – romagnolo**

Il modello emiliano – romagnolo è incentrato sulle “Case della salute”, strutture grazie alle quali si punta a realizzare l'integrazione tra prestazioni sanitarie e sociosanitarie in funzione della unitarietà dei livelli essenziali di assistenza<sup>68</sup>.

Nel sistema emiliano – romagnolo il profilo istituzionale – sociale appare nettamente prevalente sugli aspetti aziendalistici, giacché è prioritaria la finalità assegnata al modello organizzativo, intesa a far identificare la Casa della salute “come centro necessario per la cooperazione multiprofessionale dei sanitari, nel contempo un luogo di facile identificazione per l'utenza, che sappia fornire in maniera adeguata assistenza primaria”<sup>69</sup>.

In tale contesto, comunque, le Aziende sanitarie svolgono un ruolo fondamentale, non solo come committenti delle prestazioni sanitarie, ma anche come erogatrici, gestendo direttamente la produzione dei servizi e delle prestazioni sanitarie.

---

<sup>68</sup> Sul punto cfr. A. BRAMBILLA, G. MAGIOCCO, *Le case della salute*, in *Recenti Progressi della Medicina*, 2014, 105 (4), pp. 147 – 150.

Secondo gli AA. le Case della salute sono “strutture sanitarie e socio-sanitarie polivalenti e polifunzionali, che si prendono cura delle persone fin dal momento dell'accesso, con la collaborazione dei professionisti e la condivisione di percorsi assistenziali, favorendo lo sviluppo della gestione integrata delle patologie croniche, secondo le logiche della medicina di iniziativa, proprie del cronic care model, ormai validato a livello internazionale” (op. cit., p. 148).

<sup>69</sup> C. BOTTARI, op. cit., p. 8, il quale riprende il pensiero di D. ROSSI, *Il sistema emiliano – romagnolo*, in C. BOTTARI, P. DE ANGELIS (a cura di) *La nuova sanità territoriale*, cit., p. 26.