



MASTER IN DIRITTO SANITARIO

45

Diritto e amministrazione della sanità

Approfondimenti - a.a. 2018/2019

- La valutazione delle performance
- Le carte dei servizi come strumento di partecipazione per diminuire i disservizi in sanità
- Gli appalti in sanità: disciplina generale e peculiarità



ALMA MATER STUDIORUM UNIVERSITA' DI BOLOGNA

SP.I.S.A.

Scuola di Specializzazione in Studi sull'Amministrazione Pubblica

C.R.I.F.S.P.

Centro di Ricerca e Formazione sul Settore Pubblico

**Master Universitario di I livello in Diritto e
Amministrazione della Sanità a.a. 2018-2019**

Diritto e amministrazione della sanità

Approfondimenti – a.a. 2018/2019

La valutazione delle performance

Le carte dei servizi come strumento di partecipazione per diminuire i disservizi nella sanità

Gli appalti in sanità: disciplina generale e peculiarità

a cura di Marcella Gola



2020

ISSN 2464-8736

ISBN 9788854970328

Edito da SP.I.S.A. – C.R.I.F.S.P.

www.spisa.unibo.it

Il presente volume raccoglie i risultati dei progetti di ricerca elaborati dagli allievi del Master Universitario di I Livello in Diritto e amministrazione della sanità, giunto nell'a.a. 2018/2019 alla 28° edizione, presso la Scuola di Specializzazione in Studi sull'Amministrazione Pubblica dell'Alma Mater Studiorum- Università di Bologna. Gli studi redatti si propongono di analizzare alcuni profili di particolare interesse e attualità del settore medico-sanitario, la cui rilevanza potrà essere accentuata in ragione dell'emergenza insorta a causa della pandemia da Corona virus che porterà a una rinnovata riflessione sul ruolo della sanità, pubblica e privata, a fronte dell'obiettivo primario della tutela della salute. I temi selezionati sono quelli della valutazione delle performance in ambito sanitario (coordinato dalla prof.ssa Marcella Gola), della carta dei servizi sanitari (coordinato dalla prof. Anna Cicchetti) e di alcune problematiche e peculiarità della disciplina in tema di appalti pubblici in sanità (coordinato dall'avv. Federico Laus).

SOMMARIO

Parte I

LA VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE

a cura di Marcella Gola

La performance sanitaria

di Laura Andrei

SOMMARIO: **1.1** Quadro di Sistema; - **1.2** Sistema di misurazione e valutazione della performance come prospettato nel D.lgs. 150/2009; - **1.3** Disamina di alcune dimensioni della performance sanitaria; - **1.4** La scelta degli indicatori e delle metodologie; - **1.5** Definizioni degli indicatori; - **1.6** Le caratteristiche dei bisogni e della domanda espressa dagli utenti; - **1.7** Struttura dell'offerta, personale e attività dei sistemi sanitari: un confronto internazionale; - **1.8** Conclusioni.

L'integrazione tra prevenzione della corruzione e performance

di Marina Brunello

SOMMARIO: **1.** La Legge 190/2012 – **2.** La Delibera ANAC n. 6/2013 – **3.** Il ruolo della trasparenza – **4.** PTPCT e Performance – **5.** Il ruolo degli OIV – **6.** L'Integrazione tra la prevenzione della corruzione e la performance in Emilia Romagna – **6.1.** I Piani della Performance delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna – **6.2.** L'osservazione dei risultati – **7.** Considerazioni conclusive.

Il valore dell'autovalutazione nel sistema di misurazione della performance

di Alberto Bettiol

SOMMARIO: **1.** Premessa; **2.** L'origine storico-filosofica della misurazione della performance e la sua influenza nella legislazione italiana; **3.** Gli elementi essenziali della valutazione (cenni); **4.** La circolarità della performance; **5.** Profili inerenti la complessità della valutazione; **6.** I più frequenti errori di valutazione; **7.** Le tre regole fondamentali per comprendere la valutazione; **8.** Strumenti e tecniche di autovalutazione; **9.** Conclusioni. Allegati: n. 1 Scheda di autovalutazione del rendimento; n. 2 Scheda di percezione della valutazione; n. 3 Scheda dei comportamenti attuati e dei risultati raggiunti.

Parte II

LE CARTE DEI SERVIZI QUALI STRUMENTI DI PARTECIPAZIONE PER DIMINUIRE I DISSERVIZI NELLA SANITÀ

a cura di Anna Maria Cicchetti

Lo Stato come autorità erogatrice di prestazioni: da funzione amministrativa pubblica a servizio pubblico

di Isabella Di Giovanna

SOMMARIO: - **1.** Lo Stato come autorità erogatrice di prestazioni: da funzione amministrativa pubblica a servizio pubblico; - **1.1** Concezione soggettiva di servizio pubblico; - **1.2** Concezione oggettiva di servizio pubblico; - **2.** Servizi pubblici in ambito comunitario; - **3.** Il servizio pubblico e il rapporto con gli utenti; - **3.1** L'utente/cliente nel SSN; - **4.** Conclusioni.

Carta dei servizi: natura e ratio

di Federica Camurri

SOMMARIO: - **1.** L'introduzione della carta dei servizi: contesto storico di riferimento tra la riforma del SSN e la riforma del procedimento amministrativo e accesso agli atti; Natura giuridica della carta dei servizi e le diverse forme di tutela; - **2.** Struttura della carta dei servizi in sanità, identificazione e definizione dei servizi inclusi e garantiti; - **2.1** La qualità: tra *standard* generali e specifici; - **3.** Com'è oggi la carta dei servizi delle Aziende Sanitarie; - **3.1** Azienda USL di Bologna; - **3.2** Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Orsola-Malpighi; - **3.3** Azienda Sanitaria Unica Regionale Marche; - **3.4** Azienda Sanitaria Regionale Molise; **4.** Conclusioni

La carta dei servizi in ambito sanitario: strumento di verifica di efficienza

di Laura Tamagnini

SOMMARIO: **1.** La carta dei servizi in un'ottica di amministrazione di risultato: strumento per migliorare la qualità e la *performance* di struttura e prestazioni; **1.1** Sistemi di verifica previsti dalla carta; **1.2** Gestione delle *performance* - Gli strumenti di gestione delle *performance* - L'Azienda USL di Reggio Emilia; **2.** Patto formalizzato tra cittadini e Azienda-Struttura sanitaria: "Mezzo di partecipazione e di Comunicazione Efficace"; **3.** La Carta dei Servizi oggi – Danno da disservizio; **3.1** Azioni di tutela che può promuovere il cittadino all'interno della carta; **3.2** Casi; Conclusioni: considerazioni del relatore.

Parte III

GLI APPALTI IN SANITÀ: DISCIPLINA GENERALE E PECULIARITÀ *a cura di Federico Laus*

Le centrali di committenza nel diritto dell'Unione Europea e il peculiare fenomeno dell'affidamento diretto

di Laura Spotorno

SOMMARIO: 1. Premessa – 2. La centralizzazione degli acquisti nell'ordinamento italiano prima dell'intervento dell'Unione Europea (breve cenni introduttivi) – 3. L'intervento normativo dell'Unione Europea in materia di appalti pubblici con particolare interesse all'introduzione delle centrali di committenza – 3.1. La nuova direttiva 24/2014/UE sugli appalti pubblici che abroga la direttiva 2004/18/CE – 4. la tutela della salute nella legislazione europea (breve cenni) – 5. Il peculiare fenomeno dell'affidamento diretto nelle ASL. Orientamenti della giurisprudenza nazionale e della Corte di Giustizia dell'Unione Europea – 5.1. Compatibilità o meno degli affidamenti diretti con la direttiva 2014/24/UE – 6. Considerazioni conclusive

Il processo di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi in sanità in Italia

di Elisa Palermo

SOMMARIO: **1.** L'istituzione di Consip e lo sviluppo del processo di centralizzazione degli acquisti nella contrattualistica pubblica. – **2.** Il nuovo Codice dei contratti pubblici e le Centrali Uniche di Committenza qualificate. – **3.** Differenze tra centralizzazione degli acquisti ed aggregazione della domanda: i lotti di gara a tutela delle Piccole Medie Imprese. – **4.** Modelli e tipologie di CUC nell'ordinamento nazionale. I rapporti tra la centrale di committenza e la stazione appaltante: profili di responsabilità. – **5.** Le centrali di committenza in sanità.

Regionalizzazione delle centrali di committenza ed esternalizzazione degli acquisti nella regione veneto

di Giulia Bertolissi

SOMMARIO: **1.** Brevi riflessioni introduttive. – **2.** Principi costituzionali e fonti normative di rilievo regionale. – **2.1.** Il Sistema a rete negli accordi Stato-Regioni e i modelli regionali. – **3.** Su Azienda Zero, Centrale di committenza della Regione Veneto e garante dell'efficientamento dei servizi sanitari. – **4.** Il caso di Azienda Zero: sentenza del Consiglio di Stato, n. 1486/2019. Dimensione dei lotti, principio di concorrenza e contrasto alla formazione del "mercato chiuso". – **5.** Osservazioni conclusive.

Disciplina degli affidamenti diretti nella azienda sanitaria dei servizi socio-assistenziali e modalità di erogazione alternative alla gara

di Cinzia Armani

SOMMARIO: **1.** Brevi riflessioni introduttive. – **2.** L'affidamento dei servizi sociali nella normativa euro-unitaria e nazionale. – **3.** Rapporto tra Codice dei contratti pubblici e Codice del Terzo settore. – **4.** Le modalità di erogazione dei servizi sociali alternativi alla gara. – **5.** Autorizzazione e accreditamento dei servizi e delle strutture sociali. – **6.** Convenzioni con le Organizzazioni di volontariato e con Associazioni di Promozione sociale. – **7.** La co-progettazione. – **8.** Il sistema di accreditamento dei servizi socio-sanitari in Emilia Romagna. – **9.** Osservazioni conclusive.

I controlli sulla regolarità degli appalti in sanità, il ruolo di ANAC

di *Daniele Pizzo*

SOMMARIO: **1.** Istituzione dell'ANAC, attribuzioni, competenze e composizione dell'Autorità. – **2.** L'ANAC, a seguito dell'intervento del Codice degli Appalti. – **3.** L'attività di vigilanza dell'ANAC in materia di contratti pubblici. – **4.** Il sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti. – **5.** I Protocolli di intesa tra ANAC e il Ministero della Salute e AGENAS.

Parte I

La valutazione delle performance

di

Laura Andrei, Alessandra Mangia, Marina Brunello, Alberto Bettiol

A cura di

Marcella Gola

L'organizzazione della sanità pubblica è ormai da lungo tempo oggetto di analisi che ne valutano le performance, con crescente considerazione per gli aspetti qualitativi, parte integrante e qualificante delle stime da effettuare.

Il settore, di per sé meritevole di attenzione per la rilevanza che assume a fronte della crescente richiesta di prestazioni sanitarie, ha consentito prima di altri l'adozione di modelli innovativi, anche in ragione della sua caratteristica originaria che vede la compresenza di strutture pubbliche e private nell'ambito di un sistema unitario.

Il confronto, lo scambio di esperienze, l'introduzione di criteri di stampo aziendalistico è stato quindi agevolato in quest'ambito, dove anche la peculiarità della dirigenza ha giustificato l'introduzione di una riforma specifica, prima di quella annunciata a valere per l'intera Pubblica amministrazione ancora mancante.

L'argomento è stato approfondito dagli allievi del Master in Diritto e amministrazione della sanità, anche in base all'esperienza acquisita nell'ambito delle strutture di appartenenza e in occasione dello svolgimento degli stages, parte integrante del corso.

L'articolazione dei contributi, sia di taglio giuridico sia economico-aziendale, parte dalla breve ricostruzione del sistema aziendale sanitario evidenziando prima le caratteristiche dei bisogni e della domanda espressa dagli utenti e gli indicatori di efficacia gestionale per le aziende sanitarie (Andrei), passando alla definizione del quadro normativo relativo al ciclo delle performance e il ruolo delle OIV (Mangia). Lo studio prosegue affrontando l'integrazione tra ciclo della performance e anticorruzione (Brunello) e si conclude soffermandosi sulla percezione del ciclo della performance individuale da parte del valutato (Bettiol).

LA PERFORMANCE SANITARIA

Laura Andrei

Sommario: - **1.1** Quadro di Sistema; -**1.2** Sistema di misurazione e valutazione della performance come prospettato nel D.lgs. 150/2009; -**1.3** Disamina di alcune dimensioni della performance sanitaria; -**1.4** La scelta degli indicatori e delle metodologie; -**1.5** Definizioni degli indicatori; -**1.6** Le caratteristiche dei bisogni e della domanda espressa dagli utenti; -**1.7** Struttura dell'offerta, personale e attività dei sistemi sanitari: un confronto internazionale; -**1.8** Conclusioni.

1.1 Quadro di Sistema.

Le scelte di politica sanitaria attuate dai Governi comportano sempre di più, oltre che a un crescente dispendio economico, implicazioni a livello sociale; pertanto è divenuta una priorità ineludibile la valutazione della performance nei sistemi sanitari.

Nel corso degli ultimi 20 anni infatti, si è assistito in tutti i Paesi sviluppati ad una crescita continua della spesa destinata alla sanità, che ha messo in discussione la sostenibilità economica dei sistemi sanitari, in particolare quelli di finanziamento pubblico.

La dinamica della spesa osservata in questo settore è da attribuire sia all'incremento della domanda di assistenza e cure sanitarie, sia all'aumento dei costi legati all'innovazione scientifica e tecnologica. In generale, si sta attraversando un periodo di crisi in cui i *decision maker* si devono interrogare sulla capacità, e sul modo di garantire un sistema sanitario a copertura universale ottimizzando anche l'utilizzo di risorse¹.

In Italia, il crescente interesse per la valutazione della performance non è dovuto solo al problema della sostenibilità economica del sistema, ma anche agli effetti dei profondi mutamenti politici e organizzativi osservati negli ultimi 20 anni. La Modifica del Titolo V della Costituzione, il federalismo fiscale e l'introduzione dei costi standard rappresentano gli esempi più rilevanti di questi cambiamenti i quali, una volta completato il loro iter attuativo, prefigurano nuovi scenari politici ed organizzativi. I principi ispiratori del processo di riforma fanno riferimento al concetto di sussidiarietà, alla responsabilità finanziaria di tutti i livelli di governo ed alla corrispondenza tra il fabbisogno standard ed il finanziamento dei livelli essenziali e delle funzioni fondamentali.

¹ <http://www.cergas.unibocconi.eu>_ Rapporto Oasi 2018

Quest'ultimo obiettivo tenta di coniugare il concetto di equità con quello di efficienza economica. Infatti accanto al fabbisogno, connesso alle condizioni di salute della popolazione, si affianca il concetto di costo standard, legato ad un livello standard di efficienza economica .

Sul piano organizzativo, dal 1992 al 2001 è stata avviata una profonda riforma che ha contestualmente attuato il processo di decentramento delle responsabilità in ambito sanitario, realizzato il processo di aziendalizzazione delle strutture sanitarie ed introdotto sistemi di finanziamento non più basati sulla remunerazione dei fattori produttivi ma sulle prestazioni effettivamente erogate dalle strutture.

Alla luce di quanto accaduto in questi anni in questo settore, gli aspetti sui quali è opportuno concentrare la valutazione della performance sono quelli legati all'efficienza economica ed organizzativa, all'efficacia in termini di corrispondenza agli obiettivi che perseguono, ed alla qualità del cittadino intesa come accessibilità e soddisfazione che il sistema sanitario assicura alla popolazione.

L'affermarsi dell'autonomia regionale rende i sistemi sanitari diversi gli uni dagli altri, sia in termini di struttura sia in termini di organizzazione, divenuta quest'ultima sociale e complessa, la cui ragion d'essere è nella capacità di rispondere ai bisogni di salute della popolazione che variano da Regione a Regione. Da qui ne deriverebbe che anche le risorse necessarie per fronteggiarli dovrebbero essere proporzionali alla loro intensità (il che richiederebbe non uno standard unico nazionale, come ad esempio per i posti letto ospedalieri, ma diversificato).

Dal punto di vista delle logiche di governo delle risorse, dall'inizio della crisi del 2008 il SSN è stato solidamente guidato con una metodologia di governance pubblica "top down", che privilegia la creazione di logiche di standardizzazione, in cui il flusso di informazioni e delle decisioni si trasmette dal vertice alla base della gerarchia amministrativa. Il sistema è rappresentato come un insieme di silos di input, che possono essere controllati finanziariamente uno ad uno (es : personale, farmaci, dispositivi, beni e servizi, privato accreditato) rendendo possibile il riequilibrio finanziario del sistema, seppur disincentivando lo sviluppo dei servizi. Le Regioni più innovative però, si discostano da questo modello, che, a fronte del prevalere delle cronicità e delle patologie correlate al *long term care* (LTC), leggono il sistema per processi orizzontali, per patologia o per presa in carico annuale del paziente.

Nell'approccio verticale "input-based", si assume la stabilità del mix dei fattori produttivi e si annullano le interdipendenze tra i silos a favore del rispetto dei vincoli amministrativi di bilancio volti a garantire la sostenibilità del sistema. L'approccio orizzontale prospetta invece, un approccio proattivo, il che significa riorganizzarsi sia dal punto di vista tecnologico che delle metodologie e soprattutto delle competenze, in modo che il sistema impresa sia in grado di percepire anticipatamente le tendenze ed i cambiamenti futuri per pianificare le azioni opportune in tempo.

Si tratterà, in questo caso, di predisporre una fase sperimentale di studio e pianificazione del sistema volto al reperimento attivo di più pazienti possibili, poiché solo stabilizzandoli clinicamente si

garantirà la sostenibilità a medio e lungo termine del sistema, sul piano sia organizzativo sia finanziario.²

Le due logiche non sono irrimediabilmente contrapposte. Realisticamente, date le attuali condizioni della finanza pubblica, la logica input-based resterà largamente diffusa nel sistema. È però auspicabile che tale logica sia applicata con modalità flessibili e che, nel perimetro del rispetto dei vincoli di bilancio, sia progressivamente concesso di riallocare risorse tra i silos, laddove venga comprovata la crescita dell'efficacia di sistema grazie a tali processi riallocativi.

1.2 Sistema di misurazione e valutazione della performance come prospettato nel Dlgs. 150/2009.

La definizione di un sistema di misurazione e valutazione della performance è prevista dal D.lgs. 150 del 27 ottobre 2009 “Attuazione della legge 4 marzo 2009 n. 15, modificato dal D.lgs. 25 maggio 2017 n. 74, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”, che introduce una disciplina organica, per la pubblica amministrazione, relativa all'utilizzo di strumenti di valorizzazione del merito e di incentivazione della produttività e della qualità della prestazione lavorativa e principi di selettività e concorsualità nelle progressioni di carriera, il riconoscimento di meriti e demeriti (vedi Alberto Bettiol, paragrafo 3), l'incremento dell'efficienza del lavoro pubblico ed il contrasto alla scarsa produttività, all'assenteismo, la trasparenza dell'operato delle amministrazioni pubbliche anche a garanzia della legalità.

Nello specifico, le innovazioni normative hanno portato alla ribalta del dibattito scientifico la categoria concettuale della performance, segnando il passaggio dalla semplice misurazione del controllo di gestione (management control) ad un'interpretazione più ampia che apre agli studi sul performance management. Per la prima volta, si delinea un modello formale di governo delle performance che enfatizza il carattere della sistematicità, attraverso un vero e proprio ciclo integrato. Le diverse fasi in cui si articola il ciclo della performance consistono nella definizione e nell'assegnazione degli obiettivi, nel collegamento tra gli obiettivi e le risorse, nel monitoraggio costante e nell'assegnazione degli obiettivi, nella misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale, nell'utilizzo dei sistemi premianti. Il ciclo si conclude con la rendicontazione dei risultati degli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai destinatari dei servizi.

La Regione Emilia-Romagna, ad esempio, con la L.R. n. 26/2013 e con la DGR n. 334/2014 ha definito il Ciclo di Gestione della Performance, stabilendo così i processi di pianificazione strategica

² AGENAS Monitor 2018 . Disponibile sul sito: http://www.agenas.it/agenas_pdf/Quaderno_Monitor.pdf.

pluriennale, di controllo strategico e di rendicontazione verso gli stakeholder, le cui modalità e tempi sono definiti dall'Organismo Indipendente di Valutazione per gli Enti e le Aziende del Servizio Sanitario Regionale e per l'Agenzia Regionale per la Prevenzione e l'Ambiente (OIV-SSR)³.

In sanità il tema assume una dimensione giuridica, in quanto l'art. 10 del D.lgs. n. 150/2009 stabilisce la redazione e la pubblicazione, da parte delle pubbliche amministrazioni, del Piano della Performance quale documento programmatico triennale che individua gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi, le risorse e gli indicatori per la misurazione della performance dell'organizzazione (vedi elaborato Alessandra Mangia, p. 2), ma anche una dimensione manageriale che consiste nell'uso di indicatori e misure, finanziari e non, utili per monitorare e migliorare la performance dell'Azienda.

Il presente lavoro si pone l'obiettivo di comparare, attraverso la presa in considerazione di alcune dimensioni della performance nel settore sanitario, i risultati ottenuti dalle strutture ospedaliere relativamente ai servizi sanitari erogati.

1.3 Disamina di alcune dimensioni di performance sanitaria.

La progettazione di strumenti di performance sanitaria è sempre stata materia di studio da parte di numerosi autori, Donabedian nel 1966, per esempio, ha elaborato un noto paradigma basato sulla combinazione di indicatori organizzati per misurare la struttura, il processo e l'esito (input e outcome) del sistema sanitario.

In epoche successive altri autori hanno ritenuto di dover prendere in considerazione dimensioni più specifiche da valutare in termini di equità, accesso, ammissibilità, rilevanza ed efficienza (vedi Maxwell nel 1984 e Donabedian nel 1990).⁴

Altri studiosi hanno invece privilegiato l'approccio alla valutazione con riferimento agli obiettivi di sistema e a tutte le interazioni tra le determinanti e le non determinanti dello stato di salute.

La Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa⁵ ha elaborato un Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali rappresentati in forma grafica con "il bersaglio" composto da 5 fasce di valutazione, in cui vengono rappresentate le criticità regionali, e risponde all'obiettivo di fornire a ciascuna Regione una modalità di misurazione, confronto e rappresentazione del livello della propria offerta sanitaria tramite l'utilizzo di due metodologie: una per la valutazione della performance dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) ed una per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). La prima metodologia di valutazione riguarda l'andamento delle Aziende Sanitarie, la seconda è stata

³ Vedi elaborato di Marina Brunello, paragrafo 6.

⁴ A. DONABEDIAN, *Evaluating the Quality of Medical Care* (Pubblicato nel 1966).

⁵ <https://performance.santannapisa.it/pes/start/start.php>.

finalizzata alla valutazione dell'intero SSN, in particolare alla valutazione delle dimensioni riferibili ai livelli di assistenza ospedaliera, distrettuale, farmaceutica e di prevenzione. Vi è poi l'esperienza del "Programma Nazionale Valutazione degli Esiti" (PNE), sviluppato da AGENAS per conto del Ministero della Salute, fornendo a livello nazionale valutazioni comparative di efficacia, sicurezza, efficienza e qualità delle cure prodotte nell'ambito del Servizio Sanitario. Gli ambiti di valutazione sono, per quanto riguarda la funzione di produzione, le singole aziende ospedaliere/stabilimenti ospedalieri e, per quanto riguarda la funzione di tutela o committenza, le aziende sanitarie locali/province. Gli indicatori sono discussi nell'ambito del Comitato PNE, composto dai rappresentanti di Regioni, Province Autonome, Ministero della Salute e istituzioni scientifiche e vengono valutati attraverso disegni di studio osservazionali. Questo tipo di studio però ha fornito solo valutazioni utili al supporto di programmi di auditing clinico e organizzativo, finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità nel SSN.

Le Regioni, dettate anche da una maggiore attenzione verso i temi della qualità, nel processo di autovalutazione hanno inserito indicatori di efficienza ed appropriatezza allocativa delle risorse, formalizzati attraverso la commissione STEM (Struttura Tecnica di Monitoraggio sulla Sanità), prevista dal Patto per la Salute 2010-2012 (accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni volto al miglioramento della qualità dei servizi, dell'appropriatezza della prestazione e per garantire l'unitarietà del sistema), avente il compito di monitorare lo stato dei servizi sanitari del Paese attraverso un sistema di indicatori di efficienza e appropriatezza in grado di valutare l'effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza da parte delle Regioni e di garantire il maggior soddisfacimento dei bisogni dei cittadini e, al tempo stesso, un maggior controllo della spesa. La STEM avrà inoltre, il compito di valutare i Piani di rientro delle Regioni in disavanzo e di seguirne l'attuazione.

La commissione STEM ha condiviso una metodologia di analisi sulla qualità dei servizi erogati da ciascuna Regione, misurata secondo la metodologia prevista dal rapporto Osservasalute 2018 avente l'obiettivo di fornire annualmente dati ed indicatori, provenienti dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute, per poter effettuare un'analisi critica sullo stato di salute e sulla qualità dell'assistenza nelle Regioni italiane: tali indicatori comprendono dimensioni di processo, di outcome e di appropriatezza clinica ed organizzativa.

1.4 La scelta degli indicatori e delle metodologie.

Sia per la scelta degli indicatori sia per la scelta delle metodologie per la valutazione della performance del SSN e SSR si è dovuto partire da alcune evidenze⁶:

⁶ <https://www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservatorio-2018>

- la carenza di una definizione univoca condivisa di tutto il mondo scientifico;
- ad oggi ci sono state tantissime esperienze a livello nazionale e internazionale di valutazione della performance avvenuta attraverso l'utilizzo di indicatori;
- la molteplicità dei fenomeni da monitorare in un sistema sanitario;
- tali fenomeni sono così eterogenei e ricchi di interrelazioni reciproche da rendere evidente come nessun indicatore da solo sia capace di definire compiutamente la performance di un sistema sanitario, ma ci sia bisogno di utilizzare un indicatore composito;
- esistono in letteratura varie metodologie per la costruzione di un indicatore composito e si possono basare su molte tecniche di analisi, valide magari dal punto di vista statistico, ma obbligate ad operare delle scelte a priori sui fattori da prendere in considerazione o da escludere.

La definizione delle dimensioni della performance permette di specificare meglio il risultato atteso nei confronti dell'utenza, e si compone di numerose sotto-dimensioni.

Pertanto per procedere alla loro misurazione è necessario individuare delle "proxy" concettuali misurabili; occorre cioè individuare degli indicatori di fenomeni vicini alle dimensioni da misurare (ad esempio, la dimensione relativa alla condizione di salute può avere come indicatore proxy la speranza di vita alla nascita).

1.5 Definizioni degli indicatori.

Efficienza

Per efficienza tecnico-produttiva (technical efficiency) si intende la capacità del sistema sanitario, tramite i suoi processi organizzativi o metodologici, di produrre il miglior outcome a parità di risorse o, a parità di outcome, di ottimizzare la qualità delle risorse scarse impiegate.

Un'organizzazione sarà quindi efficiente dal punto di vista produttivo se riesce a massimizzare il livello di produzione ottenibile da una certa quantità di fattori di produzione disponibili in una data combinazione.

Si è scelto di rappresentare la componente legata alla capacità dei SSR di mantenere i bilanci in pareggio, dato il finanziamento di cui dispongono.

L'indicatore scelto per la valutazione di questa dimensione è :

- Risultato di esercizio pro capite (somma algebrica dei costi, ricavi e saldi di mobilità regionale).

Appropriatezza

L'appropriatezza è quel concetto che viene riferito alla valutazione degli atti medici in relazione ai costi, alle risorse disponibili e a risultati auspicabili.

Si opera una distinzione tra appropriatezza:

1) clinica, rivolta alla valutazione medico-tecnica di specifici interventi o procedure, indipendentemente al setting assistenziale in cui l'intervento-procedura è stato eseguito; è atta a valutare se i benefici attesi per il soggetto sono superiori agli eventuali effetti avversi.

La dimensione della performance corrisponde al grado in cui l'assistenza sanitaria erogata è adeguata ai bisogni clinici, in rapporto alle attuali conoscenze scientifiche.

2) organizzativa riguarda invece il livello di assistenza, ad esempio l'ospedale in termini di adeguatezza tecnica (la valutazione sull'opportunità o meno del ricovero in ospedale di un paziente con determinati problemi di salute) e può anche riferirsi al livello di efficienza operativa (valutazione della durata della degenza indipendentemente dalla condizione del paziente e dalla procedura eseguita).

In questa sede si intende valutare l'appropriatezza delle soluzioni organizzative, ossia il livello di qualità con cui il sistema assolve alla propria funzione secondo il rapporto tra le prestazioni erogate e i determinati connessi alla qualità organizzativa, come ad esempio le risorse strutturali impiegate.

Gli indicatori scelti per la valutazione di questa dimensione sono:

- Percentuale di pazienti operati entro 2 giorni per frattura al collo del femore
- Percentuale di parti cesarei
- Percentuale di parti effettuati nei punti nascita con più di 500 parti annui
- Consumo territoriale di farmaci antibiotici (DDD/1000 ab die) a carico del SSN
- Percentuale di colecistectomie laparoscopiche sul totale delle colecistectomie
- Tasso di ospedalizzazione per isterectomia (per 10.000 donne residenti)
- Tasso di ospedalizzazione in regime ordinario per DRG inappropriati (per 1.000 residenti)

Le finalità di questi due indicatori (efficacia e appropriatezza introdotti dal Ministero della Salute da affiancare agli indicatori tradizionali di misurazione dell'attività di ricovero sono volti a verificare se

le prestazioni sono erogate a quei pazienti che realmente ne possono beneficiare, al livello di assistenza più adatto e con la tempestività necessaria a garantirne l'utilità.

Efficacia

L'efficacia è il grado con cui i beni e i servizi che vengono prodotti dal SSN ed erogati alla popolazione conducono ai risultati attesi in termini di salute. L'efficacia come dimensione della performance è quindi riferita a quei cambiamenti nello stato di salute attribuibili in senso stretto all'attività del sistema sanitario. Nel settore sanitario la valutazione della performance è resa più difficile dalla particolarità del bene erogato. Si eroga sanità perché gli utenti chiedono salute, quindi dal punto di vista del paziente è prioritaria l'efficacia della prestazione.

Lo stato di salute della popolazione è influenzato, oltre che dalle politiche sanitarie pregresse e dall'operato delle aziende, anche da molteplici fattori sociali e demografici.

Tra gli indicatori di efficacia gestionale assumono particolare rilevanza quelli relativi a:

- Flussi di mobilità
- Tempi di attesa
- Scelte di uscita dal sistema pubblico di tutela della salute per accedere alle prestazioni sanitarie e relative motivazioni
- Rinuncia alle prestazioni sanitarie
- Grado di soddisfazione dei cittadini per le prestazioni sanitarie

Con riferimento ai flussi di mobilità, la migrazione sanitaria, ossia fruire di una prestazione sanitaria in una struttura localizzata in un'altra Regione o in un altro Paese rispetto a quelli di residenza, può essere motivata da ragioni oggettive (centri di specialità, malattie rare), da esigenze geografiche o familiari, da un'inadeguata distribuzione dei servizi diagnostico-terapeutici, da disinformazione, oppure da differenze reali o percepite nella qualità delle cure offerte dalle strutture regionali ed extra-regionali.

L'analisi dei flussi di mobilità regionale può essere un metro di valutazione della qualità dei servizi sanitari offerti dalle diverse strutture o Regioni, considerando le scelte di mobilità dei pazienti come una proxy della reputazione delle stesse.

Di seguito riportiamo un'analisi di due indicatori gestionali tra quelli descritti, in grado di rappresentare i livelli di efficacia (rapporto output/outcome) connessi all'appropriatezza raggiunti dal SSN.

- Prestazioni di ricovero e cura per acuti
- Tempi di attesa

Tabella 1 Indicatori di appropriatezza organizzativa e clinica delle prestazioni di ricovero per acuti per Regione (1998-2016).

Regione	% Dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in RO da reparti chirurgici.		% Ricoveri brevi 0-1 giorno sul totale dei ricoveri in RO con DRG medico.		% Ricoveri oltre soglia per acuti in regime ordinario per ultra 65 anni.		Percentuale di parti cesarei sul totale dei parti.	
	1998	2006	1998	2006	1998	2006	1998	2006
Piemonte	38,6	23,1	9,1	9,7	7,7	5,9	50,7	27,9
Valle D'Aosta	50,7	32,1	14,0	11,0	9,2	3,6	21,5	29,7
Lombardia	38,4	27,5	11,3	9,0	4,9	5,1	23,3	27,3
PA Bolzano	44,3	37,6	16,3	8,6	4,9	4,0	17,3	24,4
PA Trento	42,1	36,0	11,1	7,9	8,4	5,5	22,5	20,3
Veneto	41,9	27,5	8,3	7,6	7,1	6,4	24,5	25,2
Friuli V.G.	36,1	25,8	11,0	10,8	6,5	4,7	19,0	23,2
Liguria	40,5	30,4	12,9	8,0	5,2	4,9	28,5	32,3
Emilia Romagna	34,5	23,0	15,7	9,7	3,7	3,2	29,3	26,2
Toscana	41,5	22,6	10,5	8,3	3,9	2,5	22,5	26,8
Umbria	47,3	28,6	18,1	11,7	3,1	3,2	25,5	28,8
Marche	40,2	23,4	8,2	8,1	5,0	5,2	33,2	33,7
Lazio	43,4	29,6	13,8	9,1	5,9	5,5	35,5	36,8
Abruzzo	51,1	28,5	9,9	8,4	3,0	3,9	33,5	34,9
Molise	48,9	34,2	8,9	8,8	4,7	5,1	33,5	44,0
Campania	53,4	33,3	19,9	17,9	2,9	3,2	48,0	59,0
Puglia	52,9	34,6	12,7	11,2	3,6	3,5	35,1	43,6
Basilicata	64,4	33,9	16,0	8,3	3,4	3,5	41,8	38,7
Calabria	56,4	36,8	13,8	9,6	3,4	3,4	34,2	38,4
Sicilia	54,4	31,2	14,5	6,9	2,6	3,4	36,6	41,9
Sardegna	50,1	36,1	12,5	12,6	5,2	3,6	26,0	38,3
Italia	44,9	28,6	12,8	10	4,6	4,4	31,4	34,9

Rapporto Oasi 2018. Fonte Elaborazione Oasi su dati SDO (Scheda di dimissione ospedaliera), Ministero della Salute.

La **Tabella 1** opera un confronto tra gli anni 1998 e 2016. Tra i più significativi indicatori di inappropriata organizzativa: la percentuale di dimissioni dai reparti chirurgici con DRG⁷ medico,

⁷ DRG: il sistema dei Diagnosis Related Groups (DRG, Raggruppamenti omogenei di diagnosi) deriva dalla ricerca sulla funzione di produzione delle strutture ospedaliere iniziata nel 1967 dal gruppo dell'Università di Yale (Stati Uniti), coordinato da Robert Fetter. Tale ricerca ha tentato di capire se fosse possibile ipotizzare una funzione di produzione capace di determinare o misurare il risultato dell'attività di cura all'interno di una struttura ospedaliera, in base a determinate caratteristiche cliniche ed assistenziali dei pazienti.

la percentuale di ricoveri brevi (0-1 giorni) con DRG (Raggruppamenti omogenei di diagnosi) medico e la percentuale dei ricoveri oltre soglia con DRG medico in pazienti anziani. Un indicatore che esprime l'inappropriatezza clinica è, invece, l'incidenza dei parti cesarei sui parti totali.

I dati esposti nella tabella evidenziano che:

- la percentuale di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico, oggi pari a 28,6 su scala nazionale, è notevolmente diminuita tra il 1998 e il 2016, con le riduzioni più rilevanti registrate in Basilicata (- 30,5 punti percentuali) e Sicilia (- 23,2). Il dato risulta più alto al Sud che al Centro Nord, ma la distanza media si è sensibilmente ridotta (da 12,5 a 5,3 punti percentuali);
- la percentuale di ricoveri di un giorno per acuti in regime ordinario, su scala nazionale, è pari al 10,0% ed è diminuita lievemente (- 2,8 punti percentuali).
Tra il 1998 e il 2016, su scala regionale, però, si evidenzia ancora una forte variabilità (differenza di 11,0, punti percentuali nel 2016 tra la Regione con la percentuale più elevata – Campania, che rappresenta un outlier negativo con il 17,9% – e la regione con la percentuale più bassa – Sicilia). Anche per questo indicatore, sono Basilicata (- 7,7 punti percentuali) e Sicilia (- 7,6) ad aver registrato i maggiori miglioramenti;
- tra le regioni, risulta altrettanto differenziata l'incidenza dei ricoveri per acuti in RO oltre al valore soglia erogati per anziani (over 65 anni): rispetto al 2006 l'indice è pressoché stabile passando da 4,6 a 4,4. In questo indicatore sono le regioni del Centro Nord, insieme al Molise, a registrare nel 2016 valori superiori al dato nazionale;
- relativamente ai parti cesarei, si osserva nel tempo un peggioramento diffuso su tutto il territorio (+ 5,5 punti percentuali). Nel 2016 il valore nazionale, pari a 34,9%, registra un leggero miglioramento rispetto all'anno precedente (- 0,5 punti percentuali), consolidando il trend di riduzione in atto a partire dal 2010 (38,2; - 3,3 punti percentuali). Tutte le Regioni del Nord (a eccezione della Liguria) rispettano l'indicatore ministeriale (< 30 %). Le restanti Regioni, invece fatta eccezione per Toscana e Umbria, si collocano tutte al di sopra dello standard ministeriale.

L'analisi dei tempi di attesa⁸ è strettamente collegata al concetto di accessibilità, che significa facilità di raggiungimento dei servizi sanitari da chi ne ha bisogno. L'accesso può essere fisico, finanziario o psicologico e richiede che i servizi siano disponibili a priori. Con tale dimensione della performance

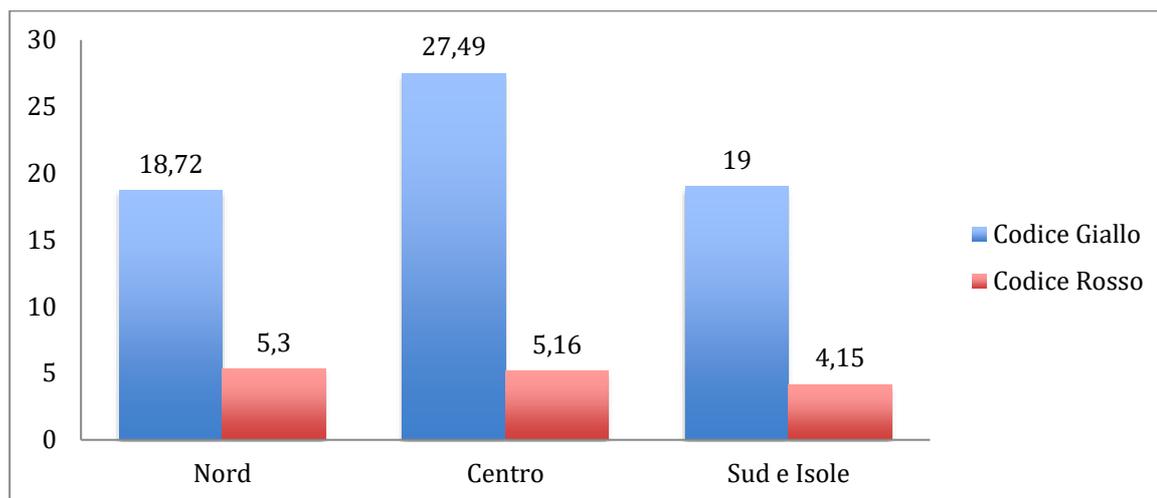
⁸ <http://www.cergas.unibocconi.eu/wps/wcm/connect/d45d4c6f-e578-4b9a-bec9b1ff9f58ab16/Capitolo+2+OASI+2018.pdf?MOD=AJPERES&CVID=mWDMBEU>.

si valuta la capacità del sistema sanitario di adeguare l'offerta dei servizi in base alla possibilità degli utenti di ottenere le cure nel luogo giusto e al momento giusto indipendentemente dal reddito e dalla collocazione geografica, nella quantità sufficiente ad un costo ragionevole.

Per il forte impatto che riveste sia sull'organizzazione del SSN sia sul diritto dei cittadini all'erogazione delle prestazioni definite nell'ambito dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), particolare attenzione viene dedicata al tema delle liste di attesa .

A tal fine il 28 ottobre 2010 è stata siglata l'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome sul Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa, il più recente è il PNGLA (Piano Nazionale di Governo per le liste di Attesa) per il triennio 2016-2018 con l'obiettivo di garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari. Tali piani hanno individuato determinate procedure con le quali misurare il tempo di attesa, ossia l'attesa media tra la data di prenotazione di una procedura e la data di ammissione nella struttura.

Tabella 2 Media Minuti di attesa per triage, per macroarea geografica (2016).



Fonte :Elaborazione OASI su dati PNE 2017, Agenas . <https://pne.agenas.it/>

Il numero medio di minuti di attesa è stato calcolato ponderando il tempo mediano di attesa di ciascuna struttura (50° percentile) per il relativo numero di accessi sul totale degli accessi registrati nella Regione di riferimento.

Nella **Tabella 2** viene illustrata la durata media dell'attesa in Pronto Soccorso per i Codici Gialli e Rossi per macroarea geografica.

Mentre per i Codici Rossi la durata media dell'attesa è leggermente superiore al Nord (5,3 minuti a fronte di 5,2 minuti al Centro e 4,2 minuti al Sud), per i Codici Gialli le differenze si presentano più marcate. Il Centro sembra essere l'area con i tempi medi di attesa maggiori (27,5 minuti), superiori di circa 10 minuti rispetto alle Regioni del Nord. I tempi di attesa maggiori per i Codici Gialli risultano

le Marche (42,9 minuti) e il Lazio (28,5 minuti). Provincia Autonoma di Trento, Basilicata e Friuli Venezia Giulia presentano invece i tempi medi più bassi, rispettivamente pari a 4,6, 5,1 e 7,1.

1.6 Le caratteristiche dei bisogni e della domanda espressa dagli utenti.

Il Sistema Nazionale di Verifica e controllo sull'Assistenza Sanitaria (SiVeAS), istituito presso il Ministero della Salute in ottemperanza a quanto stabilito all'art. 1, comma 288, della Legge 266 del 23 dicembre 2005 (Finanziaria 2006), ha l'obiettivo di verificare che nell'erogazione dei servizi sanitari vengano rispettati sia i criteri di appropriatezza e qualità delle prestazioni erogate, coerentemente con i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), sia i criteri di efficienza nell'utilizzo di fattori produttivi, compatibilmente con i finanziamenti erogati.

Una delle dimensioni rilevanti ai fini della verifica dei LEA (equità, efficacia, efficienza e appropriatezza) è l'analisi delle principali variabili demografiche a livello nazionale, con lo scopo di offrire un quadro consolidato con alcune tendenze evidenti nel corso degli ultimi anni: il costante invecchiamento della popolazione, la bassa natalità, la stabilizzazione della popolazione nonostante i fenomeni migratori.

Tabella 3 Indicatori demografici.

	2010	2011	2011	2013	2014	2015	2016	2017
Tasso di natalità (per mille ab.)	9,5	9,2	9,0	8,5	8,3	8,0	7,8	7,6
Tasso di mortalità per mille abitanti	9,9	10,0	10,3	10,0	9,8	10,7	10,0	10,7
Tasso di nuzialità per 1000 ab.	3,7	3,4	3,5	3,2	3,1	3,2	3,3	3,1
Numero medio di figli per donna	1,46	1,44	1,42	1,39	1,37	1,35	1,34	1,34
Età media del parto	31,3	31,4	31,4	31,5	31,6	31,6	31,7	31,8

Fonte: Database Istat. Analisi Indicatori Demografici Anno 2018.
<https://www.istat.it/it/archivio/226919>.

I dati contenuti in **Tabella 3** permettono di evidenziare:

- ❖ La costante discesa del tasso di natalità (dal 9,5 per mille abitanti nel 2010 al 7,6 nel 2017)
- ❖ Una ripresa verso l'alto del tasso di mortalità ai valori del 2015 quando si ebbero 647.571 decessi rispetto ai 598.364 del 2014 e ai 615.261 del 2016. Questo dato riflette il crescente peso delle classi più anziane sulla popolazione totale
- ❖ La sostanziale stabilità del tasso di nuzialità e del numero medio di figli per donna, mentre l'età media della madre al parto si avvicina ai 32 anni

Un'altra utile prospettiva di valutazione delle determinanti della domanda dei servizi sanitari è rappresentata dall'analisi dei dati sulla prevalenza delle patologie croniche.

Tabella 5 Percentuali di persone per condizioni di salute e presenza patologie croniche (2016).

Territorio	In buona salute	Con almeno una malattia cronica	Con almeno due malattie croniche	Cronici in buona fede
Nord	71,5	40,3	20,2	46,9
Centro	68,7	39,9	20,6	41,2
Mezzogiorno	69,0	37,5	21,3	36,6
Italia	70,1	39,1	20,7	42,3

Fonte Database Istat. Dati e ricerche pubblicati dall'Istat nel 2017 (principalmente relative agli anni 2013-2016). <https://www.istat.it/it/archivio/226919>

Se non appaiono significative le differenze territoriali sulla distribuzione di condizioni legate ad una o più patologie croniche, è importante sottolineare le differenze tra Nord e Mezzogiorno in merito alle percentuali di persone che presentano patologie croniche, ma che dichiarano di essere in buona salute.

1.7 Struttura dell'offerta, personale e attività dei sistemi sanitari: un confronto internazionale.

Il presente paragrafo analizza in chiave comparativa il livello di dotazione strutturale, di figure professionali (input) e utilizzo dei servizi (output) al fine di descrivere e confrontare i sistemi sanitari in un quadro internazionale.

Di seguito si presentano alcuni dati sulle dotazioni dei posti letto nelle strutture sanitarie ospedaliere in 28 Paesi europei ed extra-europei considerati.

Innanzitutto, è interessante osservare il trend dei posti letto ospedalieri ordinari (PL) per Paese.

Tabella 6 Numero posti letto in regime ordinario ogni 1.000 abitanti (2005-2016).

Paesi	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Austria	7,7	7,7	7,8	7,77	7,77	7,77	7,77	7,77	7,6	7,6	7,5	7,4
Belgio	6,4	6,4	6,3	6,3	6,2	6,1	6,0	6,0	5,9	5,9	5,8	5,7
Danimarca	3,9	3,8	3,7	3,6	3,5	3,5	3,1	nd	3,1	2,7	2,5	2,6
Finlandia	7,1	7,0	6,7	6,6	6,3	5,9	5,5	5,3	4,9	4,5	4,4	4,0
Francia	7,2	7,1	7,1	6,9	6,7	6,4	6,4	6,3	6,3	6,2	6,1	6,1
Germania	8,5	8,3	8,2	8,2	8,2	8,3	8,4	8,3	8,3	8,2	8,1	8,1
Grecia	4,8	4,9	4,9	4,8	4,9	4,5	4,5	4,5	4,2	4,2	4,3	4,2
Irlanda	5,5	5,3	5,1	4,9	2,8	2,7	2,6	2,5	2,6	2,6	3,0	nd
Italia	4,0	4,0	3,9	3,8	3,7	3,6	3,5	3,4	3,3	3,2	3,2	nd
Lussemburgo	5,8	5,7	5,7	5,6	5,5	5,4	5,3	5,2	5,2	5,1	4,9	4,8
Olanda	4,5	4,8	4,7	4,7	4,7	nd	nd	4,3	4,2	nd	nd	3,6
Portogallo	3,6	3,5	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,3	3,4	3,4
Spagna	3,3	3,3	3,3	3,2	3,2	3,1	3,1	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Svezia	2,9	2,9	2,9	2,8	2,8	2,7	2,7	2,6	2,6	2,5	2,4	2,3
Regno unito	3,7	3,5	3,4	3,3	3,3	2,9	2,9	2,8	2,8	2,7	2,6	2,6
Repubblica ceca	7,6	7,5	7,3	7,2	7,1	7,0	6,8	6,7	6,5	6,5	6,5	6,9
Repubblica slovacca	6,8	6,7	6,8	6,6	6,5	6,5	6,1	5,9	5,8	5,8	5,8	5,8
Polonia	6,5	6,5	6,4	6,6	6,7	6,6	6,6	6,6	6,6	6,6	6,6	6,6
Ungheria	7,9	8,0	7,2	7,1	7,1	7,2	7,2	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0
Norvegia	5,2	5,0	4,9	4,6	4,5	4,3	4,2	4,0	3,9	3,8	3,8	3,7
Svizzera	5,5	5,4	5,4	5,2	5,1	5,0	4,9	4,9	4,7	4,6	4,6	4,6
Stati Uniti	3,2	3,2	3,1	3,1	3,1	3,1	3,0	2,9	2,9	2,8	2,8	nd
Canada	3,1	3,0	3,0	2,9	2,8	2,8	2,8	2,8	2,7	2,7	2,6	2,6
Giappone	14,1	14,0	13,9	13,7	13,6	13,5	13,4	13,4	13,3	13,2	13,2	13,1
Brasile	2,5	2,5	2,5	2,4	2,4	2,4	2,3	2,3	nd	nd	Nd	nd
Russia	11,0	10,9	10,7	9,9	9,7	9,4	9,4	9,3	9,1	8,8	8,4	8,2
India	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,6	0,5	0,5	0,5	Nd	nd
Cina	1,9	1,9	2,0	2,1	2,3	2,5	2,7	3,0	3,3	3,6	3,8	nd

Fonte: Elaborazione sui dati OECD Health Data 2018. <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>.

I Paesi OECD considerati nella presente analisi sono Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Olanda, Portogallo, Spagna, Svezia, Regno Unito, Norvegia, Svizzera, Repubblica Ceca, Repubblica Slovacca, Polonia, Ungheria, Stati Uniti, Canada, Giappone.

Tra il 2005 e il 2006, il numero di PL per 1000 abitanti è diminuito in tutti i Paesi considerati (fatta eccezione per la Polonia), passando da una dotazione media di 5,5 PL per ogni 1000 abitanti a 5,3 in Italia da 4,0 nel 2005 a 3,2 nel 2015 (ultimo dato disponibile). La riduzione presa in esame è stata

influenzata, oltre che da specifiche politiche sanitarie (come ad es. Italia), dall'introduzione di tecnologie mediche che hanno permesso di trattare alcune patologie in setting ambulatoriale e in regime di Day Hospital e Day Surgery, riducendo la dotazione necessaria di PL ospedalieri per la degenza ordinaria. La riduzione è stata anche accompagnata da una diminuzione della degenza per media per acuti e, in alcuni Paesi, da una diminuzione nella degenza media per acuti, e in alcuni Paesi, dalle ospedalizzazioni. Nel 2016, Giappone, Russia, Germania e Austria registrano il più alto numero di PL, pari rispettivamente a 13,1, 8,2, 8,1 e 7,4 PL per ogni 1000 abitanti.

Tabella 7 Dimissioni ospedaliere per 100.000 abitanti (2005- 2016).

Paesi	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Austria	27.317	27.656	27.935	28.115	27.913	27.637	27.443	27.030	26.557	26.261	25.553	25.310
Belgio	16.324	16.239	16.175	16.697	16.671	16.662	16.597	16.655	16.540	16.582	16.442	16.613
Danimarca	15.967	16.024	15.966	15.680	16.031	16.075	15.661	15.346	15.173	15.156	14.775	14.492
Finlandia	19.681	19.175	18.610	18.406	18.044	17.776	17.612	17.361	16.947	16.877	16.624	16.983
Francia	18.23	18.562	18.405	18.606	18.562	18.596	18.566	18.581	18.486	18.365	18.192	n.d
Germania	21.840	22.041	22.710	23.259	23.670	23.994	24.751	25.093	24.224	25.602	25.534	25.686
Grecia	18.990	19.272	19.743	20.050	20.636	19.969	19.803	19.646	n.d	n.d	n.d	n.d
Irlanda	14.135	14.176	14.198	13.664	13.418	13.191	13.138	13.397	14.038	14.079	13.989	13.620
Italia	15.488	15.369	14.862	14.526	14.238	13.820	13.238	12.878	12.377	12.004	11.856	11.671
Lussem.go	17.909	17.016	17.038	17.120	16.837	16.122	16.441	15.929	15.348	15.076	14.621	14.197
Olanda	10.484	10.730	10.866	11.085	11.488	11.646	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d
Portogallo	11.330	11.207	11.418	11.442	11.187	11.101	11.153	10.959	10.877	10.847	10.886	10.927
Spagna	11.677	11.616	11.585	11.495	11.367	11.251	11.111	11.005	11.036	11.327	11.416	11.498
Svezia	15.870	15.92	16.135	16.172	16.265	16.236	16.368	16.462	16.008	15.686	15.318	14.728
Regno Unito	13.590	13.391	13.335	13.583	13.589	13.566	13.418	13.366	13.254	13.263	13.195	13.102
Repubblica Ceca	22.109	21.572	21.549	21.118	20.900	20.592	20.196	20.374	20.377	20.627	20.347	19.995
Repubblica Slovacca	18.092	18.262	18.958	18.747	18.971	18.748	18.704	19.644	n.d	19.930	20.053	19.733
Polonia	14.297	14.926	14.591	14.803	16.234	16.172	16.346	16.423	16.699	17.135	16.958	17.923
Ungheria	25.254	24.514	20.955	21.081	21.237	20.597	20.608	20.220	20.157	20.343	20.011	19.900
Norvegia	18.445	18.674	18.188	18.177	19.818	19.684	19.644	19.537	19.339	19.420	16.432	16.402
Svizzera	15.276	15.567	15.951	16.167	16.860	17.008	17.055	16.939	17.010	17.043	17.147	17.367
Stati Uniti	13.072	13.019	12.743	13.083	13.091	12.549	n.d.	n.d.	n.d	n.d	n.d	n.d
Canada	8.731	8.575	8.448	8.365	8.283	8.277	8.350	8.352	8.438	8.417	8.435	8.431
Giappone	11.048	11.199	11.159	11.162	11.231	11.528	11.589	11.854	11.958	12.112	12.412	12.639
Brasile	6.161	6.039	5.967	6.107	5.720	5.775	5.674	5.522	n.d	n.d	n.d	n.d
Russia	22.195	23.667	n.d	22.421	22.475	22.274	21.926	21.508	21.287	23.447	22.484	22.410
India	n.d											
Cina	4.112	4.450	5.171	5.498	6.278	7.004	7.865	9.255	13.896	14.650	15.070	n.d

Nota: Non sono disponibili i dati per l'India. Sono esclusi dal calcolo i ricoveri erogati in regime diurno.

Fonte: Elaborazione sui dati OECD Health Data 2018 (Ultimo anno disponibile: 2016)

<https://www.oecd.org/health/health-data.htm>.

La notevole offerta di PL in Germania è associata ad un elevato numero di dimissioni ospedaliere (25.686 dimissioni ospedaliere nel 2016 per 100.000 abitanti) e a degenze ospedaliere di maggiore durata (8,9 giorni), in Austria all'elevato numero di dimissioni (25.310) e in Russia alle degenze ospedaliere di maggiore durata (11 giorni).

Tra i Paesi OECD, i valori più bassi rispetto al numero di PL si registrano nell'ultimo anno disponibile in Svezia, Regno Unito, Canada, Danimarca e Stati Uniti, dove oscillano tra i 2,3 e 2,8 abitanti. In molte circostanze la crisi finanziaria economica e fiscale ha spinto i governi a ridurre il numero di PL complessivi per contenere la spesa sanitaria pubblica e a rimodulare l'offerta potenziando le degenze brevi (Day Hospital e Day Surgery) (European Observatory On Health Systems and Policies, 2012). Ne è un esempio l'Irlanda: il governo, per mantenere i costi ospedalieri, ha promosso la riduzione dei PL per ricovero ordinario e contestualmente richiesto una diminuzione delle giornate di degenza.

Il Paese che in assoluto registra il più basso livello di dotazione infrastrutturale è l'India (dato 2014), dove in media è disponibile meno di un posto letto per servizi ospedalieri ogni 1.000 abitanti (0,5 per 1000). Tra gli altri Paesi BRIC⁹, il Brasile si avvicina al livello minimo dei Paesi OECD, con una media di 2,3 PL ogni 1.000 abitanti (dato 2012) e la Cina raggiunge i 3,8 PL ogni 1000 abitanti (dato 2015).

Su livelli decisamente superiori alla media OECD, come visto si posiziona la Russia con 8,2 PL ogni 1000 abitanti.

1.8 Conclusioni.

Questa ricerca, fondata sull'analisi comparatistica di dati regionali e nazionali, conferma che la differenziazione tra Regioni italiane e tra Paesi del mondo in termini di domanda di servizi medico-sanitari e assistenziali e di capacità di offerta di servizi, oltre ad essere conseguenza di limiti condizionati dalla diversa conformazione territoriale e dalla conseguente distribuzione dei servizi, è determinata da caratteristiche diverse per quanto concerne la popolazione, il tasso di sviluppo dell'economia e del commercio, il livello medio di scolarità, la diffusione della tecnica, fattori che spiegano altresì la diversa efficacia che possono avere misure organizzative adottate in una Regione/in uno Stato piuttosto che in un'altra/o in termini di impatto sulla salute.

Il maggior fattore di rischio per l'insorgenza di malattie e l'incremento del tasso di mortalità è rappresentato dalla povertà socio-economica, quella povertà cioè che non dipende solo dalle risorse disponibili, ma anche dalla scolarità e dalle interazioni sociali.

È corretto dunque, a mio avviso, applicare lo studio e lo sviluppo degli indicatori dei Livelli Essenziali di Assistenza al sistema di misurazione della performance affinché nel percorso per il miglioramento

⁹ Paesi BRIC sono: Brasile, Russia, India e Cina.

della qualità dei servizi offerti sia adottato uno sguardo ampio fino a comprendere l'obiettivo della riduzione delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi e nelle cure, inaccettabili di fronte ad una proclamazione condivisa del diritto alla salute come diritto universale (vedi Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo).

Per questi motivi riteniamo che l'adozione di policy volte a potenziare capitoli di spesa come la prevenzione, l'educazione alimentare, la diffusione di stili di vita corretti e salutistici, migliorando nel contempo l'accesso ai servizi da parte della popolazione meno istruita e in condizioni economiche e sociali meno favorevoli, dovrebbe costituire non una possibilità, ma un obbligo da inserire nei piani di programmazione regionale.

BIBLIOGRAFIA.

AGENAS (2014), *Piani sanitari regionali vigenti*: <http://w.w.w.agenas.it/aree-tematiche/organizzazione-dei-servizi-sanitari/programmazione-sanitaria-e-psr/psr-vigenti-2013>.

G. AIROLDI, G. BRUNETTI, V. CODA (1994), *Economia Aziendale*, Bologna, Il Mulino Editore.

E. BORGONOVÌ, A. ZANGRANDI (1996), *Valutazione dei costi e dell'efficacia nei servizi sanitari*, in L. MIGIONE (a cura di), *Limiti e responsabilità nella destinazione delle risorse sanitarie*, Roma, Edizioni Orizzonte Medico.

European Observatory on Health System and Policies (2012), *Eurohealth, Health Systems and the Financial Crisis*, Vol. 18, No. 1.

F. FERRÈ, A. RICCI (2011), *La struttura del SSN*, in E. CANTÙ (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2011*, Milano, Egea.

ISTAT (2014), *Tutela della salute e accesso alle cure*, disponibile on line: <http://www.istat.it/it/archivio/128176>

ISTAT (2015), *Bilancio demografico nazionale*, disponibile on line: <http://www.istat.it/it/archivio/162251>.

Ministero della Salute (2017), *Rapporto SDO 2016*, disponibile on line http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=5334&area=ricoveriOspedalieri&menu=vuoto.

Ministero della Salute (2015), *Posti letto per struttura ospedaliera – anni 2010 – 2014*, disponibile on line: <http://www.dati.salute.gov.it/dati/dettaglio>Data-set.jsp?menu=dati&idPag=18>.

C.L. PETERSON, R. BURTON (2007), *Usa Healthcare Spending: comparison with other OECD countries, Report for Congress*. Congressional Research Service. Disponibile http://assets.opencrs.com/rpts/RL34175_20070917.pdf.

B.C. SPILLMAN, J. LUBITZ (2000), *The Effect of Longevity on Spending for Acute and Long-term Care*, in *New England Journal of Medicine*, 342 (19):1409-15.

G. ZUCCATELLI, C. CARBONE, F. LECCI (2009), *Trent'anni di Servizio Sanitario Nazionale. Il punto di vista di un manager*, Milano, Egea.

T. ZALAY et al. (2003), *Russian Federation: Hit Summary, Health Systems in Transition*.

S. THOMAS, S. BURKE (2012), *Coping with Austerity in the Irish Health System*.

EUROSTAT (2018), *Old Age Dependency Index*, disponibile online: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/tps00198> (ultimo accesso luglio 2018).

WHO (2013), Canada: *Hit Summary, Health System in Transition*.

WHO (2011) Portugal: *Hit Summar , Health System Transition*.

T.H. POISTER (2010), *The Future of Strategic planning in the public sector: Linking Strategic management and performance*, in *Public Administration Review*, 70, s246-s254.

G. MURARO, V. REBBA, 2010, *Caratteri del mercato sanitario e giustificazioni dell'intervento pubblico in sanità*, Dipartimento di scienze economiche - Università degli studi di Padova.

S. NUTI , 2008, *La valutazione delle performance in sanità*, Bologna, Il Mulino Editore.

R.H. THALER, C. SUSTEIN, 2008, *Nudge; improving decisions about Health, Wealth and Happiness*, Yale University Press .

Ministero della Salute (2018), *Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell'anno 2016*: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2783_allegato.pdf

PERFORMANCE E RUOLO DELL'ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE

Alessandra Mangia

Sommario: – **1.** Definizione del quadro normativo. – **2.** Valorizzazione del merito, ciclo della performance e sistemi di programmazione e di rendicontazione. – **3.** I soggetti del processo di misurazione e valutazione della performance. – **4.** Compiti principali dell'Organismo indipendente di valutazione della performance. – **5.** La performance per le Regioni e la sanità. – **6.** Performance, Sistema Sanitario della Regione Emilia-Romagna e OIV unico SSR. – **7.** Ruolo e compiti degli Organismi Aziendali di Supporto (OAS) e dell'Organismo Indipendente di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia-Romagna. – **8.** Considerazioni conclusive.

1. Definizione del quadro normativo.

Le innovazioni introdotte dalla legislazione degli anni '90 per una maggiore efficienza, economicità ed efficacia della PA hanno dato avvio ad un processo di modernizzazione della stessa attuando un ampio decentramento, maggiore trasparenza amministrativa (L. 241/1990), una riorganizzazione della PA e del pubblico impiego potenziando i meccanismi di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività amministrativa della PA e stabilendo un forte controllo sull'attività svolta. Processo in continua evoluzione che va perfezionandosi e ottimizzandosi ancora oggi alla ricerca di una pubblica amministrazione trasparente, efficiente, moderna e digitale.

In particolare, con il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 "*Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni*" noto come "decreto Brunetta" viene introdotta una riforma del pubblico impiego che introduce regole su programmazione, controllo, premialità, contrattazione collettiva, trasparenza, dirigenza e sanzioni disciplinari¹⁰.

Il testo è stato più volte emendato e da ultimo il D.Lgs. 25 maggio 2017, n. 74 ha inciso profondamente sulla natura dello stesso provvedimento.

Le disposizioni del decreto recano una riforma organica della disciplina del rapporto di lavoro dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche intervenendo in particolare in materia di contrattazione

¹⁰L. BULOTTA, *Il processo di adeguamento ai principi del D.Lgs. 150/2009*, in D. GAGLIOTI, M. RANIERI e A.M. SAVAZZI (a cura di), *Risultati e prospettive per i sistemi di valutazione della performance: confronto tra gli organismi indipendenti di valutazione delle regioni e delle province autonome: atti del Seminario nazionale, Catanzaro, 18 marzo 2016*, Padova, CEDAM, 2016, pp. 105.

collettiva, di valutazione delle strutture e del personale delle pubbliche amministrazioni, di valorizzazione del merito, di promozione delle pari opportunità, di dirigenza pubblica e di responsabilità disciplinare (art. 1 D.Lgs. 150/2009 e smi).

Un concetto nuovo è introdotto dalla riforma oggetto di studio ed è quello di “performance”.

Fulcro della riforma Brunetta (D.Lgs. 150/2009), infatti, è la misurazione e la valutazione della performance sia individuale che organizzativa.

Nella normativa, però, non è presente una definizione del termine performance.

Essa viene intesa come *“il contributo che un individuo o un gruppo di individui, un ufficio, un’organizzazione, attraverso la propria azione, apporta al raggiungimento di finalità e obiettivi”* per i quali l’organizzazione stessa è stata costituita¹¹.

La misurazione e valutazione della performance deve riguardare sia la struttura nel suo complesso (performance organizzativa) che i singoli dipendenti (performance individuale) anche al fine dell’erogazione di premi, ai fini delle progressioni economiche, dell’attribuzione di incarichi di responsabilità al personale, nonché del conferimento degli incarichi dirigenziali.

Un altro concetto valorizzato dalla riforma è quello della “valutazione”.

Valutare vuol dire dare valore, cioè graduare la capacità professionale di un dirigente o di un dipendente in generale in base ai risultati ottenuti e alle azioni che compie per raggiungerli. Il tutto in un’ottica di miglioramento continuo nel dare risposte sempre più adeguate alle esigenze dei cittadini. Prende quindi vita un sistema di obiettivi che attraverso pianificazione, programmazione e controllo cerca di rispondere con efficacia sempre maggiore ai bisogni della collettività.

La valutazione è una leva manageriale di primaria importanza, in quanto serve a orientare l’azione della struttura organizzativa e dei singoli, soprattutto in un contesto di risorse sempre più limitate e con diverse criticità di tipo organizzativo¹².

Valutare la performance di una organizzazione non vuol dire semplicemente osservare delle procedure, ma è la capacità di produrre cambiamento per l’organizzazione, per i cittadini e per il territorio¹³.

¹¹ L. BULOTTA, *Il processo di adeguamento ai principi del D.Lgs. 150/2009*, in D. GAGLIOTI, M. RANIERI e A.M. SAVAZZI (a cura di), *Risultati e prospettive per i sistemi di valutazione della performance: confronto tra gli organismi indipendenti di valutazione delle regioni e delle province autonome: atti del Seminario nazionale, Catanzaro, 18 marzo 2016*, Padova, CEDAM, 2016, pp. 105/107.

¹² Con riferimento alla performance individuale si rinvia all’elaborato di A. BETTIOL, *“Il valore dell’autovalutazione nel sistema di misurazione della performance individuale”*.

¹³ S. CORONATO, *La meritocrazia: da un sistema imperniato su una pluralità di controlli all’Organismo Indipendente di Valutazione*, in *Dir. San. Mod.*, Contributi originali, 2017, pp. 247-262.

2. Valorizzazione del merito, ciclo della performance e sistemi di programmazione e di rendicontazione.

Il Titolo II del D.Lgs. 150/2009 si occupa della gestione della performance e degli organismi preposti al monitoraggio di quest'ultima. La misurazione e la valutazione della performance hanno come obiettivo il miglioramento della qualità dei servizi offerti dalle pubbliche amministrazioni, nonché la valorizzazione del merito e l'erogazione di premi per i risultati perseguiti dalle unità organizzative e dai singoli dipendenti, in un quadro di pari opportunità di diritti e di doveri, trasparenza dei risultati delle amministrazioni pubbliche e delle risorse impiegate per il loro perseguimento¹⁴.

Le amministrazioni valutano la performance, sia organizzativa che individuale, attraverso un apposito sistema di misurazione.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa concerne l'attuazione delle politiche attivate sulla soddisfazione finale dei bisogni della collettività e la rilevazione del grado di soddisfazione delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive.

Nel caso in cui sia valutata la performance individuale di dirigenti e responsabili di una unità organizzativa, la misurazione è collegata ad indicatori relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità e al raggiungimento di specifici obiettivi individuali.

Infine, in caso di valutazione dei dirigenti sulle prestazioni individuali dei dipendenti, dovranno essere presi in considerazione il raggiungimento di specifici obiettivi, individuali e di gruppo, la qualità del contributo apportato alla qualità della performance stessa e il grado di competenza dimostrato.

I sistemi di misurazione e valutazione della performance rientrano in una specifica fase del più ampio ciclo di gestione della performance, come previsto dall'art. 4 del decreto legislativo 150/2009.

Il ciclo della performance si articola in diverse fasi:

- Definizione e assegnazione degli obiettivi;
- Collegamento tra obiettivi e risorse;
- Monitoraggio costante ed attivazione di eventuali interventi correttivi;
- Misurazione e valutazione della performance organizzativa e della performance individuale;
- Utilizzo dei sistemi premianti;
- Rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle

¹⁴ Art. 3, comma 1, D.Lgs. 150/2009.

amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Le amministrazioni, al fine di garantire la qualità, chiarezza, comprensibilità e attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance devono redigere annualmente:

- a) Il Piano della Performance, documento programmatico triennale da redigere entro il 31 gennaio in cui sono esplicitati gli obiettivi da raggiungere da parte dagli organi di indirizzo politico-amministrativo, sentiti i vertici dell'amministrazione, che a loro volta consultano i dirigenti e i responsabili delle unità organizzative. Nel Piano della Performance gli obiettivi organizzativi vengono declinati anche in obiettivi individuali, il cui raggiungimento rappresenta il presupposto per l'attribuzione selettiva degli incentivi sia economici che di carriera.
- b) La Relazione sulla Performance che deve essere adottata entro il 30 giugno di ogni anno e deve evidenziare, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati sia organizzativi che individuali raggiunti rispetto a quelli programmati e alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti e il bilancio di quanto realizzato¹⁵.

3. I soggetti del processo di misurazione e valutazione della performance.

I soggetti che intervengono nel processo della misurazione e valutazione della performance sono:

- i
Il Dipartimento della Funzione Pubblica;
- g
li Organismi Indipendenti della Valutazione della Performance;
- l
l'organo di indirizzo politico-amministrativo;
- l
la dirigenza;
- i
i cittadini.

Il precedente testo dell'art. 13 del D.Lgs. 150/2009 istituiva la *Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche – CIVIT*, che aveva il compito di indirizzare, coordinare e sovrintendere all'esercizio indipendente delle funzioni di valutazione da

¹⁵ S. ROTA, M.F. SICILIA, I. STECCOLINI, *Bilancio e misurazione della performance nelle amministrazioni pubbliche*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore, 2012, p. 316; Edizioni Simone, *La valutazione del personale nel pubblico impiego*, in *la legge per tutti*, 2016 su https://www.laleggepertutti.it/109013_la-valutazione-del-personale-nel-pubblico-impiego; B. CONTI, *Dipendente pubblico, come avviene la misurazione della sua performance*, in *la legge per tutti*, 2019 su https://www.laleggepertutti.it/273815_dipendente-pubblico-come-avviene-la-misura-della-sua-performance.

parte degli altri soggetti del sistema oltre al compito di garantire la totale trasparenza dell'attività svolta.

Vista l'importanza e la rilevanza dell'attività di trasparenza e anticorruzione, nel 2012 con la legge 190 la Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche diventa l'Autorità Nazionale Anticorruzione.

Nel 2014 con il D.L. n. 90, art. 114, è stato disposto che, al fine di concentrare l'attività della Autorità Nazionale Anticorruzione sui compiti di trasparenza e di prevenzione della corruzione nelle pubbliche amministrazioni, le funzioni della predetta Autorità in materia di valutazione e misurazione della performance vengano trasferite al Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Questa struttura ha così il compito di assicurare le funzioni di promozione e coordinamento delle attività di valutazione e misurazione della performance delle amministrazioni pubbliche, mentre diventano di centrale importanza gli Organismi Indipendenti di Valutazione della performance (OIV), presenti in ogni pubblica amministrazione, che in qualità di soggetti terzi ed imparziali vedono potenziato il proprio ruolo e le relative attribuzioni.

All'OIV spetta la valutazione della performance di struttura e la formulazione di una proposta valutativa dei dirigenti: a questi ultimi compete la valutazione della performance dei sottoposti.

Nel processo di misurazione della performance organizzativa, da ultimo, possono intervenire come soggetti partecipanti anche i cittadini attraverso la loro comunicazione, direttamente all'OIV, del grado di soddisfazione per le attività e i servizi erogati dalla PA ed anche la pubblica amministrazione ha il dovere di rilevare il grado di soddisfazione degli utenti.

4. Compiti principali dell'Organismo Indipendente di Valutazione della performance.

Ruolo fondamentale nella valutazione della performance spetta di diritto all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) istituito in ogni PA, come evoluzione dei Nuclei di valutazione interna. I compiti dell'Organismo Indipendente di Valutazione sono dettagliatamente elencati nell'art. 14 del D.Lgs. 150/2009. L'OIV:

- *monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso, anche formulando proposte e raccomandazioni ai vertici amministrativi;*
- *comunica tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo e di amministrazione, nonché alla Corte dei Conti e al Dipartimento di Funzione Pubblica al quale sono attribuite, tra le altre, funzioni di coordinamento degli OIV a livello nazionale;*

- *valida la Relazione sulla performance a condizione che la stessa sia redatta in forma sintetica, chiara e di immediata comprensione ai cittadini e agli altri utenti finali e ne assicura visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'amministrazione; l'OIV deve assicurare che tale relazione sia redatta in forma chiara e immediatamente comprensibile da tutti gli interessati. Il processo di validazione e stesura della relazione finale deve essere ispirata ai principi di trasparenza, attendibilità, evidenza, tracciabilità e veridicità oltre che di indipendenza e imparzialità e tenere conto di tutti i riscontri esterni eventualmente ricevuti da parte di cittadini o altri utenti finali, nonché di eventuali risultati di indagini svolte dalle agenzie esterne e da analisi condotte da soggetti appartenenti alla rete nazionale per la valutazione delle amministrazioni pubbliche o da elaborazioni fornite dall'amministrazione; tutto questo al fine di verificare che quanto riportato nella relazione corrisponda effettivamente alle performance raggiunte;*
- *garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione con particolare riferimento alla significativa differenziazione dei giudizi nonché dell'utilizzo dei premi; l'attenzione dell'OIV deve essere rivolta principalmente a verificare la capacità dei dirigenti di differenziare le valutazioni in osservanza delle indicazioni e delle percentuali previste dalla norma stessa, alla corretta distribuzione dei premi e alla giusta applicazione dei contratti collettivi; in caso di differenziazione inadeguata, l'OIV si esprimerà con una valutazione che evidenzia le criticità riscontrate;*
- *propone, sulla base del sistema di misurazione e valutazione, all'organo di indirizzo politico-amministrativo, la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi dei premi.*
L'OIV pertanto non effettua una valutazione del personale del comparto, ma vigila sul corretto esercizio di essa, la monitora per rimuovere criticità e promuovere il miglioramento del sistema;
- *l'OIV è responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dal Dipartimento della Funzione Pubblica, supporta l'amministrazione sul piano metodologico e verifica la correttezza dei processi di misurazione, monitoraggio, valutazione e rendicontazione della performance organizzativa e individuale: in particolare formula un parere vincolante sull'aggiornamento annuale del sistema di misurazione e valutazione;*
- *promuove l'utilizzo da parte dell'amministrazione dei risultati derivanti dalle attività di valutazione esterna delle amministrazioni e dei relativi impatti ai fini della valutazione della performance organizzativa.*

Quanto ai compiti degli OIV in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione si rimanda all'art. 1 della legge 190/2012 così come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97 (FOIA) nonché agli indirizzi espressi in materia da parte dell'Autorità Nazionale Anticorruzione¹⁶.

¹⁶ <https://performance.gov.it/organismi-indipendenti-valutazione>.

L'OIV, inoltre, nell'esercizio delle sue funzioni ha poteri di accesso, immediato e senza ritardo, a tutti gli atti e documenti in possesso dell'amministrazione e utili all'espletamento dei propri compiti, nel rispetto della disciplina in materia di protezione dei dati personali.

L'Organismo ha anche accesso diretto a tutti i sistemi informativi dell'amministrazione, compreso il sistema di controllo di gestione e può accedere a tutti i luoghi dell'amministrazione per svolgere le verifiche necessarie all'esercizio delle sue funzioni anche in collaborazione con gli organismi di controllo di regolarità amministrativa e contabile interni dell'amministrazione. In caso di gravi irregolarità riscontrate deve provvedere a fare le opportune segnalazioni agli organi competenti.

Occorre però precisare che l'OIV non ha compiti meramente ispettivi e di controllo, ma deve agire come agente di cambiamento. Occorre dunque che ci sia reciproca fiducia, collaborazione, visione condivisa e chiara; occorre reciprocità e perfetta relazione tra vertici, dirigenza amministrativa e OIV anche se quest'ultimo deve agire con terzietà ed in assoluta libertà.

Ogni amministrazione, singolarmente o in forma associata, deve dotarsi di un Organismo Indipendente di Valutazione della performance nominato dall'organo di indirizzo politico-amministrativo.

Può essere costituito in forma collegiale con tre componenti o in forma monocratica in base a criteri stabiliti dal Dipartimento di Funzione Pubblica.

La nomina è effettuata dall'organo di indirizzo politico-amministrativo (nelle Aziende Sanitarie è il Direttore Generale).

L'incarico dura tre anni rinnovabile solo una volta presso la stessa amministrazione. Al fine di garantire l'indipendenza e terzietà dell'organismo, non possono essere nominati componenti dell'OIV i dipendenti dell'amministrazione interessata, i soggetti che rivestono incarichi pubblici elettivi o cariche in partiti politici o in organizzazioni sindacali o che abbiano rapporti continuativi di collaborazione o consulenza con l'amministrazione oppure che abbiano avuto simili rapporti o incarichi nei tre anni precedenti. Anche queste incompatibilità hanno il fine di salvaguardare l'autonomia e l'indipendenza dell'organismo.

Gli incarichi possono essere conferiti previa procedura selettiva pubblica a soggetti iscritti da almeno sei mesi nell'Elenco nazionale dei componenti degli Organismi Indipendenti di Valutazione.

Il d.P.R. n. 105 del 2016 all'art. 6 ha previsto l'istituzione di un Elenco nazionale dei componenti degli OIV tenuto dal Dipartimento di Funzione Pubblica e l'iscrizione avviene sulla base di criteri selettivi che favoriscono il merito e le conoscenze specialistiche, nel rispetto dei requisiti generali, di integrità e di competenza e degli obblighi di aggiornamento professionale e formazione continua degli iscritti nell'Elenco.

All'art. 14-bis, comma 6, è prevista la nullità delle nomine o rinnovi in caso di inosservanza delle regole di cui agli artt. 14 e 14-bis del D.Lgs. 150/2009. È compito del Dipartimento della Funzione Pubblica segnalare alle amministrazioni interessate l'inosservanza di queste disposizioni.

Per l'iscrizione all'Elenco nazionale, gli interessati possono presentare domanda in qualsiasi momento dell'anno attraverso il portale della performance (www.performance.gov.it).

A seguito delle necessarie verifiche di sussistenza di tutti i requisiti richiesti, gli aventi diritto vengono collocati in una delle tre fasce esistenti sulla base dell'anzianità e dell'esperienza professionale maturata (5-8-12 anni).

Regole specifiche sono previste per la permanenza o il cambio di fascia e per l'eventuale esclusione dall'Elenco nazionale.

5. La performance per le Regioni e la sanità.

Con le modifiche introdotte dalla legge costituzionale n. 3/2001 al Titolo V, Parte II, della Costituzione, il D.Lgs. 150/2009 non ha trovato immediata e piena attuazione per Regioni ed Enti locali, in quanto regola una materia nella quale la stessa Costituzione assicura autonomia organizzativa e normativa agli Enti territoriali.

Per individuare le norme applicabili alle Regioni e agli Enti locali, occorre fare una attenta analisi sia degli articoli nei quali il legislatore ha individuato le norme di diretta applicazione e i principi di adeguamento, cioè gli articoli 16, 31 e 74 del D.Lgs. 150/2009, sia dei richiami che fanno sorgere dubbi sull'applicazione di ulteriori disposizioni alle Regioni.

Nell'art. 74, comma 1, del D.Lgs. 150/2009¹⁷ sono stati individuati gli articoli che rientrano nella potestà legislativa esclusiva dello Stato di cui all'art. 117, comma 2, lettere l) e m), della Costituzione, mentre nel comma 2 dello stesso art. 74 sono stati individuati gli articoli che costituiscono principi generali dell'ordinamento a cui le Regioni e gli Enti locali anche con riferimento agli Enti del Servizio Sanitario Regionale devono adeguarsi negli ambiti di rispettiva competenza.

¹⁷ L'art. 74, comma 1, del D.Lgs. 150/2009 prevede che rientrano nella potestà legislativa esclusiva dello Stato ai sensi dell'art. 117, comma 2, lettere l) ed m), della Costituzione i seguenti articoli:

art. 11, commi 1 e 3 (ora D.Lgs. 33/2013 in materia di trasparenza ed anticorruzione), da art. 28 ad art. 30, da 33 a 36, 54, 57, 61, 62, comma 1, 64, 65, 66, 68, 69 e 73, commi 1 e 3.

L. BULOTTA, *Il processo di adeguamento ai principi del D.Lgs. 150/2009*, in D. GAGLIOTI, M. RANIERI e A.M. SAVAZZI (a cura di), *Risultati e prospettive per i sistemi di valutazione della performance: confronto tra gli organismi indipendenti di valutazione delle regioni e delle province autonome: atti del Seminario nazionale, Catanzaro, 18 marzo 2016*, Padova, CEDAM, 2016, pp. 105-107.

Nell'art. 16 del D.Lgs. 150/2009 come da ultima revisione del testo avvenuta con il D.Lgs. 74/2017 viene precisato che le Regioni ed i rispettivi Enti locali e del Sistema Sanitario Nazionale devono adeguare i propri ordinamenti ad alcuni principi contenuti

- nell'art. 3 (sistema di misurazione e valutazione della performance);
- nell'art. 4 (la regolazione complessiva del ciclo della performance);
- nell'art. 5, comma 2 (le caratteristiche degli obiettivi);
- nell'art. 7 (la regolazione del sistema di misurazione e valutazione della performance);
- nell'art. 9 (la definizione degli ambiti di misurazione e valutazione individuale);
- nell'art. 15, comma 1 (individuazione delle responsabilità degli organi di indirizzo politico-amministrativo, in tema di gestione del ciclo della performance e validazione della stessa).

Per le restanti norme a cui le Regioni ed anche gli Enti del SSN devono adeguarsi, occorre un preventivo accordo da sottoscrivere in Conferenza Unificata.

L'adeguamento dei sistemi regionali e degli Enti locali deve avvenire entro 6 mesi dall'entrata in vigore del D.Lgs. 150/2009, decorsi i quali si applicano le nuove disposizioni dello stesso decreto fino all'emanazione della disciplina regionale e locale¹⁸.

Con particolare riferimento all'Organismo Indipendente di Valutazione, è compito della Regione prevedere se possa costituirsi un organo monocratico o collegiale e stabilire regole per una adeguata selezione dei componenti nella considerazione che nelle Aziende Sanitarie l'Organismo Indipendente di Valutazione valuta i sistemi di misurazione e valutazione della performance in strutture dove operano dirigenti medici e operatori sanitari che svolgono attività altamente professionale e tecnica che non potrebbero essere valutate da ingegneri o laureati in ingegneria.

Anche gli indicatori sono tantissimi e di vario genere per cogliere gli aspetti salienti delle attività svolte da questi Enti.

Si evidenzia però una difformità di sistemi di misurazione e valutazione della performance adottati e questo comporta che i risultati pubblicati dalle singole Aziende spesso siano difficilmente confrontabili.

6. Performance, Sistema Sanitario della Regione Emilia-Romagna e OIV unico SSR.

La Regione Emilia-Romagna ha istituito un unico Organismo Indipendente di Valutazione per tutti gli Enti e le Aziende del Servizio Sanitario Regionale, OIV-SSR (art. 49, comma 5, della L.R.

¹⁸ L. BULOTTA, *Il processo di adeguamento ai principi del D.Lgs. 150/2009*, in D. GAGLIOTI, M. RANIERI e A.M. SAVAZZI (a cura di), *Risultati e prospettive per i sistemi di valutazione della performance: confronto tra gli organismi indipendenti di valutazione delle regioni e delle province autonome: atti del Seminario nazionale, Catanzaro, 18 marzo 2016*, Padova, CEDAM, 2016, pp. 105-107.

43/2001), unico caso in Italia, disciplinandone autonomamente finalità e funzioni¹⁹ e ne ha definito l'ambito delle competenze con una disciplina innovativa e modificativa rispetto a quanto previsto dall'art. 14 del D.Lgs. 150/2009. Si ricorda che la facoltà attribuita alle Regioni di adeguare autonomamente i propri ordinamenti ai principi contenuti nel D.Lgs. 150/2009 è espressamente prevista dagli articoli 16, 31 e 74, comma 2, del decreto stesso.

Organo collegiale composto da tre componenti esterni, dotati di elevata professionalità ed esperienza. Questi sono nominati dalla Giunta regionale nel rispetto del principio di pari opportunità e di parità di genere e dei requisiti e criteri specificati in apposito nuovo regolamento recentemente adottato con DGR n. 35 del 9 marzo 2019.

Per l'individuazione dei componenti viene pubblicato un avviso sul sito web regionale e sul Bollettino Ufficiale Regionale Telematico (BURERT), per la raccolta di manifestazioni di interesse.

I componenti sono nominati dalla Giunta regionale sulla base di una terna di nomi individuati da una apposita commissione esaminatrice che valuta tutti i curriculum pervenuti ed eventualmente i colloqui con i candidati. In occasione della nomina, viene individuato anche il presidente.

A garanzia dell'onorabilità e della imparzialità e indipendenza dell'organo, al fine della candidatura a divenire componente dell'OIV-SSR della Regione Emilia-Romagna sono previsti numerosi requisiti sia di carattere generale (essere cittadino italiano o di uno degli Stati membri dell'Unione europea, godere dei diritti civili e politici, non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti giudiziari) che di competenza ed esperienza (diploma di laurea, esperienza di almeno 5 anni nelle PA o aziende private nel campo manageriale, della pianificazione e controllo di gestione, organizzazione e gestione del personale,...) ed eventuali ulteriori requisiti necessari in relazione alle specificità delle Aziende per i quali eserciteranno le loro funzioni previsti nell'apposito avviso pubblico.

Particolare attenzione meritano le cause di incompatibilità e di inconferibilità:

l'art. 5 del Regolamento adottato con DGR della Regione Emilia-Romagna n. 35 del 29 marzo 2019 riporta quanto segue:

“Non possono essere nominati componenti degli OIV:

a) soggetti che abbiano un rapporto di lavoro dipendente con la Regione o con gli altri Enti per i quali l'OIV esercita le sue funzioni o che abbiano avuto tale rapporto nei tre anni precedenti la nomina;

¹⁹ Le norme e gli atti della Regione Emilia Romagna che disciplinano il funzionamento dell'OIV unico per tutte le aziende del Sistema Sanitario Regionale sono: L.R. n. 26/2013, DGR n. 334/2014, Nota Direzione Generale Organizzazione, Personale, Sistemi informativi e telematica PG/2014/385293, DGR n. 705/2015 che si possono visualizzare nelle apposite sezioni del sito istituzionale della Regione.

b) soggetti che rivestano incarichi pubblici elettivi o cariche in partiti politici o in organizzazioni sindacali ovvero che abbiano rapporti continuativi di collaborazione o di consulenza con le predette organizzazioni, ovvero ancora che abbiano rivestito simili incarichi o cariche o che abbiano avuto simili rapporti nei tre anni precedenti la nomina;

c) associazioni, società e, in generale, soggetti diversi dalle persone fisiche, anche nell'ipotesi in cui il conferimento dell'incarico avvenga scindendo il rapporto personale con il candidato dal rapporto economico, prevedendo l'erogazione del corrispettivo ad una società per l'attività prestata dal singolo;

d) coloro i quali:

1) siano stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del Codice Penale (delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione) o abbiano riportato condanna nei giudizi di responsabilità contabile e amministrativa per danno erariale;

2) siano stati motivatamente rimossi dall'incarico di componente di OIV prima della scadenza del mandato;

3) abbiano riportato, quali dipendenti pubblici, una sanzione disciplinare superiore alla censura;

4) siano stati componenti degli organi di indirizzo politico-amministrativo della Regione o degli Enti presso cui l'OIV esercita le sue funzioni nel triennio precedente la nomina;

5) si trovino, riguardo all'attività che sono chiamati a svolgere, nei confronti della Regione o degli Enti per i quali l'OIV esercita le sue funzioni, in una situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi propri, del coniuge, di conviventi, di parenti o di affini entro il secondo grado, fermo restando l'obbligo, prima di ogni seduta, di comunicare, sottoscrivendo apposita dichiarazione, eventuali conflitti di interessi, ai sensi dell'art. 7 del D.P.R. n. 62 del 2013 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165";

6) siano magistrati o avvocati dello Stato che svolgono le funzioni nello stesso ambito territoriale regionale o distrettuale in cui operano la Regione o gli Enti per i quali l'OIV esercita le sue funzioni;

7) abbiano un rapporto di coniugio, di convivenza, di parentela o di affinità entro il secondo grado, rispettivamente con:

a) il Presidente, gli assessori e i consiglieri, ovvero, per quanto riguarda gli altri Enti per i quali l'OIV esercita le sue funzioni, con i componenti degli organi di indirizzo politico-amministrativo;

b) dirigenti in servizio nell'ente Regione o nei restanti Enti per i quali l'OIV esercita le sue funzioni, limitatamente, per quanto riguarda gli Enti e le Aziende del SSR, ai dirigenti delle direzioni strategiche;

8) abbiano svolto attività professionale non occasionale a favore della Regione e degli Enti per i quali l'OIV esercita le sue funzioni;

9) siano revisori dei conti presso la Regione e presso gli Enti per i quali l'OIV esercita le sue funzioni;

10) siano già componenti dell'OIV- SSR, nel caso di nomina in OIV-RER, ovvero siano già componenti dell'OIV-RER, nel caso di nomina in OIV-SSR;

11) abbiano raggiunto l'età per il collocamento a riposo d'ufficio.

2. Non possono essere nominati componenti dell'OIV-SSR:

a) coloro che siano componenti di organi e organismi collegiali propri degli Enti per i quali l'organismo opera: collegio di direzione, collegio sindacale, collegio aziendale delle professioni sanitarie, comitato dei garanti, comitato di indirizzo e verifica, comitato etico, comitato consultivo misto, comitato tecnico scientifico, direttore scientifico;

b) coloro che siano inseriti nell'elenco degli idonei alla nomina di Direttore Generale di Aziende Sanitarie e IRCCS di diritto pubblico della Regione Emilia-Romagna.

I componenti restano in carica per 3 anni e l'incarico è rinnovabile per una sola volta.

Gli OIV sono validamente costituiti quando sia presente la maggioranza dei relativi componenti e le decisioni sono adottate a maggioranza.

Nel caso in cui siano presenti solo due componenti e non c'è unanimità, prevale il voto del Presidente.

7. Ruolo e compiti degli Organismi Aziendali di Supporto (OAS) e dell'Organismo Indipendente di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia-Romagna.

I compiti assegnati dalla Regione Emilia-Romagna all'OIV -SSR sono:

- la valutazione, tramite parere vincolante, della correttezza metodologica dei sistemi di misurazione e valutazione delle performance, ivi comprese quelle relative ai Direttori generali;
- promozione e attestazione della trasparenza e dell'integrità dei sistemi di programmazione, valutazione e misurazione delle attività e delle prestazioni organizzative e individuali applicati;
- monitoraggio del funzionamento complessivo del sistema dei controlli interni, con riferimento a controllo strategico, controllo di gestione e valutazione del personale, oltre che all'applicazione della

normativa in materia di prevenzione della corruzione, e presentazione alla Giunta regionale di una relazione annuale sullo stato dello stesso e sulle attività svolte in tale ambito;

- esercizio delle funzioni attribuite agli OIV di cui all'art. 14 del D.Lgs. n. 150 del 2009 da successive leggi statali (parere obbligatorio sul codice di comportamento; verifica della coerenza tra obiettivi previsti dal Programma Triennale per la trasparenza e l'integrità e quelli indicati nel Piano della Performance).

La Regione ha attribuito all'OIV-SSR anche il compito di emanare linee guida e di indirizzo per lo sviluppo armonico ed omogeneo del ciclo della performance e del sistema di valutazione integrata del personale degli Enti e Aziende del SSN.

Per garantire all'OIV-SSR il necessario supporto nello svolgimento delle proprie funzioni e assicurare allo stesso la disponibilità di tutte le informazioni specifiche relative a ciascuno degli Enti e Aziende coinvolti, è prevista, presso ogni amministrazione, l'istituzione di una funzione che afferisca direttamente alla direzione strategica aziendale.

Tale funzione viene esercitata mediante l'Organismo Aziendale di Supporto (OAS). Gli Enti e Aziende possono esercitare anche congiuntamente tra loro, tramite sottoscrizione di appositi accordi, le funzioni di supporto all'attività dell'OIV-SSR, anche a livello di area vasta o di altra aggregazione territoriale in conformità ai principi di efficacia, efficienza ed economicità.

La costituzione degli OAS deve prevedere almeno un componente esterno all'Ente o Azienda di competenza, dotato di idonea qualificazione professionale, nel rispetto delle norme di cui all'art. 7 decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, nei limiti di spesa definiti con atto della Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare. Tra i componenti dell'OAS deve essere individuato un Coordinatore tra i membri interni che rappresenti un punto di riferimento stabile per l'OIV-SSR.

Tutti i componenti dell'OAS sia interni che esterni, devono garantire adeguata professionalità ed esperienza in relazione alle funzioni assegnate dall'OIV, oltre ad autonomia e terzietà professionale.

I principali compiti riconosciuti all'Organismo Aziendale di Supporto, con riferimento all'Ente o Azienda di competenza e in applicazione delle linee guida e di indirizzo emanate dall'OIV-SSR, sono quelli volti a:

- a) assicurare il supporto all'attività di programmazione e valutazione aziendale, in particolare per la definizione e manutenzione della metodologia, degli indicatori e degli strumenti di valutazione;
- b) verificare la correttezza metodologica dei sistemi di programmazione, misurazione e valutazione delle performance organizzative e individuali, monitorando il funzionamento del sistema di valutazione aziendale;
- c) verificare e promuovere il corretto confronto tra valutato e valutatore in ogni fase del procedimento di valutazione, in special modo nei casi di posizioni difformi, anche nell'ambito delle

valutazioni di seconda istanza, validando il processo di valutazione annuale e l'attribuzione dei premi al personale, in applicazione dei CCNL vigenti;

d) supportare l'OIV-SSR nello svolgimento dei compiti e delle funzioni attribuiti allo stesso;

e) svolgere eventuali altre funzioni assegnate dalla Direzione aziendale, compatibili e coerenti con quanto sopra riportato.

8. Attività svolta dall'OIV-SSR coadiuvato dagli OAS.

Con riferimento ai compiti relativi alla trasparenza, anticorruzione e prevenzione della corruzione dell'OIV-SSR si rinvia ad altro contributo di questa pubblicazione²⁰.

Le linee guida e di indirizzo per lo sviluppo armonico ed omogeneo del ciclo della performance sono state adottate con delibera n. 1/2014 dell'OIV-SSR, successivamente modificata e integrata dallo stesso OIV-SSR con successive delibere, interpretando e accogliendo gli indirizzi normativi nazionali alla luce delle specificità del contesto sanitario, nonché dei percorsi di sviluppo gestionali e delle pratiche di pianificazione e programmazione già ampiamente consolidate nelle Aziende ed Enti del SSR-ER.

Il ciclo della performance, per rispondere ai requisiti di supporto ai processi di pianificazione strategica pluriennale, di controllo strategico e di rendicontazione verso il sistema dei portatori di interesse, si articola nelle Aziende del SSR della Regione Emilia-Romagna in:

- Definizione di un Piano delle Performance
- Programmazione annuale di budget
- Relazione della performance

Il Piano della Performance (PdP) è un documento programmatico triennale contenente gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi, le risorse e i relativi indicatori per la misurazione della performance organizzativa.

Attraverso il Piano delle Performance l'Azienda definisce linee strategiche ed obiettivi nella loro articolazione complessiva, in modo da indicare quale è il grado di performance che l'Azienda intende conseguire e di evidenziare le modalità e gli strumenti attraverso i quali valutare e misurare gli eventuali scostamenti da tale valore atteso, in linea con gli obiettivi nazionali, le linee di indirizzo regionali ed il principio generale di contenimento della spesa, con il fine ultimo di rispondere in modo adeguato ai bisogni del cittadino e più in generale di tutti gli stakeholder coinvolti. Il Piano, pertanto, tende ad individuare ed esplicitare i bisogni della collettività, la missione istituzionale, le priorità politiche, le strategie e gli obiettivi, mettendo in evidenza anche il metodo ed il processo attraverso il

²⁰ M. BRUNELLO, *L'integrazione tra prevenzione della corruzione e performance*, in questa pubblicazione.

quale sono stati individuati, in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione anche finanziario e di bilancio.

Il PdP è quindi un documento:

- con validità triennale e stabile (a meno che non si verificano significativi cambiamenti organizzativi o ambientali);
- fortemente correlato con gli obiettivi di mandato assegnati alle Direzioni generali;
- rivolto verso l'interno dell'Azienda per fornire una cornice di riferimento strategica per l'azione gestionale e per la programmazione annuale (che si sviluppa principalmente mediante il budget e gli strumenti correlati), ma rivolto soprattutto verso l'esterno, al fine di indicare i principali obiettivi strategici e le modalità di loro monitoraggio e rendicontazione;
- con una struttura e contenuti omogenei tra le Aziende, con la possibilità di indicare aspetti di specifico interesse locale ma all'interno di un quadro complessivo coerente e sistemico.

Il PdP è strutturato secondo una serie di dimensioni/aree fisse e di indicatori minimi e comuni presenti in INSIDER (Indicatori Sanità e Dashboard Emilia-Romagna - ex SIVER) che è un ambiente dedicato alle Direzioni delle Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Regionale per monitorare e valutare, tramite sistemi di indicatori e Dashboard direzionali, l'assistenza erogata.

L'elenco degli indicatori è stato costruito tenendo conto delle indicazioni nazionali (Griglia LEA, Piani di Rientro, DM 70) e delle linee di programmazione definite a livello regionale. Tali indicatori di risultato assicurano coerenza di sistema, confrontabilità nel tempo e nello spazio e vengono rappresentati con l'indicazione del valore atteso nel triennio di vigenza del Piano.

Il PdP deve essere licenziato e trasmesso all'OIV regionale entro il 1° marzo di ogni triennio. Se nel triennio si rendono necessarie delle modifiche, entro il 1° marzo di ogni anno va inviata all'OIV la versione del Piano rivista.

Entro il 1° aprile di ogni anno l'Azienda deve dare evidenza della diffusione e conoscenza del PdP all'interno dell'Azienda e deve essere inviato all'OIV regionale una nota che illustri come il Piano sia stato presentato, discusso con il gruppo dirigente allargato e con tutti i dipendenti a cui deve essere messo a disposizione.

Inoltre, il Pdp prevede una declinazione annuale nel sistema di budget aziendale, su cui è basato il sistema di valutazione dei risultati organizzativi e individuali del personale, assicurando anche la correlazione con le misure di prevenzione della corruzione e trasparenza prevista dalla normativa.

Il "master budget" è il documento che raggruppa tutte le schede di budget con gli obiettivi di performance organizzativa assegnati alle strutture aziendali secondo quanto previsto dal regolamento di budget e approvate con delibera di Giunta regionale. Tale documento deve essere licenziato e

trasmesso all'OIV-SSR entro il 31 marzo di ogni anno. Eventuali revisioni devono avvenire entro il 1° settembre ed entro il 30 settembre deve essere inviata all'OIV regionale la versione rivista e modificata.

La Relazione sulla performance è il documento annuale di rendicontazione dei risultati conseguiti rispetto agli impegni strategici del PdP e dell'evoluzione registrata per gli indicatori di risultato con commenti in relazione agli andamenti attesi.

Il documento, pertanto, è articolato in due sezioni:

la prima contiene una serie di elementi informativi relativi alle azioni attuate in relazione agli impegni strategici presenti nel Piano della Performance;

la seconda contiene l'evoluzione registrata degli indicatori di risultato, con commenti/spiegazioni in relazione agli andamenti attesi.

La Relazione deve essere inviata all'OIV-SSR entro il 30 giugno di ogni anno affinché venga verificata e validata.

Il processo di validazione della Relazione deve essere ispirato ai principi di trasparenza, attendibilità, evidenza, tracciabilità e verificabilità, oltre che indipendenza e imparzialità.

La validazione deve riguardare la conformità della Relazione alla normativa e alle linee guida OIV-SSR e ANAC, l'attendibilità dei dati e delle informazioni contenute nella Relazione e la comprensibilità della relazione anche per i cittadini e le imprese al fine di favorire il controllo sociale diffuso sulle attività e i risultati della PA²¹.

L'OIV-SSR, su indicazione della Regione e avvalendosi anche del supporto degli Organismi Aziendali di Supporto (OAS) costituiti in ciascuna Azienda ed Ente del SSR, sta accompagnando il Sistema Sanitario Regionale nella implementazione, presso ogni Azienda Sanitaria, di una nuova metodologia di misurazione e valutazione delle attività e delle prestazioni individuali. In tale ambito, l'OIV-SSR ha fornito le prime indicazioni metodologiche ed operative alle Aziende e agli OAS con Delibera OIV 1/2014 e più specificatamente con l'allegato B "Linee guida per lo sviluppo del sistema aziendale di valutazione integrata del personale degli enti ed aziende del SSR", nonché con Delibera OIV n. 2/2015 ha rappresentato "Il sistema di valutazione del personale". Le ASL della Regione, alla luce degli indirizzi dettati dall'OIV-SSR, hanno introdotto nuove modalità di valutazione annuale della performance organizzativa ed individuale del personale dirigente. Tale modello si applica in stretto collegamento con gli strumenti istituzionali di programmazione annuale e pluriennale e del

²¹ C. BRAVI e altri, *Panoramica sui sistemi di valutazione delle Aziende Sanitarie Pubbliche in Italia: misurare la performance di Azienda o del Direttore Generale*, in *Sanità Pubblica e Privata*, n. 3/2018.

sistema di budgeting aziendale e con il coinvolgimento dei professionisti dell'Azienda e delle OO.SS. in un'ottica di collaborazione e di continuo miglioramento.

9. Conclusioni.

Per riassumere: la scelta della Regione Emilia-Romagna ha incardinato un processo che ha dato e continua a dare piena attuazione alle finalità per le quali è stata concepito il D.Lgs. 150/2009.

L'OIV-SSR ha fornito le linee guida a cui tutte le Aziende Sanitarie della Regione si sono uniformate nell'applicazione del ciclo di gestione della performance nel proprio contesto organizzativo. Tali linee guida hanno interpretato e accolto gli indirizzi normativi nazionali per una applicazione efficace nel Sistema Sanitario ed in particolare nel sistema delle Aziende Sanitarie della Regione.

In merito alla valutazione e valorizzazione del personale delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna, premesso che le realtà delle varie Aziende erano notevolmente differenti e frammentarie, l'OIV ha fornito inizialmente le linee guida alle Aziende per lo sviluppo dei sistemi di valutazione, poi ha cercato di promuovere l'attivazione di percorsi per il progressivo avvicinamento dei sistemi aziendali ai modelli indicati. Questo si è tradotto in una analisi sistematica e condivisa con le Aziende delle procedure e degli strumenti attualmente adottati che ha portato alla produzione di una guida alla valutazione aziendale del personale che non è altro che una fotografia dei vari sistemi e processi di valutazione attualmente in uso ricomposti in un unico quadro, a partire dal quale sono stati definiti tempi e modalità con le quali le Aziende dovranno progressivamente adeguarsi al nuovo modello proposto dall'OIV (modello a tendere) ed anche per l'attivazione del modulo valutazione del software unico regionale (GRU). Tutto questo dovrebbe quindi portare a superare le grandi difformità oggi presenti nelle Aziende Sanitarie.

Tale sviluppo troverà occasione applicativa piena nei processi di contrattazione integrativa che si dovranno attuare a livello aziendale a seguito dell'applicazione dei nuovi contratti collettivi nazionali di lavoro, già approvato per il personale di comparto e in fase di approvazione per il personale dirigente e, come specificato nell'ultima Relazione dell'OIV- SSR alla Regione, questo impegnerà per i prossimi anni le Direzioni aziendali, l'OIV, gli OAS e la Direzione Generale Sanità per dare coerente applicazione a tutte le novità introdotte.

Come per i sistemi di valutazione del personale, anche in tutte le altre competenze assegnate dalla RER, l'OIV-SSR ha veramente agito come agente di cambiamento andando ad accompagnare tutte le Aziende del SSR verso la creazione di un approccio fortemente integrato e sistemico che consente una lettura trasversale delle performance aziendali di tutta la Regione sulla base di dimensioni ed indicatori comuni e significativi.

L'OIV unico per il SSR ha agito con terzietà ed indipendenza, affiancando le Aziende in questo processo di cambiamento verso una maggiore efficienza che non è stata ricercata in regole e adempimenti formali, ma nella creazione di un contesto più omogeneo e nella promozione di una standardizzazione verso le migliori pratiche esistenti. Le linee guida impartite, i controlli interni, le sinergie sviluppate e l'implementazione di un sistema di valutazione della performance unico regionale ha reso possibile il confronto reale delle performance delle Aziende e dal confronto si sono potuti individuare i vari punti di debolezza e i punti di forza. L'OIV-SSR, oltre a riunirsi abitualmente presso la sede della Regione, spesso ha tenuto le proprie sessioni di lavoro anche presso le sedi delle Aziende, per favorire un confronto diretto sui temi di competenza ed un più agevole scambio informativo e ha cercato di realizzare un sistema di relazioni collaborativo e propositivo all'interno del quale creare maggiore omogeneità negli approcci e nelle modalità di funzionamento delle Aziende. Tutto questo ha portato alla valorizzazione delle numerose esperienze positive già esistenti e a consolidarle in una logica di sistema, favorendo il superamento delle criticità riscontrate²².

L'esempio emiliano potrebbe dare lo spunto a una maggiore collaborazione tra Regioni, con l'auspicio che questo possa dare vita alla creazione di un osservatorio unico nazionale per gli OIV regionali ed anche per gli OIV delle Aziende Sanitarie.

BIBLIOGRAFIA

C. BRAVI e altri, *Panoramica sui sistemi di valutazione delle Aziende Sanitarie Pubbliche in Italia: misurare la performance di Azienda o del Direttore Generale*, in *Sanità Pubblica e Privata*, n. 3/2018

A. BIANCO, A. BOSCATI, R. RUFFINI, *La riforma del pubblico impiego e della valutazione*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore, 2017

D. GAGLIOTI, M. RANIERI e A.M. SAVAZZI (a cura di), *Risultati e prospettive per i sistemi di valutazione della performance: confronto tra gli organismi indipendenti di valutazione delle regioni*

²² OIV-SSR Regione Emilia-Romagna, Relazione annuale di monitoraggio sul funzionamento complessivo del sistema dei controlli interni nell'ambito di Enti e Aziende del Servizio Sanitario Regionale e di ARPAE (*Decreto 35 del 29/03/2019, art. 7, c. 2, lett. c e DGR 334/2014 – Allegato A, art. 3, c. 1, lett. c*) Periodo: 1.10.2018-30.9.2019) <https://apps.ausl.re.it/DocSuiteAmministrazioneTrasparente/SeriesItem.aspx?IdSeriesItem=427452&history=False>
Le delibere e le relazioni annuali dell'OIV-SSR della Regione Emilia-Romagna sono pubblicate in <https://apps.ausl.re.it/DocSuiteAmministrazioneTrasparente/SeriesGrid.aspx?idSeries=85&noFilter=true&history=False>

e delle province autonome: atti del Seminario nazionale, Catanzaro, 18 marzo 2016, Padova, CEDAM, 2016

S. CORONATO, *La meritocrazia: da un sistema imperniato su una pluralità di controlli all'Organismo Indipendente di Valutazione*, in *Dir. San. Mod.*, Contributi originali, 2017

L. OLIVIERI, *La riforma della trasparenza: come cambia il D.Lgs. 14 marzo 2013 n. 33 dopo il D.Lgs. 25 maggio 2016 n.97: commento articolo per articolo della nuova disciplina: accesso civico (FOIA): disciplina per i piccoli e grandi Enti: obblighi di pubblicazione: responsabile per la trasparenza: compiti dell'OIV compiti dell'ANAC: responsabilità*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore, 2016

S. ROTA, M.F. SICILIA, I. STECCOLINI, *Bilancio e misurazione della performance nelle amministrazioni pubbliche*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore, 2012

A. AVIO, *La performance come valutazione dell'adempimento nel rapporto alle dipendenze della P.A.*, Napoli, Jovene Editore, 2017

A. BIANCONI, *Gli OIV e la vigilanza della CIVIT sugli obblighi di trasparenza (artt. 44, 45)*, in B. PONTI (a cura di), *La trasparenza amministrativa dopo il D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore, 2013

L. ZANARDO, M. GASPARINI (a cura di), *Forum OIV Regione Veneto 2018: la valutazione del manager pubblico: novità normative e processi operativi*, Padova, CEDAM, 2019

A.M. SAVAZZI, G. LEMBO, P. BEVILACQUA, *2009-2017: la performance in evoluzione. Oltre la performance. Contributi allo sviluppo e all'innovazione nella prassi valutative delle regioni e delle province autonome*, Padova, CEDAM, 2017

SITOGRAFIA

Edizioni Simone, *La valutazione del personale nel pubblico impiego*, in *lalegge per tutti*, 2016 su https://www.laleggepertutti.it/109013_la-valutazione-del-personale-nel-pubblico-impiego

B. CONTI, *Dipendente pubblico, come avviene la misurazione della sua performance*, in *la legge per tutti*, 2019 su https://www.laleggepertutti.it/273815_dipendente-pubblico-come-avviene-la-misura-della-sua-performance

Dal sito della Regione Emilia-Romagna:

Nota Direzione Generale Organizzazione, Personale, Sistemi informativi e telematica PG/2014/385293

Da <http://servizissir.regione.emiliaromagna.it/deliberegiunta/> sono state consultate

DGR n. 334/2014, integrata con DGR n. 705/2015, Modifica della Deliberazione Giunta Regionale n. 334 del 17 marzo 2014, dispone “Approvazione della disciplina per l’attivazione ed il funzionamento dell’Organismo Indipendente di Valutazione per gli Enti e le Aziende del SSR e per l’Agenzia regionale per l’ARPA”

Da <http://bur.regione.emilia-romagna.it/> consultato il

Regolamento regionale n. 92/2019 per il funzionamento degli organismi indipendenti di valutazione della Regione Emilia-Romagna e degli Enti del sistema delle amministrazioni regionali;

Dal sito dell’Azienda USL di Reggio Emilia:

<https://apps.ausl.re.it/DocSuiteAmministrazioneTrasparente/SeriesGrid.aspx?idSeries=85&noFilter=true&history=False> consultate le Delibere OIV-SSR della Regione Emilia-Romagna:

- Delibera n. 1/2014 “Provvedimenti in materia di Trasparenza, anticorruzione Valutazione e Ciclo della Performance”
 - Allegato A “Linee Guida per l’applicazione del ciclo di gestione della performance”;
 - Allegato B “Linee guida per lo sviluppo del sistema aziendale di valutazione integrata del personale”
- Delibera n. 2/2015 “Linee guida ed indirizzi operativi per le Aziende Sanitarie ed OAS”
- Delibera n. 3/2016 “Aggiornamento delle Linee guida sul
● misurazione e valutazione della performance”
- Delibera n. 4/2016 “Prevenzione Corruzione e Trasparenza: prime indicazioni ai sensi del D.Lgs. 97/2016 e del PNA 2016 agli OAS e ai RPCT aziendali”
- Delibera n. 5/2017 “Sistema di valutazione integrata del personale: Linee guida e di indirizzo per lo sviluppo dei processi aziendali”.
- Relazione Annuale di monitoraggio sul funzionamento complessivo del sistema dei controlli interni nell’ambito di Enti ed Aziende del SSR e di ARPAE – periodo 1.10.2017-30.09.2018

- Nota dell'OIV-SSR della Regione Emilia-Romagna PG/2018/0355534 del 16/05/2018 “Sistema di misurazione e valutazione della performance: nuovo Piano della Performance 2018-2020” e allegata nota della RER DG cura della persona, salute e welfare ad oggetto: “Revisione dell'elenco indicatori per il Piano Performance aziendale”

Le delibere e le relazioni annuali dell'OIV-SSR della Regione Emilia Romagna sono pubblicate in <https://apps.ausl.re.it/DocSuiteAmministrazioneTrasparente/SeriesGrid.aspx?idSeries=85&noFilter=true&history=False>

Gli stessi documenti sono pubblicati sulla sezione di amministrazione trasparente dei siti istituzionali delle altre Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna.

Dallo stesso sito dell'Azienda USL di Reggio Emilia:

<https://apps.ausl.re.it/DocSuiteAmministrazioneTrasparente/Family.aspx?idFamily=6&history=False>

sono stati consultati il Piano Triennale della Performance 2018/2020 e la Relazione sulla Performance 2018

Sono stati inoltre consultati i seguenti siti:

www.laleggeper tutti.it/109013_la_valutazione-del-personale-nel-pubblico-impiego

<https://performance.gov.it/organismi-indipendenti-valutazione>

www.performance.gov.it

L'INTEGRAZIONE TRA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PERFORMANCE

Marina Brunello

Sommario: *1. La Legge 190/2012 – 2. La Delibera ANAC n. 6/2013 – 3. Il ruolo della trasparenza – 4. PTPCT e Performance – 5. Il ruolo degli OIV – 6. L'Integrazione tra la prevenzione della corruzione e la performance in Emilia Romagna – 6.1. I Piani della Performance delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna – 6.2. L'osservazione dei risultati – 7. Considerazioni conclusive.*

1. La Legge 190/2012

La Legge 190/2012 entrata in vigore il 28/11/2012 definisce le “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”. Il provvedimento legislativo è emanato in attuazione dell’art. 6 della Convenzione dell’Organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione, adottata dall’Assemblea Generale dell’ONU il 31 ottobre 2003 e ratificata dallo Stato Italiano con Legge n. 116 del 3 agosto 2009.

Il sistema di prevenzione della corruzione e di promozione dell’integrità in tutti i processi e le attività pubbliche, a ogni livello di governo, sulla base dell’analisi del rischio corruttivo nei diversi settori e ambiti di competenza, si configura come necessaria integrazione del regime sanzionatorio stabilito dal codice penale per i reati di corruzione, nell’ottica di garantire il corretto utilizzo delle risorse pubbliche, di rendere trasparenti le procedure e imparziali le decisioni delle amministrazioni. L’art. 1 della Legge 190/2012, laddove definisce i criteri di delega per il riordino della disciplina della trasparenza, si riferisce esplicitamente al fatto che gli obblighi di pubblicazione integrano i livelli essenziali delle prestazioni che le pubbliche amministrazioni sono tenute ad erogare anche a fini di prevenzione e contrasto della “cattiva amministrazione” e non solo ai fini di trasparenza e prevenzione e contrasto della corruzione. Il collegamento tra le disposizioni della Legge 190/2012 e l’innalzamento del livello di qualità dell’azione amministrativa, e quindi al contrasto di fenomeni di inefficiente e cattiva amministrazione, è evidenziato dalla stessa legge, anche in riferimento all’Organismo indipendente di valutazione. Allo stesso infatti è riconosciuta la funzione di *verificare, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, che i piani triennali per la prevenzione della corruzione siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all’anticorruzione e alla trasparenza*²³. Esso verifica i contenuti

²³ Art. 1, comma 8-bis, Legge 6 novembre 2012, n. 190 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità”.

della Relazione di cui al comma 14 in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza.

Poiché la Legge 190/2012 è finalizzata alla prevenzione e, quindi, alla realizzazione di una tutela anticipatoria, il concetto di corruzione deve essere inteso in un'accezione ampia, che ricomprende le varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si rilevi l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato, al fine di ottenere vantaggi privati.

Nell'accezione che si vuole adottare sono ricomprese anche le situazioni in cui, a prescindere dalla rilevanza penale, venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni o dei compiti attribuiti, che possono rivestire carattere amministrativo, tecnico o sanitario o di altro genere e riguardare ogni dipendente per qualsiasi qualifica ricoperta²⁴.

Rilevano, pertanto, sia le situazioni relative alla violazione degli artt. 318 e seguenti del codice penale (ipotesi di corruzione per l'esercizio della funzione, corruzione per atto contrario ai doveri d'ufficio e corruzione in atti giudiziari) che le situazioni che vanno oltre la gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati nel Titolo II, Capo I, del codice penale.

Il concetto di corruzione, nella fattispecie, amplia i confini della definizione imponendo una rigorosa ed attenta applicazione delle procedure di verifica in particolare all'interno delle Aziende Sanitarie, la cui "mission" è prioritariamente la cura del malato e la tutela della sua dignità.

Il sistema di prevenzione della corruzione così come inteso nella Legge 190/2012 prevede l'articolazione del processo di formulazione e attuazione delle strategie di prevenzione mediante un'azione coordinata tra strategia nazionale e strategia interna a ciascuna amministrazione. La strategia nazionale si realizza mediante il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA)²⁵ adottato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, che costituisce atto di indirizzo per le pubbliche amministrazioni, le quali sono tenute all'adozione dei propri Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT).

²⁴ F. FAINI (Articolo di), *Legge Anticorruzione: analisi della legge n. 190/2012*, Altalex, 18 febbraio 2013 sul sito <https://www.altalex.com/documents/news/2013/02/19/legge-anticorruzione-analisi-della-legge-n-190-2012>

G. DE LUCA, C. AMATO (Articolo di), *Anticorruzione nella Pa: le novità in tema di semplificazione, pubblicità e trasparenza*, Altalex, 6 novembre 2017, sul sito <https://www.altalex.com/documents/news/2017/10/30/anticorruzione-nella-pa-le-novita-in-tema-di-semplificazione-pubblicita-e-trasparenza>.

²⁵ In data 11 settembre 2013, l'Autorità Nazionale Anticorruzione ha approvato con la delibera CIVIT n. 72/2013, su proposta del Dipartimento della funzione pubblica il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), ai sensi dell'art. 1, comma 2, lett. b), della Legge n. 190/2012. Il Piano, elaborato sulla base delle direttive contenute nelle Linee di indirizzo del Comitato interministeriale, contiene degli obiettivi strategici governativi per lo sviluppo della strategia di prevenzione a livello centrale e fornisce supporto alle amministrazioni pubbliche per l'attuazione della prevenzione della corruzione e per la stesura del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione. Il PNA è stato negli anni più volte revisionato, per i testi revisionati si faccia riferimento al sito <https://www.anticorruzione.it/portal/public/classic/Attivitadocumentazione/Anticorruzione/PianoNazionaleAnticorruzione>.

In ambito nazionale è inoltre individuata l’Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) e gli altri organi incaricati di svolgere attività di controllo, di prevenzione e di contrasto della corruzione e della illegalità nella pubblica amministrazione con modalità tali da assicurare una azione coordinata²⁶.

La Legge stabilisce che l’organo di indirizzo politico delle amministrazioni pubbliche:

- individua il responsabile della prevenzione della corruzione dandone comunicazione alla CIVIT (ora ANAC);
- adotta, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (ora PTPCT)²⁷ su proposta del Responsabile individuato.

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) costituisce pertanto il documento programmatico che ciascuna Azienda è tenuta ad adottare.

Il PTPCT fornisce una valutazione del livello di esposizione delle amministrazioni al rischio di corruzione e indica gli interventi organizzativi (cioè le misure) finalizzati a prevenirlo.

La finalità del PTPCT è quella di identificare le misure organizzative mirate al contenimento del rischio di assunzione di decisioni non imparziali. Spetta così alle amministrazioni valutare e gestire il rischio corruttivo, individuando una metodologia che comprende l’analisi del contesto (interno ed esterno), la valutazione del rischio (identificazione, analisi e ponderazione del rischio) e il trattamento del rischio (identificazione e programmazione delle misure di prevenzione).

Il PTPCT non può essere oggetto di standardizzazione, ogni amministrazione lo elabora sulla base del proprio contesto territoriale, sociale, economico, culturale e organizzativo e in considerazione dei livelli e fattori abilitanti al rischio corruttivo che la caratterizzano²⁸.

Tra i principi guida generali relativi alla progettazione e attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo da definire nel PTPCT, il Piano Nazionale Anticorruzione individua alcuni principi metodologici tra cui l’*Integrazione*.

La gestione del rischio appunto è parte integrante di tutti i processi decisionali e, in particolare, dei processi di programmazione, controllo e valutazione. Di conseguenza occorre garantire una sostanziale integrazione tra il processo di gestione del rischio e il ciclo di gestione della performance.

²⁶ Con particolare riferimento al settore Sanità, a seguito del protocollo di intesa del 21 aprile 2016 stipulato tra ANAC e Ministero della Salute e dell’atto integrativo del 26 luglio 2016 siglato anche dall’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), il Consiglio dell’Autorità ha formalizzato il Registro del personale ispettivo. Il personale ispettivo inserito nel Registro ha il compito di collaborare e coadiuvare il personale ispettivo dell’ANAC nelle attività di verifica e monitoraggio dello stato di attuazione ed implementazione delle misure di trasparenza ed integrità e di prevenzione della corruzione da parte degli enti del Servizio Sanitario Nazionale in conformità al Piano Nazionale Anticorruzione – sezione sanità. Rif. a sito

<https://www.anticorruzione.it/portal/public/classic/Attivitadocumentazione/Anticorruzione/prevCorrAmbitoSanitario>.

²⁷ Sulla base di quanto previsto dall’art. 10, comma 1, del D. Lgs. 33/2013 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni”, il Piano della Trasparenza e dell’Integrità viene ricompreso in apposita sezione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione.

²⁸ R. CANTONE, *Rapporto sullo stato di attuazione e la qualità dei piani triennali di prevenzione della corruzione nelle amministrazioni pubbliche 2015-2017*, ANAC, 16 dicembre 2015 sul sito

<https://www.anticorruzione.it/portal/public/classic/Attivitadocumentazione/Anticorruzione/PianiPrevenzioneCorruzione/piani?id=7bac8b230a7780424767fd95d0cdd71a>.

Così, alle misure programmate nel PTPCT devono corrispondere specifici obiettivi nel Piano della Performance e nella misurazione e valutazione delle performance organizzative e individuali si deve tener conto dell'attuazione delle misure programmate nel PTPCT, della effettiva partecipazione delle strutture e degli individui alle varie fasi del processo di gestione del rischio, nonché del grado di collaborazione con il RPCT.

2. Delibera CIVIT (ora ANAC) n. 6/2013

La Delibera CIVIT²⁹ n. 6/2013 rientra nell'insieme di delibere che hanno fornito linee guida nei diversi ambiti previsti dal D.Lgs. n. 150/2009. Assume rilevanza in questo contesto ai fini di comprendere come l'Autorità Nazionale Anticorruzione abbia nello specifico esplicitato indicazioni per la redazione del Piano della performance prevedendo, in un'ottica di miglioramento, la promozione di un ciclo della performance "integrato" con i documenti aziendali di programmazione. Il concetto di integrazione verrà nel tempo ripreso da altri testi normativi, soprattutto nelle varie edizioni del Piano Nazionale Anticorruzione.

La stessa delibera ha richiamato l'attenzione delle amministrazioni sulla opportunità di garantire l'integrazione attraverso gli strumenti di attuazione del ciclo di gestione della performance quali:

- il Piano e la Relazione sulla Performance;
- il Sistema di misurazione e valutazione della performance;
- il Programma triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

Le indicazioni CIVIT (ora ANAC) spiegano chiaramente come non appare sufficiente la prassi di operare un mero rinvio all'interno di tali documenti (ad esempio, nel Piano si rinvia al Programma, nel Programma si rinvia agli standard, e così via). Un'efficace integrazione tra gli strumenti di avvio del ciclo di gestione della performance sembra infatti realizzarsi attraverso due interventi:

a) il primo, che consiste nel fare in modo che le misure contenute nei Programmi triennali per la trasparenza e l'integrità, successivamente integrati al Piano della Prevenzione della Corruzione, diventino veri e propri obiettivi da inserire nel Piano della performance. La trasparenza infatti è intesa come funzionale alla corretta implementazione del ciclo di gestione della performance, garantendo l'effettiva accountability delle amministrazioni in termini di obiettivi e risultati dell'azione amministrativa. Gli obiettivi della trasparenza possono essere raggruppati in tre diversi ambiti. Il primo riguarda il processo di attuazione del Programma triennale, che può essere misurato da indicatori che rilevano la presenza dei presupposti organizzativi per l'attuazione e il monitoraggio dello stesso. Il secondo concerne la pubblicazione dei dati, intesa come risultato dell'attuazione del

²⁹ Delibera della Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche (CIVIT) n. 6/2013 ad oggetto "Linee guida relative al ciclo di gestione della performance per l'annualità 2013" sul sito https://performance.gov.it/system/files/Delibera-n-6_2013.pdf.

Si precisa che, con l'entrata in vigore della Legge n. 125/2013, di conversione del decreto legge del 31 agosto 2013, n. 101, la CIVIT ha assunto la denominazione di "Autorità Nazionale Anticorruzione e per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche" (ANAC).

Programma. Infine, anche le iniziative in tema di integrità possono essere rappresentate da indicatori relativi, ad esempio, alla pubblicazione di codici etici e alla individuazione delle aree maggiormente esposte al rischio corruzione. In questo modo l'attuazione della trasparenza e dell'integrità può costituire una responsabilità organizzativa oggetto di valutazione organizzativa e individuale³⁰;

b) il secondo intervento consiste nel fare in modo che gli standard di qualità siano parte integrante del Piano della performance, evidenziando la coerenza con gli obiettivi, indicatori e target, nonché specifici obiettivi sullo stato di attuazione della mappatura dei servizi, sulla loro associazione a standard di qualità, sulla pubblicazione degli standard e delle carte dei servizi. Il rispetto dei valori programmati per gli standard di qualità dei servizi, oltre a essere un impegno verso l'esterno, costituisce una responsabilità che è collegata alla valutazione organizzativa e individuale.

Il Piano della performance pertanto dovrà essere adeguato e integrato progressivamente con l'applicazione delle disposizioni previste dalla Legge 190/2012 e, quindi, con il Piano di Prevenzione della Corruzione, contenendo obiettivi relativi alle misure previste.

3. Il ruolo della trasparenza

Se la trasparenza è intesa quale strumento di prevenzione della corruzione da un lato e quale mezzo funzionale alla corretta implementazione del ciclo di gestione della performance dall'altro, poiché garantisce l'effettiva accountability delle amministrazioni in termini di obiettivi e risultati dell'azione amministrativa, è opportuno soffermare l'attenzione rispetto alle modifiche che, a partire dal D.Lgs. 150/2009, hanno interessato il concetto di trasparenza.

È con il D.Lgs. 150/2009 che la trasparenza viene individuata quale strumento per valutare e misurare la performance ed i risultati della pubblica amministrazione, realizzando *forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento ed imparzialità*³¹.

Cambiano radicalmente dunque sia l'oggetto della trasparenza che gli strumenti necessari alla sua realizzazione. L'oggetto della trasparenza non è più rappresentato dagli strumenti classici quali il procedimento, il provvedimento e i documenti amministrativi, ma vengono in rilievo le informazioni relative all'organizzazione, alla gestione e all'utilizzo delle risorse finanziarie, strumentali ed umane intese quali nuovi elementi che contribuiscono al rinnovamento della vita amministrativa della moderna pubblica amministrazione.

In relazione alle modalità di accesso alle informazioni, non si fa più ricorso al solo diritto di accesso per come il legislatore l'aveva fino ad allora inteso nella Legge 241/1990, ma ad uno strumento ulteriore identificato nella revisione di obblighi di pubblicazioni nei siti web istituzionali delle

³⁰ In riferimento alla valutazione individuale si rinvia all'elaborato A. BETTIOL, *Il valore dell'autovalutazione nel sistema di misurazione della performance*, in paragrafo 3. *Gli elementi essenziali della valutazione individuale*.

³¹ Art. 11, comma 1, D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni".

PP.AA. in riferimento alle informazioni riguardanti le attività, l'organizzazione e l'impiego delle risorse.

È segnato così il punto di svolta del reale mutamento della finalità della trasparenza che, da mezzo in origine per garantire la tutela delle situazioni giuridiche soggettive, diviene strumento per consentire l'accesso di un controllo diffuso dell'operato dell'amministrazione pubblica da parte dei cittadini e degli stakeholder esterni³².

Il concetto di trasparenza evolve dal punto di vista normativo con la Legge 190/2012 la quale, al fine di assicurare l'attuazione delle politiche pubbliche di controllo in materia di prevenzione della corruzione, individua forme di pubblicità delle informazioni riguardanti l'attività amministrativa in generale e alcuni settori specifici della stessa.

È con il D.Lgs. 33/2013, così come modificato con il D.Lgs. 97/2016, che il concetto di trasparenza fa un ulteriore passo avanti.

La trasparenza viene infatti intesa come «accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche»³³.

È stato di fatto attuato un riordino delle disposizioni in tema di obblighi di pubblicazione concentrati in un'unica sezione dei siti istituzionali delle PP.AA. denominata “Amministrazione Trasparente” articolata a sua volta in ulteriori sezioni e sottosezioni.

Il legislatore ha attribuito un ruolo di primo piano alla trasparenza affermando, tra l'altro, che essa concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione. Essa è anche da considerare come condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, nonché dei diritti civili, politici e sociali, integrando il diritto ad una buona amministrazione e concorrendo alla realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio del cittadino. Oggi, dunque, la trasparenza è anche regola per l'organizzazione, per l'attività amministrativa e per la realizzazione di una moderna democrazia. In tal senso si è espresso anche il Consiglio di Stato ritenendo che «la trasparenza viene a configurarsi, ad un tempo, come un mezzo per porre in essere una azione amministrativa più efficace e conforme ai canoni costituzionali e come un obiettivo a cui tendere, direttamente legato al valore democratico della funzione amministrativa»³⁴.

³² P. BARDISI, A. FABBRI, *Le forme e gli strumenti per realizzare la “trasparenza” nella Pubblica Amministrazione del terzo millennio*, in *Sanità Pubblica e privata*, n. 2/2018.

A. CORRADO, *Conoscere per partecipare: la strada tracciata dalla trasparenza amministrativa*, in *Collana di studi ANAC Monografia 1*, Edizioni Scientifiche Italiane, 2019.

³³ Art. 1 D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 “Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”.

³⁴ Cons. St., sez. consultiva per gli atti normativi, 24 febbraio 2016, n. 515, parere reso sullo schema di decreto n. 97/2016. Parere richiamato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione nel Piano Nazionale Anticorruzione 2018. <http://www.anticorruzione.it/portal/public/classic>.

Le disposizioni in materia di trasparenza amministrativa, inoltre, integrano l'individuazione del livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche a fini di trasparenza, prevenzione, contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione, a norma dell'art. 117 della Costituzione³⁵.

La trasparenza assume, così, rilievo non solo come presupposto per realizzare una buona amministrazione ma anche come misura per prevenire la corruzione, promuovere l'integrità e la cultura della legalità in ogni ambito dell'attività pubblica, come già l'art. 1 della Legge 190/2012 aveva disposto.

L'ampliamento del concetto di trasparenza è proseguito con successive modifiche normative, che sono state accompagnate da atti di regolazione dell'Autorità Nazionale Anticorruzione finalizzati a fornire chiare indicazioni ai soggetti tenuti ad osservare la disciplina. Ciò anche per consentire che l'attuazione degli obblighi di pubblicazione non fosse realizzata in una logica di mero adempimento quanto, invece, di effettività e piena conoscibilità dell'azione amministrativa.

Notevole importanza è stata attribuita al criterio della qualità delle informazioni da pubblicare, con particolare riferimento ai criteri indicati dal legislatore all'art. 6 del D.lgs. 33/2013, ovvero: integrità, costante aggiornamento, completezza, tempestività, semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità, facile accessibilità, conformità ai documenti originali, indicazione della provenienza e riutilizzabilità.

L'ultimo riferimento normativo che merita di essere citato è la delibera dell'Autorità Nazionale Anticorruzione n. 1310/2016³⁶ nella quale è stata effettuata una ricognizione degli obblighi di trasparenza da pubblicare nella sezione *Amministrazione trasparente* come disegnata dal legislatore nell'Allegato A) del D.Lgs. 33/2013 allo scopo di soddisfare l'esigenza di qualità dei dati, funzionale ad una trasparenza "effettiva", e rispondere alla necessità di uniformare le modalità di codifica e di rappresentazione delle informazioni e dei dati pubblici ai fini della loro confrontabilità e successiva rielaborazione.

Il concetto della trasparenza, così come si è evoluto nel tempo, si è integrato al concetto di privacy³⁷, obbligando a doverosi equilibri tra le esigenze di trasparenza e quelle di protezione dei dati personali³⁸.

³⁵ Art. 1, comma 3, D.Lgs 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni".

³⁶ Delibera Autorità Nazionale Anticorruzione 28 dicembre 2016, n. 1310 "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. 97/2016" sul sito <https://www.anticorruzione.it/portal/public/classic/AttivitaAutorita/AttiDellAutorita/ Atto?ca=6667>.

³⁷ La materia è disciplinata dal Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio e, livello nazionale, dal Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dal Decreto Legislativo 10 agosto 2018, n. 101 che definisce le modalità di adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati.

³⁸ M. IASELLI, *La trasparenza in ambito amministrativo alla luce del GDPR*, articolo pubblicato il 23 gennaio 2018 sul sito <https://www.altalex.com/documents/news/2018/01/23/>.

Le pubbliche amministrazioni, prima di pubblicare sui propri siti istituzionali informazioni, atti e documenti amministrativi contenenti dati personali, devono verificare che la normativa in materia di trasparenza preveda tale obbligo. Laddove l'amministrazione riscontri l'esistenza di un obbligo normativo è doveroso selezionare i dati personali da inserire ricorrendo all'oscuramento di determinate informazioni ove non necessarie. Pertanto anche in presenza degli obblighi di pubblicazione di atti o documenti contenuti nel D.Lgs n. 33/2013, i soggetti chiamati a darvi attuazione non possono comunque rendere intellegibili i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione.

Particolare rilevanza assume in questo contesto il divieto di pubblicazione di qualsiasi informazione da cui si possa desumere, anche indirettamente, lo stato di malattia o l'esistenza di patologie compreso qualsiasi riferimento alle condizioni di invalidità, disabilità o handicap fisici e/o psichici, così come per i dati idonei a rilevare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni o organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale. Oppure nel caso di condanne penali o reati. Tali dati, infatti, sono protetti da un quadro di garanzie particolarmente stringente che prevede la possibilità di diffondere tali informazioni solo nel caso in cui sia previsto da una espressa disposizione di legge e siano indispensabili per il perseguimento di una finalità di rilevante interesse pubblico, che non può essere conseguita con dati anonimi o dati personali di natura diversa³⁹.

Nel rapporto tra trasparenza e privacy occorre quindi individuare quest'ultima non solo nell'ottica della riservatezza, come tutela della sfera individuale dalle indiscrezioni altrui, ma anche come diritto all'identità personale, ovvero alla corretta rappresentazione della persona e diritto alla protezione dei dati, cioè diritto a che le proprie informazioni siano sempre trattate nel pieno rispetto dei presupposti e dei limiti definiti dalla legge. I diritti fondamentali della persona sono dunque gli strumenti necessari per rendere possibile la trasparenza.

4. PTPCT e performance

Come già precisato, l'integrazione è tra i principi metodologici che devono guidare la progettazione e l'attuazione del processo di gestione del rischio. Al fine di realizzare un'efficace strategia di prevenzione del rischio di corruzione è infatti necessario che i PTPCT siano coordinati rispetto al contenuto di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell'amministrazione.

Il Piano Nazionale della Prevenzione della Corruzione 2019⁴⁰ al riguardo esplicita chiaramente come deve avvenire l'integrazione tra il Piano della Prevenzione della Corruzione e la performance.

³⁹ E. BARBA, *Privacy e trasparenza amministrativa: due diritti speculari*, articolo pubblicato il 14 febbraio 2019 sul sito <http://www.salvisjuriibus.it/privacy-e-trasparenza-amministrativa-due-diritti-speculari>.

⁴⁰ Si veda il sito Autorità Nazionale Anticorruzione : <http://www.anticorruzione.it/portal/public/classic>.

L'integrazione deve avvenire sulla base di quanto espressamente previsto all'art. 1, comma 8, della Legge 190/2012, e pertanto gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza costituiscono contenuto necessario agli atti di programmazione strategico-gestionale, assicurando così un coordinamento a livello di contenuti tra i due strumenti che le amministrazioni sono tenute ad assicurare.

Gli strumenti di controllo dell'amministrazione, ossia il Piano e la Relazione annuale sulla performance, e il Sistema di misurazione e valutazione della performance individuati dal D.Lgs. 150/2009 devono essere nella sostanza coordinati con il PTPCT.

In considerazione della rilevanza strategica dell'attività di prevenzione e contrasto della corruzione, le amministrazioni sono tenute ad inserire nel Piano della performance le attività che pongono in essere per l'attuazione della Legge 190/2012 e dei decreti attuativi nella programmazione strategica e operativa, definita in via generale. Quindi, le amministrazioni includono negli strumenti del ciclo della performance, in qualità di obiettivi e di indicatori per la prevenzione del fenomeno della corruzione, i processi e le attività di programmazione posti in essere per l'attuazione del PTPCT. In tal modo, le attività svolte dall'amministrazione per la predisposizione, l'implementazione e l'attuazione del PTPCT vengono introdotte in forma di obiettivi nel Piano della performance nel duplice versante della performance organizzativa e della performance individuale.

In relazione alla performance organizzativa⁴¹ si fa riferimento:

- all'attuazione di piani e misure di prevenzione della corruzione, nonché alla misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti⁴²;
- allo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione al fine di stabilire quale miglioramento in termini di accountability riceve il rapporto con i cittadini l'attuazione delle misure di prevenzione.

In relazione alla performance individuale⁴³,

- nel Piano della performance vanno inseriti gli obiettivi e i relativi indicatori assegnati al personale dirigenziale, in particolare al RPCT, ai dirigenti apicali, e ai referenti del responsabile della corruzione, qualora siano individuati tra il personale con qualifica dirigenziale;
- nel Sistema di misurazione e valutazione delle performance vanno inseriti gli obiettivi, individuali e/o di gruppo, assegnati al personale formato che opera nei settori esposti alla corruzione ed ai referenti del responsabile della corruzione, qualora siano individuati tra il personale non dirigente.

⁴¹ Art. 8 Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni".

⁴² Art. 8, comma 1, lett. b), Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni".

⁴³ Art. 9 Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni".

Tale legame di integrazione è ulteriormente rafforzato dai contenuti dell'art. 44 dal D.Lgs. 33/2013 che in particolare:

- attribuisce all'OIV il compito di verificare la coerenza tra gli obiettivi previsti nel PTPCT e quelli indicati nel Piano della performance e di valutare l'adeguatezza dei relativi indicatori;
- prevede che gli OIV, nell'ambito della funzione della misurazione e valutazione della performance, sia organizzativa che individuale del RPCT e dei dirigenti dei singoli uffici, considerino l'utilizzo delle informazioni e i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza.

Gli esiti del raggiungimento degli obiettivi relativi alla prevenzione della corruzione individuati nel PTPCT (e dunque dell'esito della valutazione della performance organizzativa ed individuale) è necessario che siano esplicitati nell'ambito della Relazione delle performance, documento all'interno del quale le amministrazioni a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, rendicontano sui risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

È fondamentale che il Responsabile della prevenzione della corruzione tenga conto dei risultati emersi nella Relazione delle performance, affinché possa comprendere le ragioni in base alle quali si sono verificati degli scostamenti rispetto ai risultati attesi e individuare le misure correttive da prevedere nel PTPCT, in coordinamento con i dirigenti e con i referenti del responsabile della corruzione.

Lo stesso RPCT è valutato in relazione alla specifica funzione affidata attraverso l'inserimento degli obiettivi nel Piano della performance rientrando quindi nell'ambito della performance individuale. Ciò anche allo scopo di consentire un'adeguata remunerazione mediante il trattamento accessorio della funzione svolta.

In considerazione delle diverse finalità e differenti responsabilità connesse, il PTPCT e il Piano della performance non possono costituire un unico documento, ferma restando la necessità sino ad ora evidenziata di coordinare e di integrare i due strumenti programmatici.

Per molti aspetti i due documenti presentano elementi comuni e utili nella redazione di entrambi. Si pensi ad esempio come nel Piano della performance l'analisi del contesto interno in cui è necessario svolgere un esame della struttura organizzativa o la stessa mappatura dei processi possa risultare utile nell'ambito del Piano della Prevenzione e viceversa, l'individuazione dei responsabili delle misure e dei loro obiettivi nel PTPCT sia necessario considerarla in termini di performance individuale e di struttura nel Piano delle performance.

Tuttavia, per il PTPCT ciò che rileva è, da un lato, la gestione del rischio e la chiara identificazione delle misure di prevenzione della corruzione anche in termini di definizione di tempi e di responsabilità e, dall'altro, per la parte della trasparenza, l'organizzazione dei flussi informativi di ogni fase fino alla pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" e al monitoraggio.

5. Il ruolo degli OIV

Gli Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV) rivestono un ruolo importante nel coordinamento tra sistema di gestione della performance e le misure di prevenzione della corruzione e trasparenza nelle pubbliche amministrazioni.

Il quadro delle competenze ad essi attribuite dall'art. 14 del D.Lgs. 150/2009, n. 150, è stato successivamente modificato ed integrato con numerosi atti normativi⁴⁴. Specifici compiti in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza sono stati conferiti agli OIV dal D.Lgs. 33/2013 e dalla Legge 190/2012.

Le funzioni già affidate agli OIV in materia di prevenzione della corruzione dal D.Lgs. 33/2013 sono state rafforzate dalle modifiche che il D.Lgs. 97/2016 ha apportato alla Legge 190/2012. La nuova disciplina, improntata su una logica di coordinamento e maggiore comunicazione tra OIV e RPCT e di relazione dello stesso con l'ANAC, prevede un maggiore coinvolgimento degli OIV chiamati a rafforzare il raccordo tra misure anticorruzione e misure di miglioramento della funzionalità delle amministrazioni e della performance degli uffici e dei funzionari pubblici.

In linea con quanto già disposto dall'art. 44 del D.Lgs. 33/2013, gli OIV, anche ai fini della validazione della relazione sulla performance, verificano che i PTPCT siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e, altresì, che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza. Con riferimento alla corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo essi offrono un supporto metodologico al RPCT e agli altri attori.

In rapporto agli obiettivi inerenti la prevenzione della corruzione e la trasparenza, l'OIV verifica i contenuti della relazione predisposta annualmente dal RPCT relativa ai risultati dell'attività svolta che il Responsabile trasmette allo stesso OIV oltre che all'organo di indirizzo dell'amministrazione⁴⁵. Nell'ambito di tale verifica l'OIV ha la possibilità di chiedere al RPCT informazioni e documenti che ritiene necessari e può anche effettuare audizioni di dipendenti così come previsto all'art. 1, comma 8-bis, della Legge 190/2012.

Inoltre, su una specifica misura di prevenzione della corruzione, il codice di comportamento che ogni amministrazione è tenuta ad adottare, l'OIV esprime un parere obbligatorio.

In considerazione del fatto che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni amministrazione, gli OIV sono tenuti a valutare la connessione fra gli obiettivi di performance e le misure di trasparenza. Inoltre, essi utilizzano i dati relativi all'attuazione

⁴⁴ Per un approfondimento sulle funzioni dell'Organismo Indipendente di Valutazione si rinvia all'elaborato di A. MANGIA, *Performance e ruolo dell'O.I.V.*, Paragrafo 4 *Compiti principali dell'Organismo Indipendente di Valutazione della performance*.

⁴⁵ Art. 1, comma 14, Legge 6 novembre 2012, n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità", Delibera ANAC n. 831 del 3 agosto 2016 "Approvazione Piano Nazionale Anticorruzione 2016".

degli obblighi di trasparenza ai fini della misurazione e valutazione delle performance sia organizzativa, sia individuale, del responsabile e dei dirigenti dei singoli uffici.

Infine è previsto il coinvolgimento dell'OIV quando il RPCT esercita l'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, poiché è tenuto a segnalare allo stesso i casi di mancato o ritardato adempimento.

Le modifiche normative succedutesi nel tempo hanno mantenuto inalterato il compito affidato agli OIV di promuovere e attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza così come previsti all'art. 14 del d.lgs. 150/2009. Questa attività continua a rivestire particolare importanza per l'ANAC che, nell'ambito dell'esercizio dei propri poteri di controllo e vigilanza sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza, definisce annualmente le modalità per la predisposizione dell'attestazione da pubblicare, da parte dei soggetti tenuti, entro il 30 aprile.

Nell'esercizio dei propri poteri di vigilanza e controllo, l'Autorità può chiedere informazioni tanto all'OIV quanto al RPCT in merito allo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza⁴⁶ anche tenuto conto che l'OIV riceve dal RPCT le segnalazioni riguardanti eventuali disfunzioni relative all'attuazione dei PTPCT.

6. L'Integrazione tra la prevenzione della corruzione e la performance in Emilia Romagna

La Regione Emilia Romagna ha avviato il percorso di compiuto adempimento al D.Lgs. 150/2009 per quanto attiene al ruolo degli OIV con una serie di provvedimenti normativi tra cui la Legge Regionale n. 26/2013 e la DGR n. 334/2014.

Per gli Enti e Aziende del Servizio Sanitario Regionale e per l'Agenzia Regionale per la Prevenzione, l'Ambiente e l'Energia (ARPAE della Regione Emilia Romagna), la scelta della Regione è stata quella di istituire un unico OIV regionale coadiuvato nelle funzioni attribuite dagli OAS, gli Organismi Aziendali di Supporto costituiti in ciascuna Azienda ed Ente del Servizio Sanitario Regionale⁴⁷.

Ha definito pertanto i compiti e le funzioni attribuite all'OIV unico⁴⁸ individuando, tra le altre, la "verifica della coerenza tra gli obiettivi previsti nel programma triennale per la prevenzione della corruzione e trasparenza e quelli indicati nel Piano della Performance". Agli OAS nelle Aziende ed

⁴⁶ Art. 1, comma 8-bis, Legge 6 novembre 2012, n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità", Delibera ANAC n. 831 del 3 agosto 2016 "Approvazione Piano Nazionale Anticorruzione 2016".

⁴⁷ per l'OIV-SSR si veda il sito <https://trasparenza.regione.emilia-romagna.it/personale/oiv/oiv-per-altri/oiv-altri>. Per gli approfondimenti relativi alla composizione e ai requisiti di nomina dei componenti l'OIV unico regionale si rinvia all'elaborato A. MANGIA, *Performance e ruolo dell'O.I.V.*, in Paragrafo 6 *Performance, Sistema sanitario della Regione Emilia Romagna e OIV unico SS*.

⁴⁸ Delibera Organismo Indipendente di Valutazione delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale della Regione Emilia Romagna, n.1 /2014 "Prime indicazioni metodologiche alle Aziende e agli OAS"; Autorità Nazionale Anticorruzione: <http://www.anticorruzione.it/portal/public/classic>.

Enti del Servizio Sanitario Regionale sono attribuiti, in funzione speculare rispetto alle competenze dell'OIV, i compiti di garantire il collegamento con l'OIV unico per il Servizio Sanitario Regionale⁴⁹. Secondo le indicazioni regionali, la redazione del Piano triennale della trasparenza e l'integrità, ora inglobato sulla base delle indicazioni del PNA 2016⁵⁰ nel Piano di Prevenzione della Corruzione, deve essere sviluppata in stretta collaborazione con l'OAS, che esercita un'attività di impulso e di verifica per garantire che le misure di prevenzione contenute nei PTPC e relativi obblighi di pubblicazione si traducano in veri e propri obiettivi da identificare nel Piano della Performance e in sede di contrattazione di budget, con ricadute nel piano della valutazione e dei sistemi incentivanti.

6.1 I Piani della Performance delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna

Nell'ambito delle indicazioni impartite alle Aziende, la Regione Emilia Romagna ha definito il Piano della Performance come “documento programmatico triennale contenente gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi, le risorse e i relativi indicatori per la misurazione della performance organizzativa”⁵¹. Ha previsto inoltre che abbia prospettiva triennale “fissa”, ossia senza scorrimento, e venga pertanto aggiornato solo a fronte di modifiche significative.

Il Piano della Performance è strutturato secondo una serie di dimensioni e aree fisse, tra cui l'area della performance dell'anticorruzione e della trasparenza, e una serie di indicatori di risultato, minimi e comuni. Tali indicatori sono stati selezionati nell'ambito del Sistema di Valutazione del Servizio Sanitario della Regione Emilia Romagna InSIDER (Indicatori Sanità e Dashboard Emilia-Romagna), un data-warehouse sviluppato a livello regionale dedicato al tema della valutazione delle performance del Servizio Sanitario che risponde ad ogni livello di committenza (regionale, territoriale, ospedaliero), sia negli ambiti sanitari che socio-sanitari e sociali.

La definizione strutturale del Piano della Performance delle Aziende Sanitarie Regionali così come descritta garantisce coerenza con gli obiettivi di mandato assegnati alle Direzioni e omogeneità di applicazione a livello regionale, migliorando l'accountability e la trasparenza dell'intero Servizio Sanitario Regionale. Inoltre è prevista una declinazione annuale nel sistema di budget dell'Azienda, su cui è basato il sistema di valutazione dei risultati organizzativi ed individuali del personale,

⁴⁹ Si rinvia all'elaborato A. MANGIA, *Performance e ruolo dell'O.I.V.*, in Paragrafo 7. *Ruolo e compiti degli Organismi Aziendali di supporto (OAS) e dell'organismo indipendente di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia-Romagna* e Paragrafo 8. *Attività svolta dall'OIV SSR coadiuvato dagli OAS*.

⁵⁰ Si veda sito Autorità Nazionale Anticorruzione: <http://www.anticorruzione.it/portal/public/classic>.

⁵¹ Delibera Organismo Indipendente di Valutazione delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale della Regione Emilia Romagna, n. 1 /2014 “ Prime indicazioni metodologiche alle Aziende e agli OAS” <http://www.anticorruzione.it/portal/public/classic>;

assicurando anche la correlazione con le misure di prevenzione della corruzione e trasparenza previste normativamente⁵².

Il Piano della Performance è correlato con gli obiettivi di mandato assegnati alla Direzione Generale per il periodo di riferimento.

Sulla base degli obiettivi di mandato sono declinati gli obiettivi aziendali. Nel rispetto delle indicazioni fornite dall'OIV con Delibera n. 3/2016 e circolari relative, le Aziende sono tenute a rappresentare gli indicatori di risultato per ogni dimensione/area della performance individuata, così come definiti per l'intero Sistema Sanitario Regionale.

In particolare per rendere uniformi su tutto il territorio regionale le linee di programmazione e il loro monitoraggio, la Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, in collaborazione con l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV-SSR), a partire dal 2016 ha costituito un gruppo di lavoro per poter individuare un set di indicatori unico per tutte le Aziende, da utilizzare per il loro Piano Performance aziendale. La scelta di individuare un unico elenco è stata dettata dalla necessità di poter confrontare le Aziende su un unico set di indicatori calcolati in modo univoco a livello regionale.

Nell'area di performance dell'anticorruzione e della trasparenza, sono stati definiti due indicatori specifici che costituiscono parte integrante ed imprescindibile della performance aziendale e che alcune Aziende Sanitarie hanno previsto anche in una sezione dedicata nella scheda di budget come obiettivi da attribuire alle singole strutture aziendali in stretta correlazione alla valutazione individuale dei direttori di struttura⁵³.

In particolare, gli indicatori dell'area di interesse risultano essere i seguenti:

- 1) % di spesa gestita su contratti derivanti da procedure sovra-aziendali;
- 2) % sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza derivante dalla attestazione annuale dell'OIV in merito alla verifica effettuata dagli OAS sulla griglia ANAC.

6.2 L'osservazione dei risultati

Lo studio effettuato ha riguardato la performance delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale con riguardo agli indicatori sopra declinati.

⁵² Piano della performance 2018-2020, Azienda USL di Reggio Emilia sul sito <https://apps.ausl.re.it/DocSuiteAmministrazioneTrasparente/SeriesItem.aspx?IdSeriesItem=424346&history=False>.

⁵³ Nota RER n. PG/2018/035534 del 16 maggio 2018, Allegato 1 "Revisione dell'elenco indicatori per il Piano Performance Aziendale".

Per quanto riguarda l'Indicatore relativo alla spesa gestita su contratti derivanti da procedure sovraziendali, l'analisi si è svolta attraverso la consultazione delle Relazioni della performance 2017 e 2018 delle singole Aziende, mediante una ricerca sui relativi siti istituzionali⁵⁴.

La tabella seguente riporta per ciascuna azienda i valori riferiti agli anni 2017 e 2018 e il valore medio regionale riferito agli stessi anni;

ENTI E STRUTTURE SSR	VALORE AZIENDALE 2017	VALORE AZIENDALE 2018
USL PIACENZA	71	74
USL PARMA	73	75
USL REGGIO EMILIA	92	92
USL MODENA	85	85
USL BOLOGNA	82	85
USL IMOLA	79	81
USL FERRARA	92	95
USL ROMAGNA	97	98
AOU PARMA	73	73
AOU MODENA	81	83
AOU BOLOGNA	81	82
AOU FERRARA	88	90
IOR	76	74
VALORE MEDIO RER	86	84

Per quanto riguarda l'indicatore relativo agli obblighi di trasparenza, si consideri che ogni azienda ha attivato nel proprio sito web istituzionale, sulla base di quanto previsto dal D.Lgs. 33/2013, una sezione denominata "Amministrazione trasparente" le cui serie documentali devono essere implementate secondo tempistiche e modalità definite da ANAC. Annualmente è prevista, da parte dell'OIV-SSR (che effettua per il tramite degli OAS), una verifica con conseguente attestazione formale di quanto pubblicato secondo criteri e regole fissate da ANAC per tutte le pubbliche amministrazioni.

L'analisi dei risultati sulla percentuale sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza si è così svolta mediante lo studio della relazione annuale di monitoraggio sul funzionamento complessivo del sistema di controlli redatta dall'OIV unico regionale⁵⁵ sulla base dei risultati dei controlli effettuati

⁵⁴ Sezione Amministrazione Trasparente dei Siti istituzionali di tutte le strutture sanitarie e ARPAE della Regione Emilia Romagna.

⁵⁵ OIV-SSR, *Relazione annuale di monitoraggio sul funzionamento complessivo del sistema dei controlli interni nell'ambito di enti e aziende del Servizio Sanitario Regionale e di ARPAE, Periodo 01.10.2017-30.09.2018*, sul sito <https://apps.ausl.re.it/DocSuiteAmministrazioneTrasparente/SeriesGrid.aspx?idSeries=85&noFilter=true&history=False>.

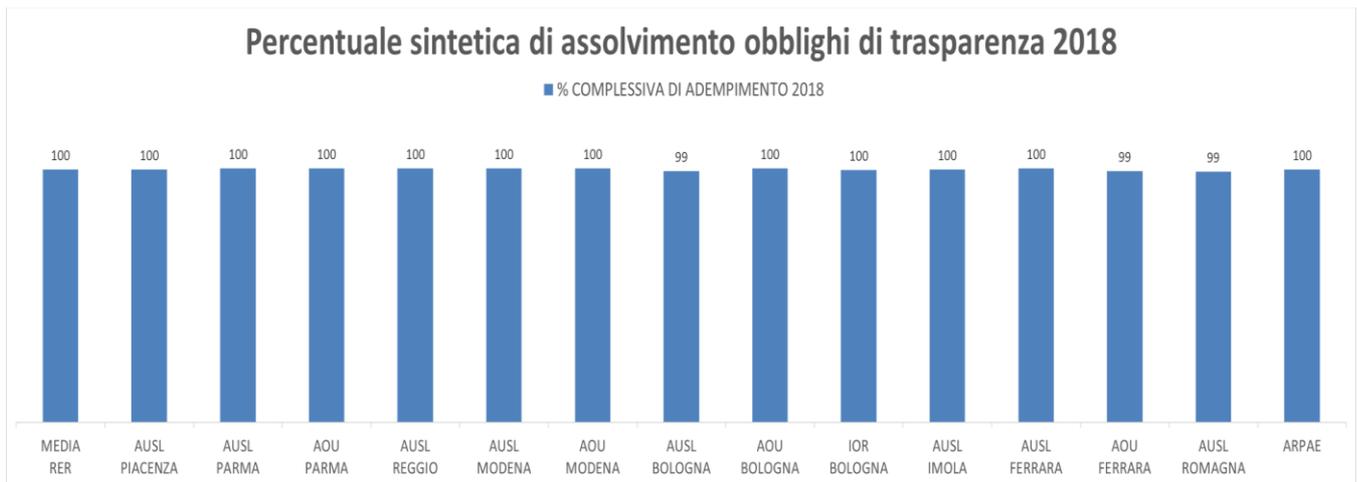
presso le singole Aziende Sanitarie. È stata misurata la percentuale con la quale le singole Aziende del Sistema Sanitario Regionale e l'ARPAE hanno assolto agli obblighi di trasparenza. Tale percentuale è stata determinata secondo le indicazioni fornite da ANAC⁵⁶ per l'attestazione dell'OIV. I valori aziendali disponibili sono riferiti agli anni 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 ed è pertanto possibile un'analisi dell'andamento temporale dell'indicatore in oggetto.

Di seguito si riporta la tabella relativa alla percentuale di adempimento complessivo agli obblighi di pubblicazione riferiti all'anno 2018 per ogni singola Azienda.

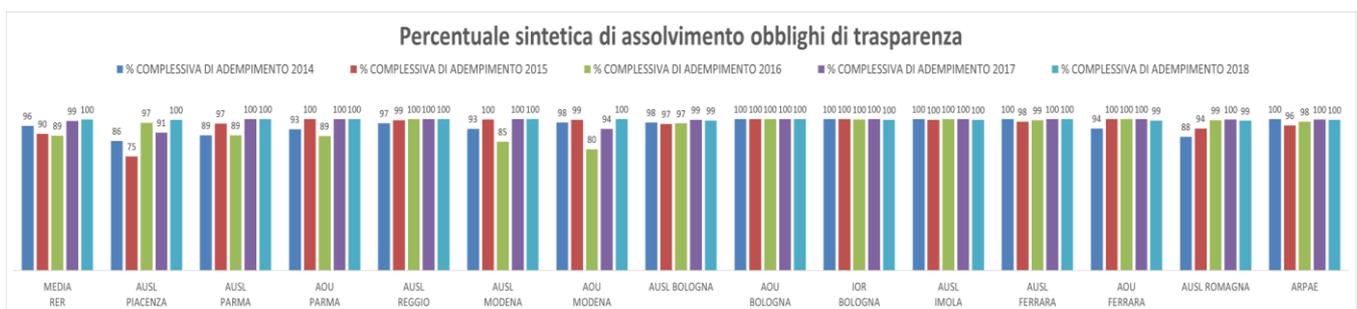
OBBLIGHI PUBBLICAZIONE	AUSL		AUSL		AOU		AUSL		AUSL		AOU		AUSL		AUSL		ARPAE	
	MEVA NEA	P C	P R	PR	RE	M O	M O		B O		F E	F E	I M	ROMA GHA				
% COMPLESSIVA DI ADEMPIMENTO 2014	96	86	89	93	97	93	98	98	100	100	100	94	100	88	100			
% COMPLESSIVA DI ADEMPIMENTO 2015	97	75	97	100	99	100	99	97	100	100	98	100	100	94	96			
% COMPLESSIVA DI ADEMPIMENTO 2016	96	97	89	89	100	85	80	97	100	100	99	100	100	99	98			
% COMPLESSIVA DI ADEMPIMENTO 2017	99	91	100	100	100	100	94	99	100	100	100	100	100	100	100			
% COMPLESSIVA DI ADEMPIMENTO 2018	100	100	100	100	100	100	100	99	100	100	100	100	99	99	100			

L'indicatore rappresenta in modo sintetico i risultati ottenuti dalle Aziende. Il dettaglio di ciascuna Azienda è rinvenibile nella sezione dedicata del sito Amministrazione Trasparente di ciascuna azienda.

⁵⁶ Delibera Autorità Nazionale Anticorruzione 27 febbraio 2019, n. 141 "Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31 marzo 2019 e attività di vigilanza dell'Autorità".



La tabella sottostante riporta infine la percentuale di adempimento complessivo agli obblighi di pubblicazione relativo a ciascuna Azienda Sanitaria relativo agli anni 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 e il dato medio regionale.



Nel complesso gli indicatori relativi all'Area dell'Anticorruzione e della Trasparenza dei Piani della Performance della Aziende del Servizio Sanitario della Regione Emilia Romagna hanno registrato il seguente andamento:

AREA ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	DESCRIZIONE INDICATORE	MEDIA RER		
		2016	2017	2018
	% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	96	98.75	99.66
% di spesa gestita su contratti derivanti da procedure sovraziendali	-	85.59	83.62	

Come si può notare è ottima la performance per quanto riguarda la percentuale di assolvimento degli obblighi di trasparenza con un costante trend di miglioramento. L'applicazione della normativa nazionale sulla trasparenza nelle Aziende Sanitarie si è via via consolidata e può essere valutata

positivamente anche sulla base di quanto emerso dalle attestazioni dell'OIV-SSR predisposte sulla base di quanto richiesto dalla delibera ANAC n. 141/2019.

È molto buona la performance che si registra nell'indicatore osservazionale riguardante la percentuale di spesa gestita su contratti derivanti da procedure sovraziendali anche se caratterizzato da una leggera diminuzione del valore. Lo stesso indicatore d'altra parte è stato revisionato sulla base di precise disposizioni dell'OIV nel 2018⁵⁷ prevedendo l'accorpamento in uno unico dei due distinti indicatori originariamente relativi il primo ai contratti di spesa per beni e servizi derivanti da iniziative Intercenter, il secondo ai contratti di spesa per beni e servizi derivanti da iniziative di Area Vasta. La leggera diminuzione del valore registrata rispetto al 2017 risente della revisione attuata all'indicatore e pertanto è da considerarsi non significativa ai fini dello studio di performance effettuato.

7. Considerazioni conclusive

La Legge 190 del 2012 ha acceso i riflettori sul tema della prevenzione e del contrasto alla corruzione nelle pubbliche amministrazioni. La prevenzione della corruzione e dei comportamenti non etici, attraverso strumenti come l'analisi del rischio etico, coinvolge direttamente i dirigenti e i funzionari in un processo continuo di miglioramento della propria amministrazione e li rende partecipi di un profondo cambiamento sociale.

L'organo di indirizzo politico, adottando il Piano su proposta del responsabile della prevenzione, definisce sia all'interno sia all'esterno il livello di impegno dell'amministrazione sul fronte del contrasto alla corruzione; fornisce autorità, pertanto, all'analisi condotta e alle priorità di intervento individuate e ne diviene "corresponsabile".

Ecco quindi che il tema dell'etica e dell'integrità se considerato un tema strategico aziendale, intendendo l'adeguamento alla normativa nazionale non come un mero adempimento formale, è da considerarsi come un'importante opportunità per favorire e diffondere la cultura della trasparenza e la prevenzione della corruzione.

La Legge 190/2012 interpreta il termine corruzione nella sua più ampia accezione, comprendendo tutto quanto osta alla legalità e la trasparenza diviene il presupposto essenziale e imprescindibile di legalità. È fondamentale che il tema dell'etica nell'agire pubblico sia al centro della cultura organizzativa aziendale e le misure da introdurre siano prevalentemente orientate all'azione preventiva, intesa come proattiva e di monitoraggio, più che reattiva.

Da qui l'importanza da parte dei governi regionali di ricomprendere tra gli obiettivi di mandato dei Direttori Generali il raggiungimento di elevati standard di integrità.

⁵⁷ Nota della Regione Emilia Romagna Prot. n. PG/2018/0355534:Indicazioni OIV-SSR: "*Revisione dell'elenco indicatori per il Piano performance aziendale 2018-2020*" sul sito <https://apps.ausl.re.it/DocSuiteAmministrazioneTrasparente/SeriesGrid.aspx?idSeries=85&noFilter=true&history=False>

L'intera governance aziendale deve essere positivamente coinvolta nel sistema di prevenzione della corruzione attraverso l'individuazione di misure preventive che interessano tutti gli ambiti e le figure appartenenti all'amministrazione. Il coinvolgimento deve avvenire mediante l'individuazione di obiettivi ed indicatori collegati al sistema premiante da inserire nel ciclo della performance aziendale, organizzativa ed individuale, per consentirne una puntuale ed accurata gestione.

Ecco quindi come l'integrazione tra Performance e Prevenzione della Corruzione, se attuata secondo le modalità descritte, possa portare mediante meccanismi di monitoraggio, valutazione, implementazione e controllo interno ad un significativo cambio di passo verso una gestione integra, trasparente ed efficace dei servizi.

I risultati delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna ne sono un virtuoso esempio.

La scelta effettuata dalla stessa riguardante l'istituzione di un unico OIV coadiuvato dai singoli Organismi di Supporto Aziendali e la definizione di linee comuni applicative per l'integrazione tra la Performance e la Prevenzione della Corruzione hanno sicuramente implementato il valore dell'integrazione portando ai risultati eccellenti sopra descritti.

E ancora l'attribuzione di funzioni specifiche agli OAS e agli OIV⁵⁸ allo scopo di consentire la massima collaborazione con gli RPCT, pur garantendo autonomia e terzietà professionali agli organismi di valutazione, ha senz'altro contribuito al perseguimento effettivo dei principi di funzionamento propri delle Aziende Sanitarie quali giustizia, equità, certezza ed efficienza.

⁵⁸ Delibera OIV-SSR n. 4/2016 ad oggetto: "Prevenzione corruzione e trasparenza: prime indicazioni ai sensi del D.Lgs. 97/2016 e del PNA 2016 agli OAS e agli RPCT aziendali".

Bibliografia:

- F. FAINI (Articolo di), *Legge Anticorruzione: analisi della legge n. 190/2012*, Altalex, 18 febbraio 2013 sul sito <https://www.altalex.com/documents/news/2013/02/19/legge-anticorruzione-analisi-della-legge-n-190-2012>
- B. PONTI, *La trasparenza amministrativa dopo il d.lgs. 14 marzo 2013*, n. 33, Maggioli, Rimini, 2013
- R. BUONANNO, *La nuova disciplina sulla trasparenza amministrativa: l'impatto sul versante organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale*, in *Sanità Pubblica e Privata*, n. 4/2014
- S. FERRARI, *L'attuazione del decreto Trasparenza nei Servizi Sanitari Regionali: il caso dell'Emilia Romagna*, in *Sanità Pubblica e Privata*, n. 4/2014
- C. TUBERTINI, *Gli obblighi di pubblicità nel SSN*, in: *Nuova trasparenza amministrativa e libertà di accesso alle informazioni*, Maggioli, Rimini, 2016, pp. 436-451
- G. CORRADO, G. PACIULLO, *Sanità e corruzione*, in *Corruzione e pubblica amministrazione*, a cura di Marco D'Alberti, Jovene Editore, Napoli, 2017
- V. VARONE, *La trasparenza amministrativa: analisi dei più recenti interventi legislativi e delle prospettive future*, in *Corruzione e pubblica amministrazione* a cura di Marco D'Alberti, Jovene Editore, Napoli, 2017
- G. BUSIA, *Privacy, trasparenza e controlli sull'attività pubblica*, in *Corruzione e pubblica amministrazione*, a cura di Marco D'Alberti, Jovene Editore, Napoli, 2017
- G. DE LUCA, C. AMATO (Articolo di), *Anticorruzione nella Pa: le novità in tema di semplificazione, pubblicità e trasparenza*, Altalex, 6 novembre 2017, sul sito <https://www.altalex.com/documents/news/2017/10/30/anticorruzione-nella-pa-le-novita-in-tema-di-semplificazione-pubblicita-e-trasparenza>
- C. PADULA, *Il riparto delle competenze legislative fra Stato e regioni in materia di pubblico impiego*, su rivista *Federalismi.it* del 8 novembre 2017, sul sito http://www.astrid-online.it/static/upload/padu/padula_federalismi_8_11_17.pdf
- P. BARDISI, A. FABBRI, *Le forme e gli strumenti per realizzare la "trasparenza" nella Pubblica Amministrazione del terzo millennio*, in *Sanità Pubblica e Privata*, n. 2/2018
- M. IASELLI, *La trasparenza in ambito amministrativo alla luce del GDPR*, Articolo pubblicato il 23/01/2018 sul sito <https://www.altalex.com/documents/news/2018/01/23/>
- A. CORRADO, *Conoscere per partecipare: la strada tracciata dalla trasparenza amministrativa*, in *Collana di studi ANAC Monografia 1*, Edizioni Scientifiche italiane, Napoli, 2019
- M.C. BRANDAZZI, *Trasparenza amministrativa nuova frontiera anticorruzione*, Aracne Editore, Ariccia, 2019

- S. COPPOLA, *Come si conciliano trasparenza e pubblicità con la protezione dei dati personali? Quale effetto ha la piena applicazione del DGPR sul precedente quadro normativo? Ecco cosa c'è da sapere per ottenere la compliance al Regolamento UE 2016/679*, Articolo pubblicato il 19 gennaio 2019 sul sito <https://www.cybersecurity360.it/legal/privacy/dati-personali>
- E. BARBA, *Privacy e trasparenza amministrativa: due diritti speculari*, Articolo pubblicato il 14 febbraio 2019 sul sito <http://www.salvisjuribus.it/privacy-e-trasparenza-amministrativa-due-diritti-speculari>
- *Corruzione, l'Italia migliora (di poco). Quanti anni ci vogliono per diventare un Paese normale?* Articolo pubblicato il 25/01/2020 sul sito <https://www.infodata.ilsole24ore.com/2020/01/25/corruzione-litalia-migliora-poco-quant-anni-ci-vogliono-diventare-un-paese-normale>

Sitografia

- Autorità Nazionale Anticorruzione: <http://www.anticorruzione.it/portal/public/classic>
- Portale della Performance: <https://performance.gov.it/>
- OIV-SSR: <https://trasparenza.regione.emilia-romagna.it/personale/oiv/oiv-per-altri/oiv-altri>
- Relazioni della performance anno 2018:
per AUSL PIACENZA: <http://trasp.ausl.pc.it/SeriesItem.aspx?IdSeriesItem=43728>
per AUSL PARMA:
https://www.ausl.pr.it/amministrazione_trasparente/performance/relazione_sulla_performance.aspx
per AUSL REGGIO EMILIA:
<https://apps.ausl.re.it/DocSuiteAmministrazioneTrasparente/SeriesItem.aspx?IdSeriesItem=424346&history=False>
per AUSL MODENA: <http://www.ausl.mo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/9789>
per AUSL IMOLA:
<https://www.ausl.imola.bo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/8251>
per AUSL BOLOGNA:
<https://www.ausl.bologna.it/asl-bologna/staff/so-form/sopf-trasparenza/relazione-sulla-performance/anno-2018>
per AUSL FERRARA:
<http://www.ausl.fe.it/azienda/organizzazione/amministrazione-trasparente/performance/relazione-sulla-performance-2018.pdf>
per AUSL ROMAGNA:

<https://amministrazionetrasparente.auslromagna.it/amministrazione-trasparente/performance/relazione-sulla-performance/item/560-relazione-sulla-performance-anno-2018>

per Delibere Regione Emilia Romagna OIV:

<https://apps.ausl.re.it/DocSuiteAmministrazioneTrasparente/SeriesGrid.aspx?idSeries=85&noFilter=true&history=False>

IL VALORE DELL'AUTOVALUTAZIONE NEL SISTEMA DI MISURAZIONE DELLA PERFORMANCE

ALBERTO BETTIOL

Sommario: **1.** Premessa; **2.** L'origine storico-filosofica della misurazione della performance e la sua influenza nella legislazione italiana; **3.** Gli elementi essenziali della valutazione (cenni); **4.** La circolarità della performance; **5.** Profili inerenti la complessità della valutazione; **6.** I più frequenti errori di valutazione; **7.** Le tre regole fondamentali per comprendere la valutazione; **8.** Strumenti e tecniche di autovalutazione; **9.** Conclusioni. Allegati: n. 1 Scheda di autovalutazione del rendimento; n. 2 Scheda di percezione della valutazione; n. 3 Scheda dei comportamenti attuati e dei risultati raggiunti. Bibliografia.

1. Premessa

Nel nostro Paese il percorso per la valorizzazione della produttività del lavoro pubblico nella Pubblica Amministrazione è stato avviato con l'entrata in vigore del decreto legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009⁵⁹.

L'impegno a migliorare la produttività del lavoro pubblico «*corrisponde a quanto è andato progressivamente maturando ed affermandosi nell'ambito della riflessione culturale sui problemi dell'innovazione del sistema amministrativo*»⁶⁰ degli ultimi decenni, collocandosi in una linea di sostanziale continuità con le precedenti iniziative di riforma della Pubblica Amministrazione⁶¹.

Nell'iter di approvazione della corrispondente legge delega (L. 4 marzo 2009, n. 15), la scelta di introdurre un sistema di misurazione della performance negli enti della Pubblica Amministrazione venne definito un atto «*essenziale per il ridisegno, il miglioramento della produttività e il*

⁵⁹Il D.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, *Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni* costituisce il testo normativo di riferimento per questa ricerca; è frutto del combinato disposto del D.lgs. 30 luglio 1999, n. 286, «Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell'art. 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59» e della legge delega n. 15 del 2009.

⁶⁰G. D'ALESSIO, in occasione dell'Audizione in 1^a Commissione Affari Costituzionali del Senato il 10 settembre 2008 per la discussione dei disegni di legge n. 847 e 746, scaricabile nella sezione *Documenti acquisiti in Commissione*, all'indirizzo web del sito istituzionale della Camera del Senato : http://leg16.senato.it/leg/16/BGT/Schede/Ddliter/documenti/31858_documenti.htm.

⁶¹Citiamo, quale esempio, l'Intesa sul lavoro pubblico e sulla riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche (il c.d. Memorandum) sottoscritta il 6 aprile 2007 dal Presidente del Consiglio dei Ministri, dal Ministro per le Riforme e Innovazioni nelle pubbliche amministrazioni, dal Ministro dell'Economia e delle Finanze, dai Presidenti della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, dall'ANCI, dall'UPI e dall'UNCEM e per la parte sindacale dalla CGIL, CISL, UIL, CIDA, CISAL, CONFEDIR, COSMED, Cgu, RdB Cub, Usae, Confintesa, Confedirstat, Ugl e CSE, che, a sua volta, fa seguito alla direttiva 2002/22/CE in tema di servizi universali, e alla direttiva 2006/123/CE relativa ai servizi nei mercati interni.

*monitoraggio dei servizi, per l'aumento della produttività e il controllo dei costi*⁶², con l'obiettivo di aumentare la qualità dei servizi pubblici e, di conseguenza, la soddisfazione dei cittadini.

Questa ricerca vorrebbe evidenziare, da un lato, che la misurazione della performance/produttività si inserisce nel ciclo di gestione delle attività di ogni organizzazione produttiva di beni o di servizi, tanto nel settore pubblico quanto in quello privato, non soltanto come sistema premiante, bensì come modello per il miglioramento della qualità dei risultati; dall'altro lato, che in questo percorso l'autovalutazione rappresenta una fase ulteriore ed essenziale, in cui la riflessione in merito a quanto messo in atto da entrambe le parti (valutato e valutatore) durante l'anno di valutazione è la chiave per comprendere i risultati in che modo e in che misura sono stati raggiunti ulteriori risultati positivi.

Con questi obiettivi, dapprima offriremo un'analisi storico-filosofica dei principi che potrebbero aver influito sulle basi teoriche che hanno condotto all'introduzione del concetto di misurazione della performance nella Pubblica Amministrazione. Nel proseguo ci concentreremo sul sistema di valutazione della performance individuale, e, dopo alcuni cenni agli elementi fondamentali, ci avvarremo di due progetti, l'uno dell'Università di Cagliari e l'altro dell'Università di Ferrara, pubblicati nell'ambito delle attività di formazione del personale, che evidenziano le ipotesi più discusse circa la rilevanza dei profili professionali oggetto di valutazione e gli errori più frequenti nell'approccio alla valutazione, tanto da parte del valutatore quanto da parte del valutato, sotto aspetti diversi. Al termine, sarà proposto qualche spunto di riflessione circa la fattibilità di inserire nei piani per la valutazione della performance individuale nuovi strumenti che possano aiutare un'organizzazione a rendere più efficace possibile questo sistema, anche riscoprendo il valore e le potenzialità dell'autovalutazione, affinché al termine di ogni ciclo annuale di attività possa ripetersi l'occasione per migliorare la qualità del lavoro.

2. L'origine storico-filosofica della misurazione della performance e la sua influenza nella legislazione italiana

Secondo alcuni studiosi, gli attuali modelli di misurazione della performance individuale e organizzativa hanno origine nello sviluppo applicativo delle teorie economiche elaborate nella prima metà del Novecento dallo statista americano W.E. Deming, il quale venne “arruolato” dal Governo americano alla fine della II Guerra Mondiale per contribuire alla riconversione dell'industria bellica giapponese verso la produzione di beni diversi dagli armamenti⁶³.

Secondo la teoria di W.E. Deming qualsiasi processo produttivo si può suddividere in una sequenza di quattro fasi (*Plan, Do, Control, Act*, altrimenti nota con la sigla *PDCA*)⁶⁴ che potremmo descrivere

⁶²Così, F. BUTERA, rinvio nota n. 2.

⁶³W.E. DEMING, *Trasformazione di western style of management*, in *Interfaces*, 1985.

⁶⁴W.E. DEMING, *The essential Deming: Leadership Principles from the father of quality*, New York, McGraw-Hill Education, 2012.

come segue: nella prima fase si pianificano gli obiettivi e si programmano le azioni; nella seconda avviene la produzione; nella terza fase si effettuano i controlli dei risultati e degli scostamenti; nella quarta si adottano le azioni per stabilizzare i risultati raggiunti, se coincidono con quelli attesi, o quelle per correggere eventuali disallineamenti. Compiuta anche quest'ultima fase, il processo può essere riavviato.

I migliori risultati in questo campo furono raggiunti dalla società automobilistica Toyota 65, che si dimostrò capace di far incontrare il pensiero di due culture profondamente diverse, quella americana (dominata dall'egualitarismo e dal libero mercato, dai principi di democrazia e di libertà), e quella nipponica (organizzata in classi sociali e basata sul collettivismo, influenzata nella vita sociale e istituzionale dai principi del confucianesimo) in una nuova filosofia industriale, denominata *KaiZen*⁶⁶, dalla fusione dei termini KAI (cambiamento) e ZEN (migliore), che significa “tendere sempre al miglioramento”. Secondo questa teoria, basata su uno studio analitico scientifico-statistico dei dati e delle risorse, un ciclo di produzione è sempre perfezionabile se viene correttamente applicato un sistema ciclico di valutazione che favorisce il rinnovamento dei processi in modo incessante e graduale, così da ottenere «innovazione senza rivoluzione», evitando squilibri e conflitti che sono invece determinati da cambiamenti repentini che risultano, il più delle volte, inefficaci e dannosi⁶⁷.

Questa filosofia incoraggia ogni individuo ad apportare ogni giorno piccoli cambiamenti a situazioni o condizioni di parziale inefficienza, con l'effetto di sentirsi parte responsabile di un processo di selezione e miglioramento dell'organizzazione stessa.

Un altro importante teorico che sviluppò ulteriormente le conclusioni di W.E. Deming fu il giapponese Ishikawa⁶⁸: egli sosteneva che, per adottare una programmazione che possa poi rivelarsi adeguata, efficace ed efficiente, è necessario che gli obiettivi siano descritti in modo completo, chiaro, non interpretabile, indicando come scelte da adottare solo quelle più razionali e adeguate al contesto al quale sono indirizzate, tenendo conto sia delle competenze e delle qualità dei lavoratori, specialmente il loro grado di formazione, la loro propensione o meno ad assumere responsabilità, il loro grado di interesse al lavoro, e sia della tipologia di soggetti ai quali si rivolge il servizio. Gli obiettivi programmatici, infatti, devono essere raggiungibili dal personale a disposizione, altrimenti è certo che non daranno mai i risultati attesi. Per questo è bene che le azioni siano tradotte in operazioni ripetibili nel tempo e definite in una procedura standard.

Con riferimento alla seconda fase, quella della produzione, egli si sofferma soprattutto sull'importanza della formazione professionale. Anche quando si crede di aver adottato e di seguire una procedura perfetta, standardizzata, non ci si può esimere da assumere un atteggiamento critico-

⁶⁵T. OHNO, *Lo spirito Toyota. Il modello giapponese della qualità totale. E il suo prezzo*, Torino, Piccola Biblioteca Einaudi, 2004.

⁶⁶I. MASAACKI, *Kaizen: lo spirito giapponese del miglioramento*, Milano, Edizioni del Sole 24 Ore, 1986

⁶⁷I. MASAACKI, *Kaizen: The Key to Japan's Competitive Success*, New York, Random House, 1986.

⁶⁸K. ISHIKAWA, *Guida al controllo della qualità*, Milano, Franco Angeli editore, 1988.

costruttivo, poiché circostanze eccezionali possono sempre insorgere dimostrando che le regole adottate non sono più adeguate. Per questo motivo la formazione professionale specialistica continua deve essere un obiettivo costante per ogni organizzazione, stimolando in tutti i lavoratori il desiderio di assumere, o almeno mantenere, idonee competenze per gestire situazioni non prevedibili o comunque non previste.

La terza fase è dedicata al controllo ed è quella in cui si misura lo scostamento tra i risultati raggiunti rispetto a quelli attesi e se analizzano le ragioni. L'immagine scelta da Ishikawa per illustrare questa fase è quella della lisca di pesce: egli associa l'attività del controllo industriale a quella del pescatore quando, una volta raccolto il pesce, ne apre il corpo per conoscere il suo stato di salute. La struttura della lisca è la metafora dei rapporti causa-effetto che si presentano all'interno di una organizzazione complessa (da qui deriva infatti la forma del grafico, comunemente chiamato, a "spina di pesce"), poiché ad ogni evento-causa possono corrispondere molti effetti diversi⁶⁹.

Nell'analisi degli effetti, o ancor meglio nella valutazione dei risultati, a nostro parere, c'è altresì il rischio che possano emergere considerazioni soggettive e discutibili: per questo è bene (lo vedremo proprio nei prossimi paragrafi) individuare criteri, strumenti e azioni idonei a limitare al massimo ciò che può condizionare una valutazione, investendo altresì nelle tecniche di autovalutazione.

Nella quarta e ultima fase, prima di riavviare il processo, è indispensabile che si assumano le iniziative più adeguate, anche quando il margine di miglioramento fosse minimo. Interessante è rilevare che come dal termine giapponese *Kuhn* (*innovazione*)⁷⁰, Ishikawa sviluppò l'idea che le innovazioni devono sempre permettere il raggiungimento del massimo grado possibile di cambiamento in quel dato momento con le risorse a disposizione, dimostrando una visione applicativa concreta e per niente astratta della sua teoria.

Infine, sono due i propositi che secondo lo studioso giapponese si devono collocare in quella zona grigia che fa da cerniera tra l'ultima e la prima fase di un PDCA: il primo è la ricerca di standardizzare l'innovazione, che può avvenire attraverso l'inserimento di una nuova tecnica o di una nuova regola nel procedimento di produzione e il monitoraggio continuo della sua applicazione; il secondo è la "pulizia" del processo da quei fattori, umani o artificiali, che siano stati individuati come la causa della inefficienza del processo produttivo⁷¹.

3. Gli elementi essenziali della valutazione individuale (cenni)

Sono molti gli elementi essenziali descritti nel d.lgs. 150/2009 che costituiscono il sistema di valutazione individuale. Tra i più importanti vi sono i soggetti-parte della valutazione, gli ambiti (o Aree) di valutazione, i criteri di valutazione (intesi come descrizione degli ITEM correlati ad un

⁶⁹A. PAYARO, *Lean Management, Cose mai dette*, Bologna, Esculapio, 2017.

⁷⁰Cit. nota prec. n. 10, K. ISHIKAWA.

⁷¹A. GALGANO, *I sette strumenti della qualità totale*, Milano, Il sole 24 ore Libri, 1992.

punteggio su scala predeterminata)⁷². Ne analizzeremo alcuni in questo paragrafo solo per avere le basi conoscitive che ci permetteranno di affrontare le parti successive della ricerca.

I *soggetti* protagonisti del procedimento di valutazione⁷³ sono il valutatore e il valutato: il primo è un dirigente⁷⁴ (in una struttura sanitaria pensiamo al Direttore di Dipartimento o di Unità Operativa) o un suo delegato (il coordinatore), individuato in ragione del ruolo del soggetto da valutare. In ogni caso egli deve essere collocato in una posizione gerarchica superiore nell'organigramma aziendale rispetto al destinatario della valutazione e deve aver ricevuto formalmente l'incarico di valutare il personale da lui organizzato e di cui è responsabile. Sono definiti *valutati* coloro che ricevono una valutazione, nel rispetto delle regole poste dalla legge e dal regolamento aziendale.

Ne consegue che gli unici soggetti che non hanno una Scheda di valutazione vera e propria sono gli organi di vertice, ovvero il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario: per il primo, la valutazione è legata in parte alla performance istituzionale, cioè al risultato complessivamente conseguito dall'organizzazione rispetto agli Obiettivi Strategici di Ateneo, e in parte alla performance individuale, cioè agli obiettivi personali da raggiungere in corso d'anno assegnati; per gli altri, la valutazione è rimessa al Direttore Generale, pur sempre legato a valutare il raggiungimento degli obiettivi loro assegnati.

Le *Aree di valutazione* più utilizzate all'interno delle strutture sanitarie pubbliche sono:

- la capacità di raggiungere di obiettivi⁷⁵, sia quelli di struttura sia quelli individuali assegnati;

⁷²Nella disamina degli elementi, potrebbero emergere tratti distintivi di una organizzazione sanitaria piuttosto che un'altra Pubblica Amministrazione, anche in coerenza alla natura della pubblicazione in cui si inserisce.

⁷³In base a quanto dispone il d.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, art. 12 vi sono anche altri soggetti che intervengono nel processo di misurazione e valutazione della performance individuale delle Amministrazioni Pubbliche: a) un organismo centrale, denominato: «Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche», di cui all'articolo 13; b) gli Organismi indipendenti di valutazione della performance di cui all'art. 14; c) l'organo di indirizzo politico-amministrativo di ciascuna amministrazione. Ai quali si aggiunge, in base alla legge 4 novembre 2010, n. 183, il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, il cui ruolo è stato rafforzato anche dalla Dir. UE/2019/2, par. 3.6.

⁷⁴ «Già nell'impianto *ante* d.lgs. n. 150/2009, in cui il sistema di valutazione del personale non dirigente era disciplinato nelle sue linee guida dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di comparto e nelle sue componenti specifiche dai Contratti Integrativi, al dirigente, nella sua veste di datore di lavoro pubblico (ex art. 5, comma 2, d.lgs. n. 165/2001), spettava il ruolo fondamentale di conferire, a monte gli obiettivi individuali e di gruppo, ed a valle di procedere alla valutazione delle prestazioni dei lavoratori. Il sistema era imperniato sulla *ratio* di fondo di affidare alla valutazione del personale non un ruolo formale, ma sostanziale, concepandola "quale strumento di gestione e valorizzazione delle risorse umane delle amministrazioni con la finalità di migliorare le prestazioni individuali e collettive dei dipendenti, in vista di una crescita della qualità dei servizi erogati alla collettività e dei livelli di funzionamento della struttura, anche attraverso il collegamento con la retribuzione, quale mezzo incentivante per il miglioramento della performance". G. DELLA ROCCA, V. VENEZIANO, *La valutazione del lavoro nelle amministrazioni pubbliche. Casi di studio sulla valutazione delle posizioni, delle prestazioni e del potenziale*, Napoli, ESI, 2004, 15.

⁷⁵D.lgs. 150/2009, art. 5: "1. Gli obiettivi sono programmati su base triennale e definiti, prima dell'inizio del rispettivo esercizio, dagli organi di indirizzo politico-amministrativo, sentiti i vertici dell'amministrazione che a loro volta consultano i dirigenti o i responsabili delle unità organizzative. (...) 2. Gli obiettivi sono: a) rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione; b) specifici e misurabili in termini concreti e chiari; c) tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi; d) riferibili ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente ad un anno; e) commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe; f) confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente; g) correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili".

- la competenza, ove si valutano il grado di precisione e di impegno dimostrati;
- le capacità dimostrate (es. capacità di problem solving, capacità di ascolto empatico, grado di interazione con i responsabili, etc.);
- il comportamento del lavoratore in servizio (ad es. grado di collaborazione nel lavoro, di rispetto delle regole di comportamento, etc.);
- il contributo individuale all'organizzazione della struttura (in ambito sanitario, si pensi ai miglioramenti apportanti nella quantità e qualità nel servizio; in ambito amministrativo, la maggiore efficienza o speditezza nelle pratiche amministrative, etc.);
- la formazione, misurata sia nel numero di ore di perfezionamento professionale ai quali ha partecipato, sia a quelle in cui ha svolto il ruolo di docente.

Gli esempi riportati sono chiamati ITEM e costituiscono le singole unità di valutazione. Per esprimere il giudizio sui singoli ITEM, ciascuna organizzazione predispone una griglia di valutazione e sceglie una unità di misura. La più utilizzata è la scala di valutazione pentametrica, che contiene 5 unità di misura, ovvero livelli di giudizio.

<i>Descrizione dei gradi di giudizio degli ITEM</i>			
<i>Il risultato è molto lontano da ciò che era atteso</i>	<i>Insufficiente</i>	<i>1</i>	<i>negativo</i>
<i>Il risultato è inferiore a quanto era atteso</i>	<i>Scarso</i>	<i>2</i>	
<i>Il risultato è pari al valore atteso</i>	<i>Adeguato</i>	<i>3</i>	<i>positivo</i>
<i>Il risultato è più che soddisfacente rispetto a quanto atteso</i>	<i>Buono</i>	<i>4</i>	
<i>Il risultato è molto al sopra di quanto atteso</i>	<i>Ottimo</i>	<i>5</i>	

Tra le caratteristiche più importanti di questo metodo c'è l'obbligo di rispettare il criterio di differenziazione nell'assegnazione dei punteggi. In passato la tendenza ad attribuire in modo generalizzato punteggi elevati provocava degli squilibri nella attribuzione dei principali elementi connessi alla valutazione, ossia la retribuzione accessoria, che veniva distribuita “a pioggia”⁷⁶ e favoriva le progressioni di carriera⁷⁷, assistendo al fenomeno dello “scivolamento” dei ruoli e degli incarichi verso l’alto (c.d. piramide rovesciata)⁷⁸, non giustificato da una reale crescita delle

⁷⁶E. GRAGNOLI, *La valutazione del personale, gli organi preposti alla valutazione e le rispettive competenze*, relazione al Convegno Il ciclo di gestione della performance: disciplina e modalità di attuazione. – Le nuove regole del pubblico impiego, Roma, 21-23 ottobre 2009, 2. Vedi anche G. D’ALESSIO, *Il disegno della dirigenza*, in M. GENTILE (a cura di), *Lavoro pubblico: ritorno al passato? La legge Brunetta su produttività e contrattazione*, Roma, Ediesse, 2009, 65.

⁷⁷V. D. SCIANCALEPORE, *Le progressioni di carriera ed economiche del pubblico impiego privatizzato nella riforma Brunetta. La legificazione delle pronunce della Corte Costituzionale*, su: Amministrativ@mente, Contributo speciale annesso al n. 12 di dicembre 2009, contenente il Commento al D.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150.

⁷⁸V. TALAMO, *Le carriere collettive contrattate dei dipendenti pubblici: criticità e prospettive*, in *Il lavoro nelle pubbliche*

professionalità. Inizialmente, “la formale applicazione delle disposizioni normative in materia dava luogo a valutazioni spesso ampiamente positive in maniera generalizzata che non erano sintomo di crescita nell’efficienza del sistema, piuttosto di una distorsione applicativa”⁷⁹.

Oggi, invece, l'ordinamento considera che ad ogni valutazione (dal latino *valitus*, significa "dare un prezzo, stimare) deve corrispondere un peso, un valore, un qualcosa che è degno di essere considerato, fintanto apprezzato nonché differenziato. Il criterio della differenziazione è stabilito come obbligo agli articoli 12 e 13 del d.lgs. 150/2009 ⁸¹, e va considerato come condizione di efficacia del funzionamento del sistema. In base a tale principio il valutatore è chiamato ad esprimere la massima differenziazione possibile nei punteggi, non soltanto per una diversa remunerazione, ma per dare massima corrispondenza del giudizio al rendimento del valutato. Lo strumento della scheda individuale di valutazione potrà incidere nelle scelte comportamentali al fine di motivare il lavoratore a raggiungere un risultato sempre più elevato soltanto se il giudizio in essa contenuto è stato meditato, proporzionato, dunque, differenziato.

Secondo alcuni, anche corrispondere il punteggio massimo di valutazione ad un lavoratore, o persino ad un intero gruppo di lavoro, ne annullerebbe la forza, perché sul piano individuale il lavoratore non sarebbe invogliato a procedere verso quel miglioramento continuo di cui ancora forse vi è un certo margine; su quello collettivo, la valutazione sarebbe ridotta ad una formula algebrica per ottenere una mera ripartizione omogenea delle risorse. Al tempo stesso, un punteggio dato che rifletta un rendimento appena sufficiente (es. "adeguato") può creare un senso di malessere nel singolo o nel gruppo di lavoro, perché può essere interpretato come espressione di sfiducia, insoddisfazione latente o poca considerazione verso le attività che sono state svolte.

Nelle Linee Guida che accompagnano il *d.lgs. n. 150/2009*, così anche nell’articolo 3, comma 1, del *D.P.R. n. 105/2016*, si suggerisce alle amministrazioni pubbliche di proporre durante il ciclo della misurazione della performance i c.d. “incontri di calibrazione” tra valutatori dello stesso livello organizzativo, finalizzati ad assicurare una maggiore solidità ed equità nei sistemi. Se svolti nella fase iniziale di programmazione, serviranno a garantire una ponderazione degli obiettivi in modo che dirigenti dello stesso livello abbiano lo stesso carico di responsabilità nel raggiungimento della *performance* organizzativa; se svolti nella fase della valutazione, contribuiranno a ponderare le valutazioni finali all’interno della stessa amministrazione o articolazione organizzativa, favorendo il confronto sugli stili di valutazione e su *standard* trasversali, con il fine di neutralizzare gli effetti distorsivi che possono nascondersi

amministrazioni, 2004, 1043.

⁷⁹ F. GAGLIARDUCCI, A. TARDIOLA, *Verifica dei risultati dell’azione amministrativa e valutazione dei dirigenti: profili strutturali, funzionali e retributivi*, in ASTRID, e *L’amministrazione come professione. I dirigenti pubblici tra spoils system e servizio ai cittadini*, G. D’ALESSIO (a cura di), Bologna, Il Mulino, 2008, 159-165.

⁸⁰ Treccani, *Dizionario della lingua italiana*, 2017.

⁸¹ D.lgs. 150/2009, art. 12, comma. 2: "È vietata la distribuzione in maniera indifferenziata o sulla base di automatismi di incentivi e premi collegati alla performance in assenza delle verifiche e attestazioni sui sistemi di misurazione e valutazione adottati ai sensi del presente decreto".

nel processo valutativo⁸².

Riprendiamo il contenuto della precedente tabella e aggiungiamo un nuovo contenuto, il peso dell'attività. Al termine della valutazione avremo un punteggio totale che esprime la somma dei punteggi dei singoli ITEM. In considerazione della categoria professionale di ciascun valutato, ciascun ITEM avrà pesi differenti:

<i>Categoria</i>	<i>Peso ITEM 1</i>	<i>Peso ITEM 2</i>	<i>Peso ITEM 3</i>
<i>EP</i>	40%	50%	30%
<i>D con incarico</i>	40%	40%	30%
<i>D senza incarico</i>	20%	30%	30%
<i>C</i>	20%	20%	30%
<i>B</i>	10,00%	20%	40%

Il punteggio finale della valutazione, infine, è dato dalla media ponderata dei fattori che la comprende, nel rispetto di formule algebriche elaborate che tengono conto anche di altri elementi (si pensi al numero di giorni di presenza in servizio). Alla contrattazione sindacale è rimesso il compito di garantire l'equa ripartizione delle risorse tra le categorie professionali, ai Regolamenti interni la definizione delle regole per la quantificazione annuale della retribuzione di risultato, tenendo conto delle disponibilità del fondo annuale di integrazione collettiva.

Il compito di monitorare e vigilare sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, della trasparenza e della integrità dei controlli interni è affidato all'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.), già previsto dal d.lgs. 286/1999 come Nucleo Interno di Valutazione.⁸³

4. La circolarità nella valutazione della performance

La gestione del processo di misurazione della performance coinvolge in ogni struttura organizzativa diverse figure professionali, ciascuna chiamata a raccogliere, elaborare e rappresentare i dati che esprimono la produttività, ora dell'organizzazione, ora dei singoli individui. In ambito sanitario, nonostante le difficoltà legate all'interconnessione delle attività di settori diversi, garantire l'autonomia e la separazione del processo da altre valutazioni è essenziale per tutelare la sua indipendenza e il riconoscimento delle sue potenzialità ai fini del miglioramento della produttività

⁸²Linee Guida per il sistema di misurazione e valutazione della performance dei Ministeri, punto 5.2.1. La differenziazione delle valutazioni e la condivisione delle metodologie. Consultabile in: http://www.funzionepubblica.gov.it/articolo/dipartimento/02-01-2018/linee-guida-il-sistema-di-misurazione-e-valutazione-della#_Toc502226259

⁸³A. MANGIA in *Performance e ruolo dell'O.I.V.*, elaborato parte di questa pubblicazione, cui si rinvia per un approfondimento.

del lavoro.

Il Piano triennale della performance, predisposto in ciascun ente pubblico nel rispetto della programmazione finanziaria e di bilancio aziendale, costituisce il documento più importante nella fase di pianificazione, perché definisce gli obiettivi strategici ed operativi sulla base delle risorse disponibili e individua gli indicatori⁸⁴ per la misurazione e la valutazione della performance dell'organizzazione e quella di ciascun dipendente.

Nonostante sia indispensabile rispettare il cronoprogramma delle attività che si inseriscono nel processo (mi riferisco, ad esempio, alla comunicazione degli obiettivi o alla consegna delle Schede di valutazione), vi sono degli eventi che determinano inevitabilmente un rallentamento del processo: si pensi ad un ritardo nella determinazione degli obiettivi del Piano Sanitario Regionale che si ripercuote sulla definizione degli obiettivi aziendali interni⁸⁵; o al ritardo nella restituzione delle Schede di Valutazione compilate e sottoscritte; o ancora, alla presentazione di uno o più ricorsi che ne impediscono la chiusura.

Questi sono soltanto alcuni degli episodi che possono determinare un disallineamento rispetto ai tempi ideali: sarà compito della struttura incaricata garantire il più possibile il rispetto dei termini, sollecitando o comunque contribuendo affinché tutti i soggetti coinvolti non trovino ostacoli nel proprio percorso.

Di seguito, si propone la suddivisione temporale di tipo tradizionale del ciclo di valutazione della performance individuale, indicando, per ciascuna delle fasi, la descrizione dell'attività, il periodo di esecuzione, la struttura competente e la tipologia di attività.

Fase	Attività	Termine	Titolarietà	Tipologia
1	Definizione e assegnazione degli obiettivi da raggiungere	dicembre-gennaio	Direzione strategica	decisionale
2	Collegamento tra gli obiettivi e allocazione delle risorse, integrandosi con il ciclo di bilancio	gennaio-febbraio	Struttura preposta	gestionale / supervisione
3	Monitoraggio in corso di esercizio (colloquio intermedio) e attivazione di eventuali interventi correttivi	giugno	Valutatori	decisionale
4	Misurazione e valutazione della performance	ottobre	Valutatori	decisionale
5	Utilizzo dei sistemi premianti	novembre	Struttura	gestionale

⁸⁴Si rinvia al saggio *Performance Sanitaria*, di L. ANDREJ, pubblicato in questa sezione del progetto, per la descrizione dei principi che sottostanno alle politiche di scelta degli indicatori di valutazione della performance, finanche per evidenziare come le diversità regionali o nazionali dei risultati in termini di impatto sulla salute siano determinati da una molteplicità di fattori che potrebbero essere superate, almeno in parte, dall'impegno ad applicare gli indicatori in maniera più uniforme, così come A. MANGIA in *Performance e ruolo dell'O.I.V.* descrive stia avvenendo con successo in Emilia-Romagna.

⁸⁵Oggi la complessità della stesura dei Piani di programmazione regionale è nota soprattutto a coloro che studiano le metodologie di governance pubblica e di input based, per il cui approfondimento si rinvia al saggio *Performance Sanitaria* di L. ANDREJ pubblicato in questa sezione dedicata allo studio della performance.

			preposta	
6	Rendicontazione dei risultati alla Direzione	dicembre	Struttura preposta	rendicontazione

Se, dunque, ogni processo è condizionato da una serie di eventi e costituito da un insieme di attività che, indipendentemente dal periodo in cui si svolgono, devono essere distribuite durante l'anno, l'attività di valutazione costituisce una tappa di questo percorso; e in essa ci addenteremo nei prossimi paragrafi per scoprire quali incertezze possono presentarsi all'atto della valutazione e quali sono gli elementi che entrambe le parti, valutato e valutatore, devono maggiormente considerare.

5. Profili inerenti la complessità della valutazione

P

remessa la presentazione di alcune nozioni fondamentali, che richiamano soltanto una parte delle regole del decreto in esame, affronteremo la disamina di alcune situazioni concernenti lo status del valutato che possono mettere in dubbio il valutatore circa i margini della valutazione.

Ci avvarremo, in questo paragrafo, dei contenuti del Manuale operativo pubblicato nella sezione Amministrazione Trasparente dell'Università di Cagliari, considerando quanto svolto dalla Direzione del Personale il più chiaro e completo lavoro tra quelli esaminati per questa ricerca⁸⁶.

Iniziamo dal caso del dipendente che, in corso d'anno, ottiene un *passaggio di categoria*: questo fatto comporta che il valutatore dovrà considerare gli obiettivi appartenenti alla nuova categoria e dovrà esprimere un giudizio distinto in due Schede di valutazione, una per il periodo precedente e una per quello successivo al passaggio.

Considerato che almeno una parte degli ITEM di giudizio saranno diversi, il valutatore dovrà fare nuove valutazioni legate alla nuova categoria di inquadramento, mentre per gli ITEM apparentemente uguali (es. grado di collaborazione con i colleghi) dovrà fare attenzione a non riportare lo stesso punteggio precedente, perché alcuni elementi di riferimento possono essere cambiati (nel caso dell'esempio precedente, i colleghi). Si adotterà la stessa soluzione nel caso in cui il valutato assuma un *nuovo incarico* in corso d'anno, pur senza un passaggio di categoria, mentre, se si tratta di un *incarico ulteriore*, si allargherà l'ambito di confronto.

Quando si assiste, inoltre, ad un *trasferimento* interno da una struttura ad un'altra nell'arco dello stesso anno, la valutazione dovrà essere espressa dai due valutatori responsabili di struttura, ciascuno con riferimento al periodo in cui il valutato ha prestato lavoro/servizio nella propria struttura. Se è concomitante con un cambio di categoria, i due valutatori si esprimeranno su elementi molto diversi.

⁸⁶Università degli Studi di Cagliari, Manuale operativo: *Il sistema di valutazione della performance individuale*, Direzione per il personale - Sviluppo risorse umane, 2016, in <https://trasparenza.unica.it/files/2019/04/Manuale-sistema-di-valutazione-2016.pdf>

In questo caso, a differenza dei precedenti, il nuovo valutatore non avrà particolare interesse a conoscere i punteggi espressi nelle precedenti Schede di valutazione perché gli elementi da considerare sono molto diversi.

Un altro caso particolare è quello della valutazione del *personale cessato*. In questo caso essa deve essere effettuata prima che il personale vada in pensione, al fine di garantirgli il diritto al colloquio in sede di sottoscrizione della Scheda durante il periodo di servizio.

A fini di questa ricerca, è interessante presentare anche la distinzione tra coloro che hanno diritto e coloro che non hanno diritto ad una valutazione all'interno di una organizzazione sanitaria.

Ha diritto alla valutazione:

- il personale universitario in convenzione con l'Azienda Ospedaliera (A.O.) ed inserito operativamente nell'organico: ai sensi del CCNL 16/10/2008, art. 81, comma 1, il lavoratore non deve essere sottoposto a valutazione da parte dell'Università, ma da parte della A.O. in quanto la valutazione è direttamente connessa all'erogazione delle quote del trattamento accessorio, che non sono a carico dell'Università, ma dell'ente sanitario;
- il personale comandato o distaccato da altri enti (art. 18, comma 3, CCNL 16/10/2008), la cui valutazione dovrà essere effettuata dall'ente di utilizzazione, secondo la propria disciplina, in quanto ente erogatore del salario accessorio;
- il personale in distacco o in aspettativa sindacale (art. 18, comma 1, CCNL 16/10/2008);
- il personale assente durante il colloquio per la sottoscrizione della Scheda: l'assenza non può costituire infatti un elemento di giudizio negativo da parte del valutatore, bensì potrà essere rilevato come comportamento inadeguato in sede di ricorso;
- il personale che ha usufruito del permesso per malattia o per congedo per un arco di tempo inferiore ad un anno e superiore ad un mese.

Si considera "personale non valutabile" chi rientra, invece, in una delle seguenti categorie:

- colui che ha un contratto di lavoro di collaborazione coordinata e continuativa; la legge finanziaria 2019 ha concesso alle Pubbliche Amministrazioni di poter usufruire di personale non dipendente fino al 31.12.2019⁸⁷; lo strumento, come è noto, fonda il rapporto tra le parti sull'adesione ad un progetto, la cui realizzazione non crea alcun vincolo di subordinazione, costituendo un rapporto unitario e continuativo tra Stato e privato. Altrettanto noto è l'uso improprio dello strumento che è stato fatto anche dagli enti delle Pubbliche Amministrazioni, per sopportare gli effetti del blocco delle assunzioni. Ciò detto, appare, a mio avviso, discutibile la scelta del legislatore della Performance di indicare quale destinatario della valutazione annuale soltanto il personale dipendente, e non quello "precario", le cui attività – negli ultimi due decenni – sono state essenziali per la sopravvivenza del Sistema Sanitario Nazionale. A voler spiegare questa scelta affermando che vi è un vincolo di legge che stabilisce di poter erogare compensi aggiuntivi soltanto al personale dipendente, si perdono

⁸⁷Legge finanziaria 30 dicembre 2018, n. 145, in <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/12/31/18G00172/sg>

diverse opportunità, come quella di attribuire alla Scheda di valutazione la possibilità di essere un mezzo per dare punteggio ulteriore ad un candidato in sede di concorso d'esame o di selezione pubblica; nonché iniziare a creare nel collaboratore la cultura della valutazione (intesa anche nel suo significato più ampio, della "autovalutazione") e dei suoi benefici;

- aver prestato servizio presso l'ente per un periodo non superiore ad un mese; è chiaro che si tratta di un termine troppo breve per valutare tutti gli aspetti indicati in una Scheda e quindi ricevere un punteggio che possa attribuire un compenso aggiuntivo;

- avere ottenuto il congedo o un permesso per malattia ed averne usufruito continuativamente per un anno.

Vi sono anche delle ipotesi in cui la valutazione stessa presenta confini incerti. Mi riferisco al caso in cui un soggetto, titolare di una posizione organizzativa o di una funzione, rinunci al mandato o alla funzione in corso d'anno. Tale episodio potrebbe determinare incertezza nel valutatore che potrebbe essere indotto a dare un punteggio negativo, conseguente alle difficoltà organizzative determinate a seguito di questa scelta improvvisa, o, al contrario, dare una valutazione molto positiva senza tener conto che la rinuncia avrebbe potuto avere delle ripercussioni negative sull'organizzazione. Per contenere i margini della zona grigia, anzitutto, si potrebbe stabilire la regola che la posizione organizzativa non possa essere oggetto di rinuncia in corso d'anno, così anche, in forma di autotutela preventiva, potrebbe essere individuato, all'atto di attribuzione dell'incarico, un sostituto, al fine di garantire la continuità delle attività (ad es. in caso di assenza prolungata per grave malattia). Ciononostante sul piano della valutazione dovrebbero essere adottati degli accorgimenti affinché il valutatore non sia condizionato dalla rinuncia nel momento della valutazione, ad esempio inserendo nella Scheda un'Area specifica di valutazione soltanto per coloro che ricoprono posizioni/incarichi di tal genere.

6. Gli errori di valutazione più frequenti

Nell'attività di valutazione è facile incorrere in una serie di errori che rischiano di compromettere la correttezza della valutazione. I più frequenti sono stati raccolti e classificati dal personale del Servizio Programmazione e Controllo dell'Università degli Studi di Ferrara e presentati durante il corso di formazione per valutatori, il cui contenuto dell'edizione dell'anno 2017 può essere scaricato dal sito internet istituzionale⁸⁸.

L'errore di memoria è il caso più frequente. La maggior parte di noi tende a ricordare meglio i fatti più recenti e a dimenticare quelli più lontani nel tempo, conservandone una traccia confusa; inoltre, taluno è incline a ricordare meglio gli episodi positivi, altri quelli negativi. Uno strumento utile a

⁸⁸Università degli Studi di Ferrara, estratto dal *Corso di formazione per la valutazione della performance individuale - sessione per valutatori*, Servizio Programmazione e Controllo, 2017, in <https://slideplayer.it/slide/13826519/>

ridurre i rischi connessi a dimenticanze è il verbale del colloquio intermedio, momento di confronto che cade verso la metà dell'anno di valutazione, ove il valutatore utilizza gli stessi ITEM dell'anno precedente, ottenendo una serie di elementi sui quali potrà fondarsi, molti mesi più tardi, un giudizio globale sulla performance di quel periodo di servizio.

Un'altra ipotesi frequente è *l'errore di contrasto*. Con questa espressione si fa riferimento al caso in cui il valutatore esprima la valutazione adottando quale indice di confronto l'impegno dimostrato dai colleghi della stessa struttura. Sembra inevitabile questo rischio, sia perché l'individuo è pur sempre una unità parte di un gruppo, sia perché il legislatore chiede espressamente la differenziazione nei punteggi di valutazione (d.lgs. 150 del 2009). Il valutato deve essere consapevole di questi fattori, pertanto non potrà pretendere una valutazione uguale agli altri, nonostante il rischio di vivere un insuccesso, così come colui che compie il proprio lavoro diligentemente secondo le attese dell'organizzazione avrà diritto a ricevere una valutazione eccellente anche se inserito in un gruppo dal rendimento mediocre.

Ancora, si può incorrere *nell'errore di somiglianza/dissomiglianza*, allorché, discostandosi dai criteri di valutazione prestabiliti e oggettivi, si tende a formulare il punteggio dei singoli ITEM prendendo a misura il proprio comportamento. Ad esempio, il valutatore partecipa a 10 incontri di formazione all'anno, il valutato soltanto a due. Viene espresso un giudizio molto negativo perché si assume uno standard di modello molto elevato. In questo caso, il parametro di riferimento corretto potrebbe essere individuato considerando diversi fattori, ad esempio il numero di eventi formativi proposti e raggiungibili agevolmente dal lavoratore, il numero di eventi ai quali i suoi colleghi hanno partecipato, la condizione personale-familiare del lavoratore, etc.

Molto vicino nel suo significato è *l'errore di influenza*, che si può presentare in due forme. La prima è quella in cui il valutatore tende ad esprimere un punteggio più elevato a coloro che, ad esempio, presentano un percorso accademico o professionale simile al suo (piuttosto che lo stesso titolo di studio, lo stesso credo religioso, la stessa provenienza geografica, la stessa etnia, etc.) ritenendo che, per queste caratteristiche, essi siano più meritevoli. La seconda forma è quella in cui il valutatore utilizza come punto di riferimento i punteggi espressi negli stessi ITEM negli anni precedenti o, persino, da un altro valutatore che fino all'anno precedente esprimeva il suo giudizio sullo stesso lavoratore: se il confronto con la valutazione resa negli anni precedenti è importante per non dare valutazioni eccessivamente diverse, altrettanto vero è che il valutatore deve prima di tutto fondarsi sugli elementi che egli stesso ha raccolto per la valutazione e sulla propria scala di giudizio⁸⁹.

Quasi a confondersi con il precedente, è il caso dell'*errore generato dal c.d. effetto alone*, quando il

⁸⁹Da non confondere con l'ipotesi in cui la valutazione sia stata influenzata da un fatto o da un atto corruttivo. In tal caso non si può parlare di errore di valutazione, bensì di un comportamento illecito conseguente ad un reato ("Corruzione", art. 318 cod. penale). Per conoscere del legame tra lo studio dei sistemi di misurazione della performance e quello dell'anticorruzione si rinvia al saggio *L'integrazione tra prevenzione della corruzione e performance* di M. BRUNELLO in questa pubblicazione.

giudizio venga espresso sulla base dei descrittori standard ed esprimendo un giudizio anche su elementi del profilo del valutato che non dovrebbero essere determinanti. Si pensi al caso in cui un dirigente disponga, all'interno del personale di cui è responsabile, di un dirigente più anziano che abbia rinunciato ad una posizione organizzativa precedentemente ricoperta, ma la reputazione di questi è così elevata da poter gettare in ombra l'operato del suo successore. Tale situazione potrebbe indurre a dare una valutazione inferiore a quanto meritato per non dare al valutato una eccessiva soddisfazione dei suoi meriti, che potrebbe portare all'insorgere di conflitti tra soggetti posti in posizioni diverse.

Ed infine, *l'errore di tendenza mediana*, che consiste nell'uniformare le valutazioni, preoccupandosi che il giudizio possa creare malumori o rancori nel personale, che si può trasformare anche in un *errore di generosità*, quando viene attribuito un punteggio superiore all'effettivo rendimento, con l'intento di accattivarsi la disponibilità del personale. Anche questi errori determinano, in altro senso rispetto a quanto già detto, la violazione dell'obbligo di differenziazione: attribuendo a tutti il punteggio massimo (100) o mantenendo le valutazioni all'interno di una sola fascia di valori, gli effetti sono quelli di non dare la giusta evidenza a coloro che ottengono i migliori risultati sul campo e di non stimolare il personale a migliorare il proprio rendimento professionale, esprimendo di fatto una sfiducia verso il sistema di valutazione della performance.

7. Le tre regole fondamentali per comprendere la valutazione

Talvolta può emergere, soprattutto in sede di conciliazione, che, nell'appena concluso colloquio per l'esibizione della Scheda di valutazione finale, il valutato non dimostri di aver compreso il significato di quell'incontro o non abbia dato alcun apporto significativo al dialogo. Affinché tutti i dipendenti acquisiscano una maggiore consapevolezza delle regole, dei ruoli, del significato e delle potenzialità di questo strumento, è bene che la Struttura incaricata della gestione del processo della performance richiami annualmente quali sono i principi e i criteri su cui si basa il sistema di valutazione adottato⁹⁰. L'Istituto Superiore per la Protezione e la Ricerca Ambientale ha pubblicato un manuale metodologico-operativo all'interno del quale offre a coloro che ricoprono l'incarico di valutatori una serie di definizioni da tenere a mente durante la valutazione; a mio parere, esse valgono ancor di più per i destinatari della valutazione, che devono imparare a cogliere le occasioni di incontro per crescere professionalmente e per far crescere la qualità dei propri risultati⁹¹.

Il colloquio è occasione di confronto e crescita. Alcuni ritengono che il momento della consegna della Scheda di valutazione per la sottoscrizione non sia nient'altro che una formalità, in quanto non vi

⁹⁰Lo strumento suggerito è la Scheda di percezione della valutazione, descritta al par. 8 del presente elaborato.

⁹¹ISPRA, *Valutazione della prestazione individuale dei Responsabili di Strutture di livello dirigenziale*, elaborazione a cura del Servizio Dir Val, 2011, in

http://www.isprambiente.gov.it/files/trasparenza/copy_of_Disposizione_1064_DG_Manuale_operativo_valutazione_in_dividuale_responsabili_di_struttura__Firmato.pdf

potrà mai essere un confronto leale tra le parti, sia perché esse non sono mai in un rapporto alla pari, sia perché la remunerazione dei risultati è frutto di un calcolo matematico, pertanto le pretese di riconoscimento per aumentare il suo punteggio sono fondamentali per ottenere qualcosa in più.

Il difetto del sistema è inevitabile, tuttavia sempre il colloquio deve essere considerato come una fase molto importante per comunicare al proprio responsabile le proprie aspettative, per ascoltare quali sono le sue richieste, le attese rispetto ai bisogni del Servizio. È dunque un momento elevato che richiede un tempo adeguato e riservato al dialogo, limitando il più possibile le interruzioni e le interferenze con altre attività.

La valutazione media non è sinonimo di rendimento mediocre. Si è portati a pensare che medio sia sinonimo di mediocre, invece tra i due termini esiste una profonda differenza: il mediocre non apporta nessun contributo all'organizzazione, il medio invece svolge adeguatamente i propri compiti. Confondere le due categorie comporta una distorsione nelle valutazioni che porta ad un senso di insoddisfazione e spesso a credere di essere stati sottovalutati. A ben vedere, invece, in una grande organizzazione, la prestazione più importante e significativa è quella che, in fase di valutazione, ottiene un punteggio sui livelli intermedi della scala. Non sono, infatti, i pochi eccellenti a fare una buona organizzazione, bensì una maggioranza di persone nella media, capaci e con una professionalità adeguata al proprio compito.

Confondere la valutazione con il punteggio. Un errore comune è quello di ricondurre la valutazione all'esito quantitativo del punteggio. In altre parole, se c'è una scala da 1 a 100 suddivisa in fasce di giudizio, l'errore sta nel considerare esclusivamente il numero e non il giudizio correlato. La valutazione è l'insieme delle considerazioni in merito alla prestazione di un collaboratore, sulla base di informazioni di diverso tipo. Il punteggio è la semplificazione numerica di tali considerazioni, che consente di quantificare e rendere più fruibile la valutazione ai fini retributivi. La valutazione fa riferimento, quindi, più al giudizio qualitativo che al punteggio attribuito: se il valutato non ha chiara questa distinzione, egli non potrà mai sentirsi correttamente "retribuito" per il lavoro che offre perché probabilmente penserà di aver sempre agito come o persino meglio rispetto agli altri.

8. Strumenti e tecniche di autovalutazione

F

inora abbiamo appreso che: 1. secondo i principi ispiratori della filosofia di W.E. Deming, ciò che non produce abbastanza deve essere corretto attraverso iniziative atte a favorire la crescita del grado di efficienza del sistema; 2. sulla base dell'ampia casistica riportata di errori possibili nella valutazione, appare inappropriato considerare soltanto "anomale" le numerose situazioni che può incontrare il valutatore nella fase della compilazione della Scheda, rappresentando piuttosto incertezze che danno luogo a inesattezze nel procedere; 3. da una conoscenza carente o parziale delle regole e dei meccanismi insiti in questo processo possono derivare, in assenza di uno spazio di incontro adeguato,

reazioni negative che potevano essere evitate o ridotte.

Nella parte conclusiva di questo elaborato, pertanto, il focus sarà rivolto al feedback che si può ricevere da un colloquio di valutazione (finale o intermedia) e agli strumenti concreti che potrebbero essere adottati per migliorare la capacità di autovalutazione, elemento – lo ribadiamo – indispensabile per l'efficacia del sistema.

Lo strumento più interessante è la *Scheda di autovalutazione* (all. 1), frequentemente prevista nei Regolamenti sulla gestione della performance di molti enti di Pubblica Amministrazione, ma raramente adottata. È compito della Struttura incaricata della gestione del processo di valutazione della performance trasmettere a tutto il personale dipendente copia del suddetto modello, contestualmente all'avviso che la fase finale di valutazione è iniziata, invitando così il personale a soffermarsi a riflettere sul proprio rendimento. Dunque, l'autovalutazione va di pari passo con la valutazione.

Ai fini della descrizione degli obiettivi minimi individuali, prima della trasmissione della Scheda per la valutazione, la Struttura incaricata dovrebbe trasmettere il modello di autovalutazione al valutatore, invitandolo ad inserirvi gli obiettivi del valutato, affinché questi possa poi utilizzarla misurandosi con quanto effettivamente richiesto.

Il corpo centrale della Scheda presenta le Aree di valutazione e chiede altresì di descrivere le attività e i comportamenti adottati con riferimento alle stesse Aree e, in un secondo momento, di esprimere un giudizio dando un valore (sempre da 1 a 10) al proprio impegno. Nell'ultima parte si chiede, invece, di indicare le azioni intraprese a seguito dell'eventuale colloquio intermedio.

Un altro strumento che può essere utile soprattutto all'ufficio di gestione del ciclo di gestione della performance è la *Scheda di percezione della valutazione* (all. 2), di natura ibrida perché rappresenta una sintesi tra una *nota informativa* e una *scheda di valutazione*, la cui riconsegna non è obbligatoria, costituendo così uno strumento per la riflessione del lavoratore fine a se stessa.

Affinché possa dimostrare la sua efficacia, questa Scheda dovrebbe essere consegnata nel periodo immediatamente successivo alla definizione degli obiettivi annuali e precedente alla valutazione finale, ad esempio al termine del colloquio intermedio che, come sappiamo, rappresenta soltanto un momento di incontro tra il valutatore e il valutato e non si conclude con l'attribuzione di un punteggio vero e proprio, bensì soltanto con la raccolta di dati e considerazioni che potranno essere utili nella valutazione di fine anno.

Per quanto attiene alla sua struttura, la prima parte è precompilata dal personale della Struttura incaricata della gestione del processo di valutazione e ha una funzione esclusivamente informativa: è utile per rimarcare quali sono i principi fondamentali sui quali si basa la valutazione e include una descrizione approfondita del significato dei singoli ITEM. In questa parte potrà essere dato spazio

alla presentazione dei criteri di ripartizione delle quote, a garanzia della trasparenza⁹² dei meccanismi sui quali si regge il sistema⁹³. Occorre far chiarezza su questo aspetto, perché si potrebbe credere che un punteggio di poco inferiore potrebbe determinare una differenza considerevole nell'entità della remunerazione, mentre le regole potrebbero essere state costruite in modo da non creare differenziazioni economiche significative oppure potrebbero essere legate ad altri fattori, strettamente individuali, quali il numero di giorni di assenza (in senso negativo) o il numero di giorni in pronta disponibilità (in senso positivo).

La seconda parte lascia spazio al singolo per compiere un'analisi personale dell'impegno reso fino ad allora, per esempio attraverso una serie di domande a risposta multipla, rappresentando uno strumento di ascolto verso i lavoratori e al contempo di indagine conoscitiva. Organizzando una serie di punti di raccolta delle Schede in forma anonima, si potrà disporre di un ulteriore strumento per ascoltare le esigenze dei lavoratori per singoli servizi, misurare il grado di soddisfazione nel lavoro e il grado di autocritica, nonché il desiderio di partecipare a questi percorsi di responsabilizzazione e di partecipazione. La riconsegna dovrebbe essere considerata un adempimento facoltativo, anche perché i risultati potrebbero essere oggetto di una indagine statistica interna e di pubblicazione.

Ancora, un terzo strumento che potrebbe rivelarsi efficace sia per il valutato sia per la Commissione di conciliazione in sede di eventuale ricorso è la *Scheda dei comportamenti attuati e dei risultati raggiunti* (all. 3).

Anch'essa deve essere consegnata al termine del colloquio intermedio e conservata dal dipendente come una sorta di diario in cui annotare le azioni che ha intrapreso e i risultati che ritiene aver raggiunto. La Scheda compilata potrà essere riconsegnata alla Struttura incaricata per la gestione della performance, che non dovrà portarla a conoscenza del valutatore. Potrà esserne richiesta l'esibizione, invece, dalla Commissione incaricata per la conciliazione in sede di eventuale ricorso, per avere più elementi sui quali poter formare la decisione che costituisce l'esito del procedimento. Ne consegue che è interesse del lavoratore utilizzare questa Scheda nel modo più appropriato in vista di una successiva eventuale contestazione. La Commissione di conciliazione potrà valutare di escluderne l'utilizzo nel caso sospetti che vi sia stato un uso distorto dello strumento da parte del suo autore (ad es. quando vi siano descrizioni eccessivamente minuziose che evidenziano che il ricorso era

⁹²Con riferimento a questo tema, per rimarcare il valore che assume la trasparenza, anche nella sua nuova connotazione di principio garante della veridicità, della completezza ed esaustività delle informazioni contenute nei documenti pubblicati dalle pubbliche amministrazioni o comunque da esse prodotti, anche ad uso interno, si rinvia al par. 3 del saggio *L'integrazione tra prevenzione della corruzione e performance*, di M. BRUNELLO in questa pubblicazione.

⁹³D.lgs. 27 ottobre 2009, art. 11, comma 1 "La trasparenza è intesa come accessibilità totale, anche attraverso lo strumento della pubblicazione sui siti istituzionali delle amministrazioni pubbliche, delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione svolta dagli organi competenti, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità. Essa costituisce livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione".

premeditato).

9. Conclusioni

I

Il decreto legislativo 150/2009 e le sue successive modifiche hanno posto nuove regole per rendere l'organizzazione della Pubblica Amministrazione più efficiente, con l'obiettivo di ottimizzare la produttività del lavoro pubblico, garantire l'efficienza e la trasparenza dell'azione degli enti pubblici, assicurare un maggior controllo della prestazione lavorativa. A seguito della sua entrata in vigore, ci si è resi conto che i sistemi di misurazione della valutazione della performance servono altresì “ad orientare le performance individuali in funzione di quella organizzativa attesa e quest'ultima in funzione della creazione di valore pubblico”⁹⁴.

Non è più condivisibile la tesi, fino a qualche anno fa indiscussa, secondo la quale, “posto che il Sistema Sanitario Nazionale è in una posizione privilegiata di non concorrenza nell'offerta di prestazioni sanitarie, le sue inefficienze sono da considerare una conseguenza naturale e prevedibile, poiché i sistemi di valorizzazione del merito si possono affermare solo laddove esiste una effettiva pressione sui risultati, con la conseguenza che laddove non c'è concorrenza manca la spinta a migliorare i risultati, e dunque non c'è interesse al miglioramento”⁹⁵. Al contrario, da alcuni anni, l'obiettivo di contenere la spesa pubblica ha provocato una progressiva diminuzione della quantità di prestazioni erogate a spese dello Stato, specialmente quelle di carattere ambulatoriale, con il conseguente aumento dell'offerta del settore privato che ha costretto le strutture sanitarie pubbliche a confrontarsi, soprattutto in termini di qualità, con il mercato.

L'applicazione dei principi sottesi al ciclo di gestione della performance all'interno delle strutture sanitarie era già stata sperimentata in altri Paesi d'oltreoceano, seppur in un ambito diverso, prima dell'entrata in vigore del 2009, riscuotendo successi⁹⁶. Quale esempio possiamo citare il programma “*Continuous Performance Improvement*” (C.P.I.) del Seattle Children's Hospital che mirava a coinvolgere tutto il personale sanitario nel valutare l'appropriatezza delle procedure tecniche adottate nei reparti con l'obiettivo di aumentare il livello di sicurezza dei pazienti, prevenire il maggior numero di incidenti classificando i casi di rischio clinico e adottando le opportune misure.

Con questa riforma il legislatore italiano sembra aver recepito che per aumentare il livello di efficienza della Pubblica Amministrazione è necessario un cambio culturale⁹⁷. L'auspicio è che

⁹⁴R. SANTONICOLA, *Novità legislative riguardanti il ciclo della misurazione e la valutazione della performance*, 25 aprile 2018, in www.iusinitinere.it.

⁹⁵G. VALOTTI, rinvio nota n. 2.

⁹⁶J. WEED, *Factory Efficiency Comes to the Hospital*, New York Times, Business Day, luglio 2010.

⁹⁷Parere n. 1577 del 2014, Consiglio di Stato, Adunanza della Commissione speciale dell'11 aprile 2017, n. affare 00421/2017. I giudici del Consiglio di Stato hanno riconosciuto che “per migliorare il funzionamento della Pubblica

sempre più gli enti pubblici, sin dalla fase della programmazione⁹⁸, prevedano l'adozione di strumenti e forme di valutazione/autovalutazione idonei a favorire la massima partecipazione nell'ottica del continuo miglioramento della qualità e dell'efficienza del servizio pubblico.

Amministrazione è necessario un vero e proprio cambiamento culturale, all'interno e anche all'esterno dell'amministrazione: si dovrebbe altresì prevedere un'estesa e qualificata serie di interventi a favore dei dipendenti delle Amministrazioni Pubbliche, non solo di formazione tecnica sugli strumenti disponibili, ma anche di orientamento degli atteggiamenti professionali, per conseguire una diffusione e una condivisione dei valori e dei meccanismi della performance".

⁹⁸F. BASSANINI, *Indirizzo politico, imparzialità della P.A. e autonomia della dirigenza. Principi costituzionali e disciplina legislativa*, in *Nuova Rassegna*, 2008, n. 21/22, pp. 2257-2270. Così anche, A. FIORITTO, *La funzione di indirizzo politico-amministrativo*, in F. CARINCI, M. D'ANTONA (a cura di), *Il lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche*, II ed., Milano, Giuffrè, 2000, 653.

Allegato 1.

Scheda di autovalutazione del rendimento

DATI PROFESSIONALI			
Nome del valutato			
U.O.		Profilo professionale	
Qualifica		Incarico	
Periodo di valutazione			
Struttura		Data di consegna	
OBIETTIVI INDIVIDUALI			
<i>Completamento a cura del Responsabile della valutazione</i>			
SPAZIO PER L'AUTOVALUTAZIONE			
Area di autovalutazione	Descrizione	Punteggio	
Area della diligenza	<i>Precisione, accuratezza nell'attività</i>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Area della collaborazione		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Area della qualità		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Area della comunicazione		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Area della formazione		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
AZIONI DI MIGLIORAMENTO			
<i>Descrivere le azioni di miglioramento intraprese dopo il colloquio intermedio</i>			

Scheda di percezione della valutazione

DATI PROFESSIONALI			
Nome del valutato			
U.O.		Profilo professionale	
Struttura		Data di consegna	
PRINCIPI FONDAMENTALI DELLA VALUTAZIONE			
<i>Completamento a cura della Struttura responsabile della gestione del processo</i>			
SPAZIO PER L'AUTOVALUTAZIONE			
Aree di autovalutazione	<i>Esempi di quesito</i>		Risposte
Area della diligenza			<input type="checkbox"/> Sì, sempre <input type="checkbox"/> Sì, talvolta <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> No, mai
Area della collaborazione	<i>A tuo parere, sei stato in grado di collaborare nel migliorare il livello di qualità nell'offerta dei servizi?</i>		
Area della qualità			
Area della comunicazione			
Area della formazione			
AZIONI DI MIGLIORAMENTO			
<i>Descrivere le azioni di miglioramento intraprese dopo il colloquio intermedio</i>			

Scheda dei comportamenti attuati e dei risultati raggiunti

Servizio: _____

Dati del valutato

Nome: _____ Cognome: _____

Categoria: ____ Area funzionale: _____

Dati del valutatore (Responsabile macrostruttura)

Nome: _____ Cognome: _____

Descrizione dell'/degli obiettivo/i individuale/i comunicato/i in sede di colloquio intermedio

1. _____

2. _____

3. _____

Azioni previste per il primo obiettivo

Azioni previste per il secondo obiettivo

Azioni previste per il terzo obiettivo

Risultati raggiunti

Bibliografia e Sitografia

- A. FIORITTO, *La funzione di indirizzo politico-amministrativo*, in F. CARINCI, M. D'ANTONA (a cura di), *Il lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche*, II ed., Milano, Giuffrè, 2000;
- A. GALGANO, *I sette strumenti della qualità totale*, Milano, Il sole 24 ore Libri, 1992;
- A. PAYARO, *Lean Management, Cose mai dette*, Bologna, Esculapio, 2017;
- E. GRAGNOLI, *La valutazione del personale, gli organi preposti alla valutazione e le rispettive competenze*, relazione al Convegno su “Il ciclo di gestione della performance: disciplina e modalità di attuazione. – Le nuove regole del pubblico impiego”, Roma, 21-23 ottobre 2009;
- F. BASSANINI, *Indirizzo politico, imparzialità della P.A. e autonomia della dirigenza. Principi costituzionali e disciplina legislativa*, in *Nuova Rassegna*, 2008, n. 21/22;
- F. BUTERA, in occasione della Audizione in 1^a Commissione Affari Costituzionali del Senato il di 10 settembre 2008 per la discussione dei disegni di legge n. 847 e 746, scaricabile nella sezione *Documenti acquisiti in Commissione*, all'indirizzo web del sito del Senato della Repubblica http://leg16.senato.it/leg/16/BGT/Schede/Ddliter/documenti/31858_documenti.html;
- F. GAGLIARDUCCI, A. TARDIOLA, *Verifica dei risultati dell'azione amministrativa e valutazione dei dirigenti: profili strutturali, funzionali e retributivi*, in ASTRID, *L'amministrazione come professione. I dirigenti pubblici tra spoils system e servizio ai cittadini*, G. D'ALESSIO (a cura di), Bologna, Il Mulino, 2008;
- G. D'ALESSIO, in occasione della Audizione in 1^a Commissione Affari Costituzionali del Senato il di 10 settembre 2008 per la discussione dei disegni di legge n. 847 e 746, scaricabile nella sezione *Documenti acquisiti in Commissione*, all'indirizzo web del sito del Senato della Repubblica http://leg16.senato.it/leg/16/BGT/Schede/Ddliter/documenti/31858_documenti.htm;
- G. VALOTTI, in occasione della Audizione in 1^a Commissione Affari Costituzionali del Senato il di 10 settembre 2008 per la discussione dei disegni di legge n. 847 e 746, scaricabile nella sezione *Documenti acquisiti in Commissione*, all'indirizzo web del sito del Senato della Repubblica http://leg16.senato.it/leg/16/BGT/Schede/Ddliter/documenti/31858_documenti.htm;
- I. MASAACKI, *Kaizen: lo spirito giapponese del miglioramento*, Milano, Edizioni del Sole 24 Ore, 1986; e *Kaizen: The Key to Japan's Competitive Success*, New York, Random House, 1986;
- ISPRA, *Valutazione della prestazione individuale dei Responsabili di Strutture di livello dirigenziale*, elaborazione a cura del Servizio Dir Val, 2011, in:

http://www.isprambiente.gov.it/files/trasparenza/copy_of_Disposizione_1064_DG_Manuale_operativo_valutazione_individuale_responsabili_di_struttura_Firmato.pdf;

J. WEED, *Factory Efficiency Comes to the Hospital*, New York Times, Business Day, luglio 2010;

K. ISHIKAWA, *Guida al controllo della qualità*, Milano, Franco Angeli editore, 1988;

L. ZOPPOLI, in occasione della Audizione in 1^a Commissione Affari Costituzionali del Senato il di 10 settembre 2008 per la discussione dei disegni di legge n. 847 e 746, scaricabile nella sezione Documenti acquisiti in Commissione, all'indirizzo web del sito del Senato della Repubblica http://leg16.senato.it/leg/16/BGT/Schede/Ddliter/documenti/31858_documenti.htm;

R. SANTONICOLA, *Novità legislative riguardanti il ciclo della misurazione e la valutazione della performance*, 25 aprile 2018, in www.iusinitinere.it;

T. OHNO, *Lo spirito Toyota. Il modello giapponese della qualità totale. E il suo prezzo*, Torino, Piccola Biblioteca Einaudi, 2004;

Università degli Studi di Ferrara, estratto dal *Corso di formazione per la valutazione della performance individuale - sessione per valutatori*, Servizio Programmazione e Controllo, 2017, in <https://slideplayer.it/slide/13826519/>;

Università degli Studi di Cagliari, Manuale operativo: *Il sistema di valutazione della performance individuale*, Direzione per il personale - Sviluppo risorse umane, 2016, in <https://trasparenza.unica.it/files/2019/04/Manuale-sistema-di-valutazione-2016.pdf>;

V.D. SCIANCALEPORE, *Le progressioni di carriera ed economiche del pubblico impiego privatizzato nella riforma "Brunetta". La legificazione delle pronunce della Corte Costituzionale*, su: *Amministrativ@mente*, Contributo speciale annesso al n. 12 di dicembre 2009, contenente il Commento al d.lgs. n. 27 ottobre 2009, n. 150;

V. TALAMO, *Le carriere collettive contrattate dei dipendenti pubblici: criticità e prospettive*, in *Il lavoro nelle pubbliche amministrazioni*, 2004;

W.E. DEMING, *Trasformazione of western style of management*, in *Interfaces*, 1985; e *The essential Deming: Leadership Principles from the father of quality*, New York, McGraw-Hill Education, 2012.

Parte II

Le Carte dei servizi quali strumenti di partecipazione per diminuire i disservizi nella sanità

di

Isabella Di Giovanna, Federica Camurri, Laura Tamagnini

A cura di

Anna Cicchetti

Il volume analizza l'evoluzione dello strumento delle carte dei servizi nella sanità pubblica e privata, muovendo dall'inquadramento della nozione di servizio pubblico in ambito comunitario e nazionale, per poi approdare all'analisi del concetto di prestazione in rapporto agli obblighi della struttura sanitaria e ai diritti del malato-utente.

In quest'ottica il concetto di prestazione si dilata senza esaurirsi nella sua aggettivazione e supera i parametri dell'efficienza e dell'efficacia per recuperare un significato anche valoriale, operando una (ri)lettura dell'art. 32 della Costituzione attraverso la lente dell'eguaglianza sostanziale di cui all'art. 3, co. 2, Cost.

Gli autori, analizzando diverse tipologie di carte dei servizi del comparto sanitario, hanno rinvenuto nella partecipazione uno strumento utile per conferire utilità reale ad esse, affinché non restino dei meri elenchi, ma possano diventare momenti stabili di confronto tra le parti e laboratori operosi per dare nuovo slancio alla "doverosità organizzativa" della p.a., al fine di intercettare i bisogni della collettività, fermi i vincoli imposti.

Lo studio fa emergere la necessità che le carte dei servizi, in particolare quelle adottate in ambito sanitario, siano strumenti capaci di corrispondere alle molteplici esigenze del malato e di ripensare il rapporto amministrazione-cittadino-utente, attribuendo da un lato concretezza ai principi di trasparenza e partecipazione e, dall'altro, creando una relazione di fiducia tra le parti che permetta a ciascuna di collaborare con il proprio approccio, apporto e ruolo alla realizzazione di un servizio efficiente ed efficace.

Quanto più partecipato sarà il processo di adozione e revisione delle carte, tanto più le prescrizioni in esse contenute potranno essere percepite come risposte della struttura sanitaria ai bisogni dell'utenza

oltre a divenire strumenti di misurazione dello stato di salute e della qualità del rapporto tra cittadino-malato e soggetto erogatore del servizio sanitario.

Infine, sotto il profilo della struttura sanitaria la procedura di verifica del servizio erogato, predisposto nella carta, diviene un modo per misurare la *performance* delle aziende sanitarie e dei loro *standard* organizzativi nell'espletamento dei servizi, al fine di evitare il prodursi di disservizi o, ove verificatisi, per risolverli attraverso un processo di revisione.

L'opera comprende anche un esame dettagliato di alcuni casi pratici a corroborazione degli aspetti e delle problematiche trattate.

CAPITOLO I

LO STATO COME AUTORITÀ EROGATRICE DI PRESTAZIONI: DA FUNZIONE AMMINISTRATIVA PUBBLICA A SERVIZIO PUBBLICO

Isabella Di Giovanna

SOMMARIO: - **1.** Lo Stato come autorità erogatrice di prestazioni: da funzione amministrativa pubblica a servizio pubblico; - **1.1** Concezione soggettiva di servizio pubblico; - **1.2** Concezione oggettiva di servizio pubblico; - **2.** Servizi pubblici in ambito comunitario; - **3.** Il servizio pubblico e il rapporto con gli utenti; - **3.1** L'utente/cliente nel SSN; - **4.** Conclusioni.

1. Lo Stato come autorità erogatrice di prestazioni: da funzione amministrativa pubblica a servizio pubblico

Come afferma⁹⁹ la più autorevole dottrina italiana, la nozione di pubblico¹⁰⁰ servizio è senza dubbio “tra quelle più tormentate” nell’ambito del diritto amministrativo.

Consistenti incertezze emergono soprattutto sul concetto di servizio pubblico vista la non netta demarcazione che permetta di affermare quali siano le attività che possano in esso essere comprese e quali invece facciano capo ad altri ambiti della funzione pubblica, tant’è che il dibattito sull’individuazione del più valido criterio in base al quale ricostruire gli elementi strutturali della nozione di servizio pubblico rimane irrisolto vista anche la complessa e diversificata nonché crescente ed eterogenea natura dei bisogni che la Pubblica Amministrazione è chiamata a soddisfare nel rispetto delle modalità di organizzazione e gestione.

Così spesso la nozione di servizio pubblico ed i suoi elementi costitutivi sono stati tratti “in negativo”

⁹⁹ In tal senso v. M.S. GIANNINI, *Il pubblico potere. Stato e amministrazioni pubbliche*, Bologna, 1986, p. 69 ss.

¹⁰⁰ U. POTOTSCHNIG, *I pubblici servizi*, Padova, 1964, p. 179. Si vedano anche: F. BENVENUTI, *Appunti di diritto amministrativo*, I, Padova, 1959, IV ed., p. 202; U. REDANÒ, voce *Servizio pubblico*, in *Nuovo Digesto ital.*, 1940, XII, p. 231 ss.; A. TROCCOLI, voce *Municipalizzazione dei pubblici servizi*, in *Nuoviss. Dig. ital.*, 1957, X, p. 988 ss.; F. MERUSI, voce *Servizio pubblico*, in *Nuoviss. Dig. ital.*, 1970, XVII, p. 215 ss.; G. BOZZI, voce *Municipalizzazione dei pubblici servizi*, in *Encicl. Dir.*, 1977, XXVII, p. 363 ss.; S. CATTANEO, voce *Servizi pubblici*, in *Encicl. Dir.*, XLII, 1990, p. 355 ss.; P. CIRIELLO, voce *Servizi pubblici*, in *Enc. giur.*, 1990, XXVIII, p. 1 ss.

dal concetto di funzione pubblica¹⁰¹. Così per ricostruire l'evoluzione teorica appare necessario prendere spunto da un'indagine sui tratti caratterizzanti questa dualità. Principalmente questa distinzione discendeva dall'ormai valicato dogma di matrice tedesca della sovranità dello Stato-persona¹⁰² inteso come detentore esclusivo del pubblico potere e perciò quale principio e al contempo finalità dell'agire amministrativo. Di conseguenza la funzione pubblica veniva considerata come un'attività avente per oggetto la cura del pubblico interesse, ovvero “quell'attività dello Stato nell'esercizio della quale esso provvede, nei casi concreti, al raggiungimento degli scopi dello Stato stesso¹⁰³” e per mezzo di strumenti a carattere prevalentemente pubblicistico¹⁰⁴.

Si ravvisava sia sotto il profilo soggettivo che sotto quello oggettivo la distinzione della funzione amministrativa da quella normativa: dal punto di vista soggettivo, perché veniva esercitata da un soggetto pubblico dotato *ex lege* di un potere autoritativo; dal punto di vista oggettivo, invece, perché si realizzava con atti strettamente correlati alla legge da un rapporto di strumentalità, in quanto funzionali ad eseguire e rendere operative norme giuridiche. Tale nesso che identificava attività normativa e amministrativa nell'ambito della funzione pubblica rendeva possibile inquadrare l'attività amministrativa come potestà imperativa dello Stato. Infatti per il suo concreto atteggiarsi si poneva come una funzione “esecutiva” dello stesso. Secondo tale impostazione e in virtù della dicotomia tra diritto pubblico e diritto privato si riteneva opportuno che l'operatività del diritto amministrativo e dell'attività della Pubblica Amministrazione dovesse limitarsi alla tutela e alla garanzia del diritto e dell'ordine sociale, pertanto ne conseguiva l'impensabile intervento da parte di essa nella regolamentazione del mercato dei privati o per svolgere in maniera diretta attività materiali di rilevanza economica e imprenditoriale¹⁰⁵. Dunque conformemente ai principi liberisti si era ritenuto lasciare all'iniziativa economica privata lo sviluppo delle infrastrutture e la gestione dei servizi pubblici, con eccezione relativamente ad alcuni casi per lo più giustificati da ragioni prevalentemente attinenti allo svolgimento della funzione pubblica, ad esempio nell'ipotesi dei servizi pubblici gestiti da enti territoriali.

Successivamente all'idea di Stato, inteso come istituzione salda e unitaria, titolare esclusivamente di pubblici poteri da mettere in atto con imperatività, si è gradualmente sostituita una teoria interpretativa di tipo dualista, intravedendo nella Pubblica Amministrazione una “doppia personalità”: una di carattere tradizionalmente pubblicistico, caratterizzata dall'agire autoritativo,

¹⁰¹ Vedi M. D'ALBERTI, *Lo Stato e l'economia in Giannini*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 2000, 4, p. 1087

¹⁰² S. CASSESE, *I servizi pubblici locali nel mezzogiorno*, Roma, 1969, p. 8.

¹⁰³ F. CAMMEO, *Corso di diritto amministrativo*, Padova, 1960, p. 13.

¹⁰⁴ Vedi E. ORLANDO, *Introduzione al diritto amministrativo*, in *Primo trattato completo di diritto amministrativo italiano*, Milano, 1897, I, p. 28. Per approfondimento analitico si vedano anche: W. JELLINEK, *La dottrina generale del diritto e dello Stato* (trad. it.), Milano, 1949; O. RANELLETTI, *Principi di diritto amministrativo*, Napoli, 1912, p. 267; S. ROMANO, *Prime pagine di un manuale di diritto amministrativo*, in *Scritti minori*, II, Milano, 1950, p. 362 ss.; G. ZANOBINI, voce *Amministrazione pubblica*, in *Enc. dir.*, II, Milano, 1958, p. 235.

¹⁰⁵ B. BOSCHETTI, *Diritti e rapporti nell'amministrazione per servizi*, Padova, 2008, p. 23 ss.

l'altra invece di carattere più strettamente sociale, diretta all'erogazione di servizi alla collettività¹⁰⁶. A seguito della nuova impostazione, sul piano dei rapporti tra interessi sociali e interessi pubblici, nonché sulla problematica connotazione pubblicistica relativa alle attività di produzione di beni e servizi resi in favore dei cittadini, l'ambito di operatività della sfera pubblica venne esteso oltre i confini in cui essa fino ad allora era stata comunemente intesa¹⁰⁷.

Dunque, all'essenzialità della funzione pubblica si affiancava l'utilità del pubblico servizio¹⁰⁸, volto a garantire offerta al pubblico per il soddisfacimento di "bisogni di carattere generale"¹⁰⁹, nella misura in cui tale soddisfacimento rispondesse ad interessi sociali.

Secondo tale distinzione, la funzione pubblica si differenziava per la sua esclusività, cioè per la natura riservata al potere pubblico e caratterizzata dall'esercizio di un potere "proprio" della Pubblica Amministrazione¹¹⁰. Al contrario, invece, l'attività di prestazioni di beni o servizi alla collettività non era riferibile né all'agire autoritativo né riservata al potere pubblico, ma le finalità sociali cui è rivolta e la diffusa prassi della gestione da parte delle Pubbliche Amministrazioni impedivano la semplice collocazione tra le attività di diritto privato. Da ciò ne deriva il primato della funzione pubblica in quanto agire autoritativo strettamente funzionale al soddisfacimento diretto dell'interesse pubblico dello Stato¹¹¹, rispetto al servizio pubblico le cui prestazioni erano rivolte, primariamente, a favore della collettività¹¹².

Dalla distinzione con la funzione pubblica inizia così a prendere forma una più netta demarcazione circa la nozione di pubblico servizio, che si concretizza come insieme di attività materiali svolte in regime di diritto privato, quindi non a carattere autoritativo, la cui qualificazione come attività "pubblica" deriva dall'organizzazione e dalla gestione da parte della Pubblica Amministrazione in relazione alla soddisfazione di esigenze della collettività costituita dai soggetti beneficiari, cioè gli

¹⁰⁶ Vedi L.R. PERFETTI, *Contributo ad una teoria dei pubblici servizi*, Padova, 2001, p. 31.

¹⁰⁷ Per un'analisi approfondita del passaggio al regime di riserva del pubblico servizio si veda G. NAPOLITANO, *Servizi pubblici e rapporti di utenza*, Padova, 2001, p. 77 ss., dove, riguardo l'affermazione del c.d. Stato industriale, si sostiene che "Con l'inizio del novecento si pongono definitivamente le basi dell'intervento pubblico nell'economia e si ribaltano le concezioni dominanti del primo quarantennio di vita unitaria, dirette ad escludere lo Stato dalla produzione di beni e servizi e a confinarlo nell'esercizio delle prerogative sovrane. Il pieno dispiegarsi dell'interventismo statale si associa, allora, a un profondo cambiamento del tessuto economico (...)".

¹⁰⁸ G. MIELE, voce *Funzione pubblica*, in *Noviss. dig. it.*, vol. VII, Torino, 1961, p. 686: "la pubblica funzione consiste in un complesso di attività organizzato per l'esercizio di un potere giuridico pubblicistico dello Stato o di altro ente pubblico (...). Pubblico servizio deve invece ritenersi in tale senso l'istruzione, la sanità, il trasporto ferroviario di persone e cose, perché le attività relative sono ordinate direttamente alla prestazione di utilità, non già all'esercizio di un potere giuridico pubblicistico".

¹⁰⁹ M.S. GIANNINI, *Il pubblico potere. Stato e amministrazioni pubbliche*, Bologna, 1986, p. 70.

¹¹⁰ S. CASSESE, *Le basi del diritto amministrativo*, Milano, 1995, 3, p. 118.

¹¹¹ F. BENVENUTI, *Funzione amministrativa, procedimento, processo*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 1952, p. 134 ss.

¹¹² In tal senso vedi M.S. GIANNINI, *Diritto Amministrativo*, Milano, 1993, II, p. 24; G. SANTANIELLO (a cura di), *Trattato di diritto amministrativo*, I, Padova, 1988, p. 75; S. CATTANEO, *Servizi pubblici*, in *Enc. Dir.*, XLII, Milano, 1990, p. 365.

utenti del servizio pubblico. Tuttavia, la ricostruzione della nozione di servizio pubblico sulla base della distinzione con il concetto di funzione pubblica, frutto di una accezione palesemente soggettiva del servizio pubblico, rischia di essere deviante a causa dell'errore interpretativo di "considerare le questioni concernenti i servizi pubblici come caratterizzate da una sorte di originaria estraneità rispetto al corpo dell'amministrazione pubblica e della sua organizzazione, in relazione alla quale tali settori si porrebbero soltanto come possibili aree di espansione¹¹³". Ed in questo modo, risulta che la nozione di pubblico servizio assume una rilevanza residuale¹¹⁴ e allo stesso tempo rischia di essere compromessa la stessa nozione di Pubblica Amministrazione, poiché essa non è tale per l'utilizzo istituzionale di poteri autoritativi, ma perché essa trova legittimazione del suo agire nella doverosa cura nei confronti degli interessi della collettività.

Con questo tipo di approccio appena preso in considerazione è possibile costruire solo una traccia che permetta di individuare gli elementi essenziali della nozione di servizio pubblico. Infatti, rispetto a tale impostazione, autorevole dottrina¹¹⁵ ha chiarito che "il servizio pubblico si caratterizza per l'offerta al pubblico, ma non sempre (perché può essere destinato solo a categorie (...) particolari); per l'assunzione di un'attività in mano pubblica, ma non sempre (perché pubblico può essere un servizio gestito da privati nei confronti dei quali l'ente pubblico eserciti poteri [solo] conformativi); per il contenuto delle prestazioni, essenziali all'esistenza della collettività (ma non sempre perché prestazioni essenziali continuano ad essere rese da privati). Si caratterizza, infine, per l'assenza di poteri autoritativi: ma non così nettamente da escludere commistioni tra pubblica funzione e pubblico servizio".

Per una attenta e sintetica analisi sull'evoluzione del pubblico servizio nell'ordinamento italiano, dalle origini della relativa elaborazione sino alla più recente messa in rilievo dell'effetto dei principi comunitari, non possiamo prescindere dalla constatazione del fatto che le ricostruzioni dottrinali che hanno inizialmente dominato il dibattito sulla definizione della nozione di servizio pubblico si sono fortemente identificate in un'impostazione soggettivistica, influenzate dalla allora dominante teoria dello Stato che sul piano ordinamentale si manifestava in un marcato sviluppo di strutture con matrice soggettivamente pubblica. Mentre, successivamente, con il superamento della teoria soggettivistica della suddetta nozione, l'attenzione è stata focalizzata su ricostruzioni basate su elementi aventi carattere, decisamente, oggettivo.

1.1 Concezione soggettiva di soggetto pubblico

¹¹³ A. PAJNO, *Servizi pubblici e tutela giurisdizionale*, in *Dir. amm.*, 1995, 4, p. 552.

¹¹⁴ Vedi F. MERUSI, *Servizi pubblici*, in *Novissimo digesto*, XVII, Torino, 1970, p. 218 ss.

¹¹⁵ Con tali termini per sintetizzare la critica di M.S. GIANNINI alla nozione soggettiva di servizio pubblico, G. CORSO, *Le prestazioni pubbliche in Giannini*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 2000, 4, p. 1073.

Dalle prime teorie amministrativistiche si desume come queste distinguevano tra funzione e servizio, indicando con “funzione” l’attività giuridica autoritativa esercitata nell’esercizio di una potestà giuridica e con “servizio” l’attività posta in essere dallo Stato non connotata da carattere sovranista, in settori prevalentemente economici e produttivi¹¹⁶.

In questa prima fase, che si caratterizzava per l’assunzione da parte degli enti locali della gestione diretta di certe attività (tra cui l’assunzione da parte dello Stato dei servizi pubblici), il dibattito sulla nozione del servizio pubblico ha trovato soluzione nella c.d. concezione soggettivista¹¹⁷. Questa teoria poneva le sue radici sull’imputazione dell’attività di un soggetto pubblico¹¹⁸, considerando dunque come elemento qualificante della nozione la gestione e l’assunzione, da parte di un pubblico potere, di una specificata attività produttiva. Ne conseguiva che la pubblicità del servizio veniva ricollegata alla decisione, da parte di un soggetto pubblico, di assumere una determinata attività nella propria sfera di competenze in quanto ritenuta di rilevanza collettiva.

La connotazione soggettivistica della nozione di servizio pubblico ha comportato la definizione dei limiti di un ambito di attività, non connotata da espressione di potestà amministrativa e caratterizzata da prestazioni di utilità materiali rese in favore della collettività, che si differenziava dalla funzione amministrativa in senso tecnico¹¹⁹. Quindi il servizio pubblico si esplicitava nell’esercizio da parte di un pubblico soggetto, per la gestione diretta o indiretta attraverso determinate articolazioni, come ad esempio le aziende autonome o per mezzo di affidamento in concessione, di un’attività imprenditoriale concessa in modo indifferenziato alla collettività.

L’assunzione del servizio, l’organizzazione e la sua predisposizione attribuiscono ad esso il carattere

¹¹⁶A dire il vero le nozioni di funzione amministrativa e di servizio pubblico, seppur designino momenti dell’attività amministrativa distinti e non coincidenti, possono integrarsi tra di loro e combinarsi: infatti, l’esercizio della funzione amministrativa, completamente assente nelle attività economiche svolte dalla Pubblica Amministrazione, si ravvisa nei servizi pubblici soprattutto nei momenti dell’organizzazione e della predisposizione del servizio stesso. In tal senso vedi: U. POTOTSCHNIG, *I servizi pubblici*, Padova, 1964; R. ALESSI, *Le prestazioni amministrative rese ai privati*, Milano, 1956, p. 37 ss.; F. MERUSI, voce *Servizio pubblico*, in *Novissimo Digesto Italiano*, XVII, Torino, 1976, 217; S. CATTANEO, voce *Servizi Pubblici*, in *Enc. Dir.*, XLII, 1990, p. 372.

¹¹⁷ Con questa impostazione, la pubblicità del servizio viene designata dalla assunzione nella propria sfera di competenza di una determinata attività da parte di un soggetto pubblico, in quanto ritenuta di rilevanza collettiva; Vedi G. CAIA, *La disciplina dei servizi pubblici*, in L. MAZZAROLLI, G. PERICU, A. ROMANO, F. ROVERSI MONACO, F.G. COCA (a cura di), *Diritto amministrativo*, III ed., Bologna, 2001, I, p. 946.

¹¹⁸F. MERUSI, voce *Servizio pubblico*, in *Nuov. Dig.*, XVII, 1970, p. 218 ss., per cui i servizi pubblici costituiscono attività materiali svolte dall’Amministrazione senza l’utilizzo di poteri pubblicistici.^[117]

¹¹⁹ Sul punto confronta G. MIELE, *Pubblica funzione e servizio pubblico*, in *Archivio giuridico*, 1933; non è inutile richiamare la tesi dell’imputabilità del servizio pubblico allo Stato (M. NIGRO, *L’edilizia economica come servizio pubblico*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 1957) o la tesi della sostanziale strumentalità o accessorietà di questo rispetto all’esercizio di una funzione pubblica (G. GUARINO, *Pubblico ufficiale e incaricato di pubblico servizio*, in *Scritti di diritto pubblico dell’economia*, vol. II, Milano, 1970, p. 235); ma anche quella della attività meramente esecutiva (A.M. SANDULLI, *Manuale di diritto amministrativo*, Napoli, 1989; G. BERTI, *La pubblica amministrazione*, Padova, 1968, p. 493 ss.). Infine mette conto di ricordare l’opinione per la quale il servizio pubblico non rappresenta una nozione contrapposta a quella di funzione, ma unicamente un momento (dinamico organizzativo) dell’azione pubblica (G. CAIA, *La disciplina dei servizi pubblici*, in *Diritto Amministrativo*, cit., p. 946).

pubblico: infatti, il servizio pubblico si identifica in quell'attività che il soggetto pubblico, per mezzo dei poteri di cui dispone — amministrativi o legislativi — assume nell'ambito dei propri compiti istituzionali in quanto volti a soddisfare esigenze di benessere della collettività e di sviluppo socio-economico della comunità rappresentata¹²⁰.

In un tale contesto, la qualificazione di un servizio pubblico non si faceva più dipendere dal carattere pubblico dell'ente ma piuttosto dalla finalità del servizio, offerto in maniera indifferenziata al pubblico: la pubblicità veniva a radicarsi nella destinazione del servizio, la quale si estrinsecava nella doverosità di provvedere alla cura dei pubblici interessi¹²¹, mentre il rilievo del soggetto pubblico veniva motivato attraverso il riferimento alla finalità che caratterizzava i servizi riconducibili nell'alveo del diritto amministrativo, con l'inquadramento degli stessi nella sfera di competenza dell'Amministrazione Pubblica¹²².

La nozione soggettiva nella sua impostazione tradizionale si conformava perfettamente con i profili dell'ideologia dello Stato liberale, risolvendo almeno in modo apparente, quella *“profonda contraddizione che si manifestava nella proclamazione teorica del principio del non intervento e nella contestuale attuazione, invece, del rilevante ruolo dello Stato nel settore dell'economia”*¹²³

Per giustificare la partecipazione di soggetti privati all'attività di gestione del servizio, che veniva resa possibile attraverso l'istituto della concessione, venne enfatizzata la titolarità del servizio (esclusivamente riservata alla Pubblica Amministrazione) differenziandola dalla gestione dello stesso, poiché quest'ultima, in alternativa all'erogazione diretta da parte dell'ente pubblico, poteva essere conferita ad operatori privati.

Così differenziando la titolarità del servizio dalla gestione, la concezione soggettiva indenticava

¹²⁰ In termini G. CAIA, *La disciplina dei servizi pubblici*, in L. MAZZAROLLI, G. PERICU, A. ROMANO, F. ROVERSI MONACO, F.G. COCA (a cura di), *Diritto amministrativo*, III ed., Bologna, 2001, I, p. 946, cit. ^[17]

¹²¹ V. L. DE LUCIA, *La regolazione amministrativa dei servizi di pubblica utilità*, Torino, 2002, pp. 17-20. Indici normativi sono stati individuati nell'art. 1 R.D. 15 ottobre 1925, n. 2578 che enumera, a titolo esemplificativo, i servizi che possono essere assunti da Comuni e Province, oppure il D.P.R. 29 marzo 1973, n. 156 sui servizi postali e delle telecomunicazioni, ove emerge la qualificazione pubblica dei servizi dalla loro destinazione al pubblico.

¹²² Per un approfondimento analitico, confronta A. DE VALLES, *I servizi pubblici*, in *Primo trattato completo del diritto amministrativo italiano*, vol. IV, I, Milano, 1924, p. 32: "finché lo Stato non assuma questa attività e non la riconosca come pubblica... si tratta di attività che per quanto molteplici siano gli interessi che vi si collegano, per quanto possa anche, in vista dei rapporti fra chi la svolge e chi se ne serve, essere sottoposta a norme speciali che in modo più intenso del consueto garantiscano gli interessi del pubblico, rimane sempre privata". Su queste premesse l'Autore definisce come "impropri" i servizi posti in essere da soggetti privati ed aventi contenuto analogo a quelli imputati ad enti pubblici. Nell'ambito delle ricostruzioni di matrice soggettiva la funzione del pubblico servizio quale sintesi nominalistica volta a ricomprendere le prestazioni rese da un soggetto pubblico in favore di privati le quali soddisfino bisogni individuali di rilievo collettivo è sottolineata da R. ALESSI, *Le prestazioni amministrative rese ai privati. Teoria generale*, Milano, 1956, p. 15 ss.

¹²³ Così M.A. STEFANELLI, *La tutela dell'utente di pubblici servizi*, Padova, 1994 cit., p. 66

nella titolarità l'unico elemento qualificante il servizio pubblico: ne derivava che solamente il soggetto pubblico poteva stabilire se una determinata prestazione doveva essere resa alla collettività, a condizioni che essa fosse volta ad adempiere esigenze di servizio pubblico¹²⁴, predisponendone al tempo stesso: modalità di erogazione, programma di erogazione, fissazione delle tariffe ed eventuale revoca della concessione.

Tuttavia, tale impostazione risultò non idonea a far fronte all'evoluzione del sistema dell'ordinamento nazionale segnato dal progressivo passaggio da forme di intervento pubblico diretto nell'economia a forme in cui la Pubblica Amministrazione oltre che a concedere la gestione dell'attività a soggetti privati ne conferisce ad essi la titolarità del servizio, tenendo per sé invece poteri aventi funzioni di regolamentazione, indirizzo e controllo.

Successivamente la concezione soggettiva del servizio pubblico è stata ripresa sì nel momento della gestione (passibile di trasferimento in capo ad operatori privati), ma soprattutto con riferimento alla doverosità che contraddistingueva il servizio pubblico¹²⁵: dunque, la nozione soggettiva risulta inadeguata se intesa in senso tradizionale con riferimento alla gestione, contrariamente ne diviene attuale se l'assunzione del servizio viene ricompresa tra i compiti istituzionali dell'ente pubblico. In questa prospettiva il servizio pubblico viene delineato come quell'attività che l'ente assume nella sfera di competenza dei suoi compiti istituzionali, in quanto riferibile ad esigenze di benessere e sviluppo della comunità, potendo, in un successivo momento per quel che concerne la gestione essere affidata ad un soggetto terzo mediante il conferimento di un preciso titolo giuridico di concessione da parte della Pubblica Amministrazione.

In definitiva, tale ricostruzione ricollega il carattere soggettivo del servizio pubblico non tanto alla natura pubblicistica del gestore, ma dalla coesistenza di una serie di elementi, come : imputabilità o titolarità del servizio all'amministrazione pubblica che ha istituito il servizio o alla quale esso è stato affidato dal legislatore; finalità del servizio perché si riferisce ad esigenze della collettività; presenza di una specifica tipologia di organizzazione del servizio volta a garantire determinate modalità di gestione. Ma è pur vero che tale impostazione risulta insoddisfacente con riferimento alle attività di impresa poste in essere dalla Pubblica Amministrazione, in molti settori, che in realtà spesso non hanno nessuna connessione con le finalità dei servizi pubblici e alle attività con caratteristiche simili a quelle dei servizi pubblici ma che sono gestite da privati e non da pubblici soggetti.

Così, quel che è emerso è stata l'esigenza sempre più diffusa di una definizione oggettiva di servizio pubblico comprendente le attività economiche in senso lato, soggette ad un regime speciale in

¹²⁴ ROMANO A., *Profili della concessione di pubblici servizi*, in *Dir. Amm.*, 1994, p. 32 ss.

¹²⁵ CAIA G., *La disciplina dei servizi pubblici*, cit., p. 950.

relazione al rilievo sociale degli interessi perseguiti, che tralascia l'imputazione soggettiva dei pubblici poteri.

1.2 Concezione oggettiva di soggetto pubblico

Con l'entrata in vigore della costituzione repubblicana, il riconoscimento e la valorizzazione dei diritti inviolabili dell'individuo "nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità¹²⁶", la funzione legislativa e amministrativa nell'ottica di una nuova rappresentatività dell'indirizzo politico democraticamente scelto dalla popolazione, è emersa la debolezza della distinzione tra funzione e servizio tipica della concezione tradizionale soggettiva, elaborata sulle tracce di un'organizzazione amministrativa facente capo alle costruzioni¹²⁷ teoriche dello Stato di diritto.

Impostazione che non si adattava con la logica del pluralismo istituzionale, che collegava l'agire (autoritativo e non) della Pubblica Amministrazione al perseguimento degli obiettivi politici, economici e sociali del Paese.

Nel nuovo sistema ordinamentale, invece, grazie all'acquisizione da parte della società di autonoma rilevanza giuridica come base dell'organizzazione statale, il perseguimento di fini sociali divenne il principale obiettivo di molte delle attività formalmente imputabili al corpo amministrativo e normativo, motivo per cui la Carta costituzionale legittimava l'intervento pubblico di programmazione e organizzazione di attività svolte in regime di libera iniziativa economica, tra cui i servizi pubblici¹²⁸.

Riconoscendo negli interessi sociali l'elemento che accomunava attività normativa, agire amministrativo e attività economica, ne conseguiva la piena legittimazione dell'intervento pubblico relativamente all'organizzazione e alla gestione del servizio pubblico¹²⁹.

Pertanto, la concezione oggettiva considerando "*l'interesse che l'attività presenta per lo Stato*¹³⁰",

¹²⁶ Art. 2 Costituzione, in cui si esprimeva la "massima affermazione del sociale sul singolo", secondo B. BOSCHETTI, in *Diritti e rapporti nell'amministrazione per servizi*, Padova, 2007, p. 6.

¹²⁷ Si veda L.R. PERFETTI, *Servizi pubblici come funzione della fruizione dei diritti. Elaborazione del metodo e scelte metodologiche, Intervento al convegno dell'Associazione italiana dei professori di diritto amministrativo*, Palermo, 4-5 ottobre 2001, in *Annuario 2001*, Milano, 2002, p. 157, secondo cui "la radice stessa della teoria del pubblico servizio in senso soggettivo, al momento del suo proporsi, è dichiaratamente conseguenza di presupposti assai chiari: la negazione di una autonoma soggettività giuridica di diritto pubblico in capo alla società, la negazione della sussistenza di diritti senza l'esplicito riconoscimento legale, l'affermazione della necessaria interposizione pubblica nella garanzia dei diritti e la libertà del legislatore di provvedervi o meno". Altresì A. POLICE, *Spigolature sulla nozione di "servizio pubblico locale"*, in *Dir. Amm.* 2007, p. 83, secondo il quale "è proprio il progressivo articolarsi e e diffondersi di tali "servizi" (pubblici impropri) ad aver spinto la dottrina a fornire una precisazione della nozione di servizio pubblico in senso oggettivo".

¹²⁸ G. NAPOLITANO, *Servizi pubblici e rapporti di utenza*, Padova, 2001, pp. 201-202.

¹²⁹ Per approfondimento si rimanda a U. POTOTSCHNIG, *I pubblici servizi*, Padova, 1964, pp. 52, 53 e 113-114.

¹³⁰ A. POLICE, *Spigolature sulla nozione di "servizio pubblico locale"*, cit., p. 83.

non si limitava ad ammettere la gestione diretta dei servizi pubblici da parte dell'Amministrazione ma attribuiva ad essa compiti di indirizzo e controllo su attività aggiuntive rispetto a quelle che tradizionalmente comprendeva la nozione di servizio pubblico.

Quello che si verifica è che, a definire il servizio pubblico non è più l'esercizio di un'attività di beni o servizi nella titolarità della Pubblica Amministrazione, in quanto la sua "Oggettiva qualificazione dipende dal diritto positivo": ovvero, l'attività posta in essere deve essere contraddistinta dal perseguimento di una finalità sociale, che richieda per l'imprenditore sottrazione della libera disponibilità dei fini operativi e l'imposizione di obiettivi che valichino l'ambito degli interessi individuali ed egoistici¹³¹. In tale quadro venivano ad essere comprese anche quelle attività che da un punto di vista soggettivo (in mancanza di un atto istituzionale di assunzione) non potevano qualificarsi come "pubbliche" ma che sarebbero state qualificate come prestazioni rese dai privati in favore della collettività, pertanto escluse dalla nozione di servizio pubblico o in alternativa soggette a regime di autorizzazione e appartenenti alla categoria dei "servizi pubblici impropri"¹³². Dunque, l'unico criterio a diversificare i servizi pubblici dalle altre attività, comprese le "funzioni pubbliche" riservate alla Pubblica Amministrazione era "l'utilità generale" dell'attività stessa prescindendo dalla natura pubblica o privata del gestore¹³³.

Aver posto alla base la "società" per la ricostruzione della nozione e della disciplina del servizio pubblico, facendovi confluire qualsiasi attività diretta a prestare servizi indispensabili per la collettività, rimane ad oggi il punto di forza della ricostruzione oggettiva.

Tuttavia, diverse critiche sono state sollevate da interpretazioni dottrinali¹³⁴, ritenendo astratta una nozione di servizio pubblico fondata sul "fine sociale" dell'attività posta in essere.

In primo luogo, l'interpretazione del dettato costituzionale considerato come statuto dell'iniziativa economica posta in essere in funzione di un fine sociale rende la nozione di servizio pubblico piuttosto indeterminata. Difatti, la ricostruzione oggettiva prevede la soggezione a pianificazione e controllo

¹³¹ M.S. GIANNINI, *Diritto pubblico dell'economia*, Bologna, 1995, e M. D'ALBERTI, *Lo Stato e l'economia in Giannini*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 2000, il quale così si esprime: "L'art. 43 della Costituzione e le esperienze precedenti di municipalizzazione indicano che nell'ordinamento esistono non soltanto attività che sono servizi pubblici se assunti da un pubblico potere, ma anche attività oggettivamente qualificabili, pur se attribuite a privati, come pubblici servizi e, in quanto tali, collettivizzabili".

¹³² A. POLICE, *Spigolature sulla nozione di "servizio pubblico locale"* in *Dir. Amm.*, 2007, p. 83, il quale intende i servizi pubblici "impropri" come quelle attività aventi "caratteristiche simili ai servizi pubblici imputabili alla Pubblica Amministrazione, ma poste in essere da privati e sottoposte a una disciplina pubblicistica non basata su di un provvedimento dell'amministrazione Pubblica".

¹³³ L.R. PERFETTI, *Contributo ad una teoria dei pubblici servizi*, Padova, 2001, p. 62.

¹³⁴ Cfr. L.R. PERFETTI, *Contributo ad una teoria dei pubblici servizi*, cit., p. 63 ss.; E. SCOTTI, *Il pubblico servizio. Tra tradizione nazionale e prospettive europee*, Padova, 2003 pp. 36-37; G. NAPOLITANO, *Servizi pubblici e rapporti di utenza*, cit., p. 207 ss. Ma si vedano altresì al riguardo F. MERUSI, *Servizi pubblici instabili*, Bologna 1990, p. 15; S. CATTANEO, *Servizi pubblici*, in *Enc. Dir.*, Milano, 1990.

pubblico, di cui all'art. 41 Cost., per ogni esercizio di impresa, e paradossalmente considera servizio pubblico qualsiasi attività economica¹³⁵, con il rischio di non avere le adeguate garanzie per assicurare la funzionalità e il buon andamento necessari per il soddisfacimento dei bisogni essenziali della collettività.

In secondo luogo, il fatto che i fini sociali siano determinati dall'ordinamento che li seleziona e li enuncia in base al principio rappresentativo dello Stato pluriclasse, secondo cui la collettività attribuisce ad esso per mandato elettorale il compito di perseguire tali fini, ha dato piena legittimazione in capo allo Stato di un accentramento della potestà normativa ed organizzativa in materia di servizi pubblici a tutti i livelli territoriali. Il preminente ruolo assunto dai fini solidaristici del servizio pubblico, a favore della società, ha comportato scarso interesse per il rapporto di utenza in generale, che si risolveva nell'identificazione tra interessi pubblici e collettivi, dove la soddisfazione del cliente diveniva conseguenza eventuale, di secondaria importanza, rispetto al preminente perseguimento dell'interesse generale della collettività¹³⁶.

2. Servizi pubblici in ambito comunitario

Tra le attività soggette al diritto comunitario rientrano tutte quelle astrattamente suscettibili di essere erogate secondo criteri economici, ivi comprese attività tradizionalmente svolte in regime di riserva e monopolio legale in virtù della loro stretta connessione con finalità pubblicistiche, tra cui i servizi pubblici¹³⁷.

Per l'erogazione dei servizi pubblici, l'ordinamento comunitario prevede di indagare la natura delle attività prestate e di indicare quelle che possono essere erogate in regime di libera iniziativa economica, al fine di promuovere la concorrenzialità. Perché l'obiettivo primario dell'ordinamento comunitario è quello di creare una comunità economica degli Stati membri conforme alle leggi del mercato.

La definizione di "servizio pubblico" all'interno della Comunità europea è stata molto travagliata in considerazione delle diverse concezioni che ne hanno caratterizzato i suoi connotati in ciascun Stato membro¹³⁸. Pertanto per far fronte alle diversità con cui l'istituto in esame si è sviluppato nei Paesi

¹³⁵ In tal senso S. CATTANEO, *Servizi pubblici*, in *Enc. Dir.*, Milano, 1990, XLII, p. 392 ss.; F. MERUSI, *Servizio pubblico*, in *Noviss. Dig. It.*, 1970, XIV, p. 215 ss.

¹³⁶ E. SCOTTI, *Il pubblico servizio. Tra tradizione nazionale e prospettive europee*, cit., p. 37.

¹³⁷ Cfr. Libro verde della Commissione sullo sviluppo del mercato comune dei servizi e delle apparecchiature di comunicazione del 30 giugno 1987, COM (87) 290, in cui si indicava nei monopoli nazionali uno dei principali ostacoli alla formazione di un libero mercato concorrenziale dei servizi telefonici; vedi anche le Direttive 88/301/CEE del 16/05/88 e 90/388/CEE del 28/06/90 relative alla concorrenza nei mercati terminali di telecomunicazioni e nei servizi di telecomunicazioni.

¹³⁸ Nel Libro Verde sui Servizi di Interesse Generale al punto 19 la Commissione europea specifica che: "Le

membri e per raggiungere un punto di equilibrio tra concorrenza e pubblico interesse, le Istituzioni europee hanno pensato di creare una autonoma categoria che potesse ricomprendere le varie accezioni nazionali: ovvero la figura dei “servizi di interesse economico generale”.

Tra i “servizi di interesse economico generale”, disciplinati nell’art. 86 del Trattato istitutivo della Comunità europea, Titolo VI, Capo I, concernente le regole di concorrenza, vi si fanno rientrare tutti quei servizi <<*forniti dietro retribuzione, che assolvono a funzioni di interesse generale e quindi assoggettati dagli Stati membri a obblighi specifici di pubblico servizio*¹³⁹>>. Pertanto si considerano come tali, quelle attività imprenditoriali di cui è garantita la fruizione a prezzi accessibili e che consistono in prestazioni di servizi volti a soddisfare interessi generali¹⁴⁰.

Dunque è il carattere dell’”economicità” l’elemento discriminatorio nella categoria di servizi di interesse generale. Anche la giurisprudenza¹⁴¹ comunitaria inizialmente poco chiara sull’attribuzione del carattere “economico” ad un’attività di servizio¹⁴² si è andata sempre più consolidando sul fatto che il servizio venisse offerto sul mercato, “fornito dietro retribuzione” o dietro corrispettivo idoneo per coprire i costi sostenuti e remunerare il capitale¹⁴³. Di contro, non costituirebbe attività economica quella volta alla prestazione di servizi di interesse generale in assenza di un intrinseco scopo di lucro,

espressioni “servizio di interesse generale” e “servizio di interesse economico generale” non devono essere confuse con il termine “servizio pubblico”. Quest’ultimo ha contorni meno netti: può avere significati diversi, ingenerando quindi confusione. In alcuni casi, si riferisce al fatto che un servizio è offerto alla collettività, in altri che ad un servizio è stato attribuito un ruolo specifico nell’interesse pubblico e in altri ancora si riferisce alla proprietà o allo status dell’ente che presta il servizio. Pertanto, questo termine non è utilizzato nel Libro verde.” Sotto il profilo della natura degli interessi rilevanti ai fini della qualificazione della fattispecie in esame, la Corte di Giustizia della Comunità Europea ha già da tempo precisato che le espressioni “interesse generale” e “interesse pubblico” hanno sostanzialmente lo stesso significato. Sul punto si veda CGCE, 1 Ottobre 1998, causa C-38/97, motivo 41, ma altresì F. LAMBIASE, *Tutela dell’interesse generale e universalità del servizio in Europa*, in *I quaderni del GRIF*, 2005, p. 11; L.R. PERFETTI, *Contributo ad una teoria dei servizi pubblici*, Padova, 2001, p. 322; E. SCOTTI, *Il pubblico servizio. Tra tradizione nazionale e prospettive europee*, cit.; A. POLICE, *Spigolature sulla nozione di “servizio pubblico locale”*, cit., p. 87; F. GIGLIONI, *Osservazioni sull’evoluzione di “servizio pubblico”*, in *Foro Amm.* 1998, 7-8, p. 2265 ss.; R. GAROFOLI, *I servizi pubblici*, in F. CARINGELLA, G. DE MARZO, F. DELLA VALLE, R. GAROFOLI, *La nuova giurisdizione esclusiva del giudice amministrativo*, Milano, 2000, p. 66.

¹³⁹ Comunicazione della Commissione, 11 settembre 1996, COM (96) 443. L’attività di interpretazione della Commissione europea e della Corte di giustizia, ha riguardato i servizi economici d’interesse generale, per bilanciare l’applicazione delle disposizioni sulla concorrenza (Trattato Ce, art. 86) con l’esigenza di riservare adeguati spazi all’intervento pubblico al fine di promuovere “la coesione sociale e territoriale delle comunità locali” (Trattato Ce, art. 16). Commissione Europea, *I servizi d’interesse generale in Europa*, COM (2000) 580 definitivo, p. 40.

¹⁴⁰ Nella definizione comunitaria di “servizi” viene in primo luogo in rilievo il combinato disposto dagli artt. 49 e 50 del Trattato Ce che, nell’abolire le restrizioni alla libera circolazione dei servizi, ne adotta una definizione estensiva di tale ultima categoria ricomprendendo in essa ogni attività che consista in un *facere* retribuito, ivi comprese attività quali i servizi pubblici.

¹⁴¹ CGCE, 17 febbraio 1993, C-159/91 e C-160/91; CGCE 19 gennaio 1994, C-364/92; CGCE 16 novembre 1999, C-244/95; CGCE 12 settembre 2000, C-180/98 e C-184/98.

¹⁴² In tal senso si confronti G. PERICU, M. CAFAGNO, *Impresa Pubblica*, in M. P. CHITI, G. GRECO, *Trattato di diritto amministrativo europeo*, Milano, 2007, p. 1205 ss.

¹⁴³ Si fa riferimento a CGCE, 17 febbraio 1993, C-159/91 e C-160/91; CGCE 19 gennaio 1994, C-364/92; CGCE 16 novembre 1999, C-244/95; CGCE 12 settembre 2000, C-180/98 e C-184/98. Inoltre sul punto si veda D. SORACE, *Servizi pubblici e servizi (economici) di pubblica utilità*, in *Diritto pubblico*, 1999, p. 392.

per fini sociali e di mutualità, erogata in regime di riserva e in assenza di corrispettivo economico o comunque dietro imposizioni di tariffe non adeguate a far fronte i costi del servizio per i quali si rende necessario ricorrere anche, o in via esclusiva, alla fiscalità generale¹⁴⁴.

In generale si può affermare, che proprio il criterio dell'“economicità” permette di distinguere a grandi linee quelle attività che possono essere gestite secondo le regole del mercato concorrenziale, così come stabilito in sede comunitaria¹⁴⁵, da quelle attività invece che risultino prive di rilevanza economica, perciò non suscettibili di essere soggette a tali regole. Ma è bene precisare inoltre come la giurisprudenza quanto le istituzioni comunitarie hanno messo in rilievo “la dinamicità e l'elasticità” del carattere economico dell'attività di servizio di interesse generale, tanto da non considerarlo un valido criterio per l'individuazione in termini assoluti delle attività di tali servizi, distinguendole così in relazione al tipo di servizio offerto o in base al soggetto che le somministra¹⁴⁶.

Infatti quanto alla dinamicità del carattere economico dell'attività di un servizio di interesse generale si rileva come questa dipenda da molteplici fattori variabili, come ad esempio quelli di tipo economico, sociale, tecnologico o politico, poiché in relazione ad un determinato contesto spazio-temporale al quale si faccia riferimento possono assegnare natura economica ad attività che tradizionalmente tali non sono¹⁴⁷. A sostegno di tale tesi la stessa Commissione europea ha evidenziato che proprio la non possibile netta demarcazione degli interessi generali tra quelli a rilevanza economica e quelli privi di tale rilevanza comporta che anche i servizi tradizionalmente qualificati come “servizi sociali” collocati quindi nell'ambito degli interessi senza rilievo economico possano invece presentare una certa rilevanza economica: dunque, con possibilità di essere assoggettati all'applicazione delle regole previste dal mercato comunitario¹⁴⁸.

Tra questi riportiamo l'esempio¹⁴⁹ del Servizio Sanitario Nazionale, per il quale proprio per la mancanza di armonizzazione delle materie da ricomprendere nell'una o nell'altra categoria di servizi, viene affidata agli Stati membri ampia discrezionalità relativamente alla sua qualificazione di servizio

¹⁴⁴ In tal senso CGCE sentenza 22 maggio 2003, C- 18/01. Per la dottrina si confronti C. TESSAROLO, *Il nuovo ordinamento dei servizi pubblici locali*, 8 gennaio 2004; altresì si rimanda a www.dirittodeiservizipubblici.it.

¹⁴⁵ Si veda sul punto F. MERUSI, *La nuova disciplina dei servizi pubblici*, in *Annuario AIPDA 2001*, Milano, 2002, p. 83 ss.

¹⁴⁶ Si confronti F. TRIMARCHI BANFI, *Considerazioni sui nuovi “servizi pubblici”*, in *Riv. It. Dir. Pubbl. com.*, 2002, 5, p. 959 ss.

¹⁴⁷ Per approfondimento si veda B. BOSCHETTI, *Diritti e rapporti nell'amministrazione per servizi*, Padova, 2008, p. 164.

¹⁴⁸ Si guardi in tal senso Comunicazione della Commissione del 26 aprile 2006, COM(2006) 177 def., “Attuazione del programma comunitario di Lisbona: i servizi sociali di interesse generale in Europa” e Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle Regioni, “I servizi di interesse generale, compresi i servizi sociali di interesse generale: un nuovo impegno europeo” che accompagna la Comunicazione “Un mercato unico per l'Europa del XXI secolo”, COM(2007) 725 def.

¹⁴⁹ Si guardi per approfondimento <https://www.diritto.it/i-servizi-di-interesse-generale-nel-diritto-dell-unione-europea-principi-e-caratteri/>.

economico generale. Infatti, l'assistenza sanitaria ad esempio, può essere gestita, come accade Italia e Spagna nell'ambito di un servizio sanitario nazionale che si basa principalmente sul principio solidaristico, con oneri che fanno capo per gran parte sulla finanza pubblica, quindi, in questo caso un servizio non offerto sul mercato. Al contrario, in altri Paesi accade che l'assistenza sanitaria viene erogata a fronte del pagamento di un prezzo, che può essere elargito direttamente dal paziente o a carico di istituti di assicurazione. In questo ultimo caso per il servizio si apre uno spazio di mercato e di concorrenza tra i fornitori, assumendo pertanto rilevanza di natura economica.

In definitiva, si può affermare che “ad eccezione delle attività concernenti l'esercizio dei pubblici poteri, che ai sensi dell'art. 45 del Trattato della Comunità europea sono escluse dall'applicazione del mercato interno, la stragrande maggioranza dei servizi può essere considerata attività economica ai sensi di quanto previsto dalle norme del Trattato Ce in materia di mercato interno¹⁵⁰”.

In definitiva, per l'individuazione della natura economica o non economica di un servizio sussiste la necessità di valutare, in concreto, caso per caso in relazione al contesto in cui un determinato servizio viene ad essere gestito o erogato.

3. Il servizio pubblico e il rapporto con gli utenti

Verso la fine degli anni '80, a seguito di importanti cambiamenti del modello economico e sociale del paese e conseguentemente al processo di integrazione comunitaria, di necessaria importanza è stata la revisione dei rapporti tra pubblico potere e libera iniziativa economica privata. Sono stati riorganizzati i precedenti modelli dello Stato sociale intervenendo per contenere i costi dell'Amministrazione e per far sì che le strutture pubbliche fossero idonee a svolgere le proprie attività secondo criteri di efficacia ed efficienza. In tale prospettiva l'intento del legislatore è stato quello di conferire dignità e riconoscere forza precettiva al principio del buon andamento di cui all'art. 97 Cost.¹⁵¹. e di redistribuire in maniera più appropriata competenze normative e amministrative tra Stato, Regioni ed Enti Locali.

La crisi dello Stato sociale e i principi comunitari del mercato unico della libera concorrenza hanno

¹⁵⁰ Così come riporta il punto 2.1 della Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle Regioni del 20 novembre 2007 su “I servizi di interesse generale, compresi i servizi sociali di interesse generale: un nuovo impegno europeo”, che accompagna la comunicazione “Un mercato unico per l'Europa del XXI secolo” COM (2007) 725 def.

¹⁵¹ Si confronti G. FARNETI, *Il sistema dei controlli sulle partecipate alla luce della riforma e delle recenti modifiche ordinamentale*, intervento nel corso del convegno su “La Riforma dei servizi pubblici locali. Liberalizzazione dei mercati e strategie di rilancio delle utilities”, organizzato da Maggioli Editore, tenutosi il 16 febbraio 2010 a Bologna.

fatto emergere evidenti perplessità sulle ricostruzioni tradizionali della nozione di servizio pubblico, con ricadute significative sull'inquadramento¹⁵² di tali attività.

Verificata la difficoltà di soddisfare ogni bisogno dei cittadini da parte del pubblico potere, sotto la spinta di nuove concezioni individualistiche, si è posto al centro dell'assetto organizzativo e di gestione dei servizi alla collettività il soddisfacimento non più di interessi sociali bensì quello di interessi particolari nell'ambito di un sistema che agevoli il confronto tra gli operatori economici e la libera scelta dell'utente¹⁵³. In linea di principio venne riconosciuto che anche il mercato potesse provvedere al soddisfacimento di doveri solidaristici, nel rispetto di regole e modelli del diritto comunitario.

Fondamentale è il richiamo su quanto la nuova dimensione dei servizi pubblici si rifletta nel rapporto con l'utenza. Prendendo in considerazione la possibilità di poter pensare l'interesse sociale anche "in una dimensione individuale"¹⁵⁴, muta il tipo di rapporto tra gestore (pubblico o privato) del servizio cessando di aver rilevanza solo in via incidentale, cioè in relazione alla mera erogazione delle prestazioni materiali. Invece, quel che in tale prospettiva viene presa in considerazione è l'utilità che il singolo ne trae dal godimento della prestazione, nella quale il pubblico servizio si concretizza. Pertanto, il rapporto di utenza si ritiene sia "lo strumento più idoneo a rendere operative ed effettive le garanzie che l'ordinamento offre all'interesse al godimento dei pubblici servizi¹⁵⁵".

Grazie alla valorizzazione del rapporto con l'utenza, nella disciplina dei servizi pubblici, al fine di garantire prestazioni di qualità erogate a favore dei beneficiari del servizio, si è pensato di adottare strumenti di codifica *ex ante* degli obiettivi perseguiti e degli strumenti impiegati da ciascun gestore di servizi pubblici. Fra questi strumenti, particolare importanza assume la Carta dei servizi, che vede luce nel nostro ordinamento nell'ambito del processo di riforma dei servizi pubblici degli anni 90', seppur già diffusa precedentemente in altri Paesi, europei e non¹⁵⁶.

¹⁵² Si veda B. BOSCHETTI, *Diritti e rapporti nell'amministrazione per servizi*, Padova, 2007, p. 106, la quale si esprime con tali termini "Sotto la spinta del diritto comunitario è (...) destinato a mutare il concetto di attività economica posto alla base del concetto di servizio pubblico, il quale perde quella neutralità che gli consentiva di adeguarsi sia alla natura imprenditoriale che sociale del servizio. Il servizio pubblico, dunque, o ha rilevanza economica ed allora corrisponde ad una attività economica imprenditoriale e privata (ossia, soggetta alle norme di diritto privato), ovvero è privo di tale rilevanza ed allora non costituisce un'attività economica."

¹⁵³ Sul punto P. BARCELLONA, *Diritto privato e società moderna*, Napoli, 1996, pp. 374-375; altresì si confronti F. TRIMARCHI BANFI, *Considerazioni sui "nuovi servizi pubblici"*, in *Riv. It. Dir. Pubbl. Com.*, 2002, p. 946, secondo cui "una lettura del sistema dei servizi di rilevanza comunitaria che sia orientata al valore della libertà che con esso si attuerebbe, trasforma la tensione, che è presente nel diritto comunitario, tra efficienza economica e finalità sociali (la coesione nel linguaggio comunitario) in cui una gerarchia di valori, dominata dalla priorità riconosciuta al valore della libertà economica, da alcuni elevata al rango di diritto fondamentale".

¹⁵⁴ Per approfondimento si veda B. BOSCHETTI, *Diritti e rapporti nell'amministrazione per servizi*, cit., p. 123.

¹⁵⁵ B. BOSCHETTI, *Diritti e rapporti nell'amministrazione per servizi*, Padova, cit., p. 123.

¹⁵⁶ Con riferimento alla Carta Inglese del 1991 (*The Citizen's Charter*), a quella francese del 1992 (*Charte de services publics*), quella statunitense del 1993 (*National Performance review report*).

A livello comunitario era stato presentato un progetto chiamato “Carta europea dei servizi pubblici¹⁵⁷” con la finalità di superare il tradizionale approccio settoriale di tali attività, determinando principi e criteri che si mostravano validi per l’organizzazione e la gestione di tutti i servizi di interessi generali. Tale strumento manifesta l’espressione di tendenza a voler superare i tradizionali schemi di gestione dei pubblici servizi, secondo i quali l’integrazione tra programmazione e gestione dei pubblici servizi si riteneva garante per il perseguimento del pubblico interesse¹⁵⁸. Nello specifico, con le carte di servizio e la previsione di regole più trasparenti che assicurino all’utente una fruizione informata dei servizi e adeguati strumenti di tutela, si esplicita l’intento del legislatore a conferire maggiore rilevanza al ruolo dell’utenza¹⁵⁹.

3.1 L’utente/cliente nel SSN

Il servizio sanitario nazionale, in quanto servizio di interesse generale non a rilevanza economica, come inquadrato dall’ordinamento comunitario (su cui dottrina e giurisprudenza si sono attentamente soffermate soprattutto in relazione alle modalità di affidamento di tale servizio¹⁶⁰) è parte di un continuo processo di trasformazione, peraltro non ancora terminato. Infatti, uno degli ultimi passi compiuti dall’ordinamento giuridico è stata l’emanazione della Carta dei servizi sanitari (oggetto di analisi approfondita nei successivi capitoli) per rispondere al considerevole cambiamento nel settore sanità che vede l’affermarsi della centralità dell’utenza, con un ruolo sempre più attivo in materia di tutela della salute.

La Carta dei servizi sanitari, intesa come strumento di comunicazione e di interazione fra le strutture erogatrici dei servizi sanitari e dei cittadini, offre al soggetto erogatore la possibilità di mostrarsi come valido *partner* per l’erogazione delle prestazioni sanitarie puntando la propria strategia organizzativa,

¹⁵⁷ Nel 1994 il Gruppo del partito socialista europeo ha presentato al Parlamento di Bruxelles un progetto di “*Carta dei servizi pubblici europei*”.

¹⁵⁸ Vedi L. TORCHIA, Parte prima, in *Dalla carta dei servizi alla carta della qualità. Proposte per migliorare la tutela del consumatore-utente attraverso le carte dei servizi*, Studio a cura del Dipartimento politiche per il Commercio e i Servizi, Roma, 2003, p. 9; si veda altresì A.M. BENEDETTI, *Utenti e servizi pubblici nel codice del consumo: proclamazioni e poca effettività?*, in *Pol. dir.*, 2007, pp. 463-464, il quale si esprime “*Si riteneva, per semplificare, che l’utente fosse coperto da una sorta di protezione presunta nel fatto che il servizio gli era offerto – in condizioni e a tariffe sovente inferiori al costo di mercato – da soggetti pubblici o fortemente soggetto a controllo pubblico*”.

¹⁵⁹ Si rimanda ad A. CORPACI, *Le linee del sistema di tutela degli utenti dei servizi pubblici*, in A. CORPACI (a cura di), *La tutela degli utenti dei servizi pubblici*, Bologna, 2003, pp. 12-15.

¹⁶⁰ Vedi sul tema D. SORACE, *I servizi <<pubblici>> economici nell’ordinamento nazionale ed europeo, alla fine del primo decennio del XXI secolo*, in *Dir. Amm.*, 2010, 1, p. 1 ss.; M. CAFAGNO, *Impresa pubblica*, in M.P. CHITI, G. GRECO (diretto da), *Trattato di diritto amministrativo europeo, Parte speciale, tomo III*, Milano, 2007, p. 1225 ss.; A. PIOGGIA, S. CIVITARESE MATTEUCCI, G.M. RACCA, M. DUGATO, *I servizi sanitari: organizzazione, riforme e sostenibilità. Una prospettiva comparata*, Rimini, 2011; S. Spuntarelli, *il Servizio sanitario: un servizio a carattere economico in regime speciale ?*, in *Urb. e app.*, 2011, 2 p. 225 ss.; A. CICHETTI “*Le Carte dei servizi come strumento per migliorare la performance dell’amministrazione*” in *Dir. Amm. e Società Civile, vol. II, Garanzie dei diritti e qualità dei Servizi*, Bologna, 2019, p. 650 ss.

nonché il proprio successo e il proprio guadagno su parole chiave come: qualità dei servizi erogati, professionalità, innovazione tecnologica, formazione e attenzione verso il cliente¹⁶¹.

Ne consegue un modo completamente nuovo di intendere il rapporto tra soggetto erogatore e utente del SSN. Infatti, se prima il SSN considerava il paziente malato come destinatario passivo delle cure così come delle decisioni che lo riguardavano nella sua interezza, talvolta prese in modo unilaterale dal soggetto pubblico competente, grazie al nuovo modo di considerare l'utente nell'ambito del SSN cambia questo rapporto di non comunicazione. Così l'utente da paziente (passivo) diventa cliente¹⁶² (attivo), protagonista e partecipa nella relazione con la struttura sanitaria erogatrice della prestazione. Il cliente viene identificato come interlocutore informato e consapevole della propria situazione, dal quale nessuna decisione che lo riguardi può prescindere dall'espressione del suo consenso c.d. "qualificato"¹⁶³.

In questa prospettiva, inoltre, emerge il cambiamento nel modo di intendere il "servizio" che, alla luce di una nuova cultura, deve nella sua finalità primaria essere orientato al soddisfacimento dei bisogni del "cliente" che necessita ora di un'attenzione diversa e particolare, poiché sarà colui che valuterà la prestazione ricevuta, ovvero il servizio erogato dalla struttura sanitaria.

La Carta dei servizi sanitari, in riferimento al rapporto tra struttura sanitaria erogatrice e cliente, si pone come strumento di tutela e di riscontro continuo, vantaggiosa sia per l'amministrazione sia per gli utenti, al fine di appurare il rispetto degli impegni assunti e degli strumenti impiegati nell'erogazione della prestazione¹⁶⁴.

4. Conclusioni

¹⁶¹ A. POLICE, *Le situazioni giuridiche soggettive degli utenti del servizio sanitario*, in *Serv. Pubbl.*, 2003, p. 123 ss.

¹⁶² Come riporta il *Vocabolario on line, Treccani*, Il termine cliente deriva dal latino *cliens* con cui nell'antica Roma si definiva chi "pur godendo dello stato di libertà, si trovava tuttavia in rapporto di dipendenza da un cittadino potente (*patrono*), dal quale riceveva protezione". Oggi il cliente è colui che richiede la prestazione, scegliendo tra i vari fornitori chi gli assicura gli *standard* qualitativi più elevati a fronte del medesimo costo. Pertanto tra i due soggetti si crea un rapporto prioritario, dove viene meno la posizione di subordinazione del cliente rispetto a colui che eroga la prestazione, anzi talvolta tale rapporto può essere capovolto (si pensi al caso delle prestazioni d'opera intellettuale), in quanto il fornitore per assicurarsi la prestazione cerca di soddisfare il più possibile i desideri del cliente., si confronti anche A. CICHETTI "Le Carte dei servizi come strumento per migliorare la performance dell'amministrazione" in *Dir. Amm. e Società Civile*, vol. II, *Garanzie dei diritti e qualità dei Servizi*, Bologna, 2019, p. 651 ss.

¹⁶³ Ai sensi dell'art. 1 della legge 22 dicembre 2017, n. 219, Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento in GU Serie Generale n.12 del 16/01/2018, il consenso ai trattamenti sanitari deve essere libero e informato. La dottrina si è occupata diffusamente del tema, v. A. CILENTO, *Oltre il consenso informato: il dovere di informare nella relazione medico-paziente*, Napoli, 2014; C. QUAGLIARELLO, C. FIN., *Il consenso informato in ambito medico*, Bologna, 2016., C. CASONATO, *Fine vita: il diritto all'autodeterminazione*, in il Mulino, Rivista mensile di attualità e cultura, 2017, p. 597.

¹⁶⁴ In tal senso A. CICHETTI "Le Carte dei servizi come strumento per migliorare la performance dell'amministrazione" in *Dir. Amm. e Società Civile*, vol. II, *Garanzie dei diritti e qualità dei Servizi*, Bologna, 2019, p. 653 ss.

Dalla disamina delle teorie sulla definizione del concetto di “servizio pubblico” all’interno dell’ordinamento nazionale nelle sue diverse accezioni e dell’ordinamento comunitario con l’introduzione della categoria autonoma dei “servizi di interesse economico generale”, si rileva che a fianco dello svolgimento delle funzioni pubbliche dello Stato, espressione del potere autoritativo e tipiche dello Stato di diritto, si collocano le attività connesse alla prestazione a favore degli utenti, ovvero attività qualificabili in termini di pubblico servizio.

La materia dei servizi pubblici e la relativa disciplina che li regola, sono state nel corso del tempo oggetto di studio che ha portato ad una profonda evoluzione accompagnata da mutamenti economico sociali dello Stato, fortemente segnata dal contemporaneo sviluppo dei principi dell’ordinamento comunitario. Tra i principi prioritari si ha la valorizzazione della persona umana che posta al centro dell’assetto dell’organizzazione e della gestione dei servizi pubblici, ha condotto all’adozione di strumenti ad hoc per integrare il rapporto con l’utenza destinataria di servizi pubblici.

Nel nostro caso, con riferimento al Servizio Sanitario Nazionale, in quanto servizio pubblico di interesse generale non economico, come inquadrato nel contesto comunitario, è stata analizzata l’emanazione della Carta dei servizi sanitari che si ritiene strumento utile, sia per l’amministrazione sia per gli utenti, in quanto garante di un meccanismo preventivo di tutela. La Carta dei servizi sanitari, infatti, consente al cliente (beneficiario della prestazione materiale) una facoltà di giudizio tale da esercitare una certa pressione sul soggetto erogatore assicurando un più elevato livello qualitativo delle prestazioni e favorendo al tempo stesso una interlocuzione che viene ad instaurarsi tra gestore del servizio ed utente.

Bibliografia

DOTTRINA:

- A. CICCETTI *“Le Carte dei servizi come strumento per migliorare la performance dell’amministrazione” in Dir. Amm. e Società Civile, vol. II, Garanzie dei diritti e qualità dei Servizi, Bologna, 2019*
- A. CICCETTI *“Le Carte dei servizi come strumento per migliorare la performance dell’amministrazione” in Dir. Amm. e Società Civile, vol. II, Garanzie dei diritti e qualità dei Servizi, Bologna, 2019*
- A. CILENTO, *Oltre il consenso informato: il dovere di informare nella relazione medico-paziente, Napoli, 2014*
- A. CORPACI, *Le linee del sistema di tutela degli utenti dei servizi pubblici*, in A. Corpaci (a cura di), *La tutela degli utenti dei servizi pubblici*, Bologna, 2003

- A. DE VALLES, *I servizi pubblici*, in *Primo trattato completo del diritto amministrativo italiano*, vol. IV, I, Milano, 1924
- A.M. BENEDETTI, *Utenti e servizi pubblici nel codice del consumo: proclamazioni e poca effettività?*, in *Pol. dir.*, 2007
- A. PAJNO, *Servizi pubblici e tutela giurisdizionale*, in *Dir. Amm.*, 1995
- A. PIOGGIA, S. CIVITARESE MATTEUCCI, G.M. RACCA, M. DUGATO, *I servizi sanitari: organizzazione, riforme e sostenibilità. Una prospettiva comparata*, Rimini, 2011
- A. POLICE, *Le situazioni giuridiche soggettive degli utenti del servizio sanitario*, in *Serv. Pubbl.*, 2003
- A. POLICE, *Spigolature sulla nozione di “servizio pubblico locale”*, in *Dir. Amm.*, 2007
- A. TROCCOLI, voce *Municipalizzazione dei pubblici servizi*, in *Nuoviss. Dig. ital.*, X, 1957
- B. BOSCHETTI, *Diritti e rapporti nell’amministrazione per servizi*, Padova, 2007
- C. CASONATO, *Fine vita: il diritto all’autodeterminazione*, in *il Mulino, Rivista mensile di attualità e cultura*, 2017
- C. QUAGLIARELLO, C. FIN, *Il consenso informato in ambito medico*, Bologna, 2016
- C. TESSAROLO, *Il nuovo ordinamento dei servizi pubblici locali*, 8 gennaio 2004
- D. SORACE, *I servizi <<pubblici>> economici nell’ordinamento nazionale ed europeo, alla fine del primo decennio del XXI secolo*, in *Dir. Amm.*, 2010, 1
- D. SORACE, *Servizi pubblici e servizi (economici) di pubblica utilità*, in *Diritto pubblico*, 1999
- E. ORLANDO, *Introduzione al diritto amministrativo*, in *Primo trattato completo di diritto amministrativo italiano*, Milano, I, 1897
- E. SCOTTI, *Il pubblico servizio. Tra tradizione nazionale e prospettive europee*, Padova, 2003
- F. BENVENUTI, *Appunti di diritto amministrativo*, I, Padova, IV ed., 1959
- F. BENVENUTI, *Funzione amministrativa, procedimento, processo*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 1952
- F. CAMMEO, *Corso di diritto amministrativo*, Padova, 1960
- F. MERUSI, *Servizi pubblici instabili*, Bologna 1990
- F. MERUSI, *Servizi pubblici*, in *Novissimo digesto*, XVII, Torino, 1970
- F. MERUSI, *Servizio pubblico*, in *Noviss. Dig. It.*, XIV, 1970
- F. MERUSI, voce *Servizio pubblico*, in *Novissimo Digesto Italiano*, XVII, Torino, 1976
- F. TRIMARCHI BANFI, *Considerazioni sui” nuovi “servizi pubblici*, in *Riv. It. Dir. Pubbl. Com.*, 2002
- G. BERTI, *La pubblica amministrazione*, Padova, 1968

- G. BOZZI, voce *Municipalizzazione dei pubblici servizi*, in *Enc. Dir.*, XXVII, 1977
- G. CAIA, *La disciplina dei servizi pubblici*, in L. MAZZAROLLI, G. PERICU, A. ROMANO, F. ROVERSI MONACO, F.G. SCOCA (a cura di), *Diritto amministrativo*, III ed., Bologna, 2001, I
- G. CORSO, *Le prestazioni pubbliche in Giannini*, in *Riv. trim. dir. pubbl.* 2000
- G. FARNETI, *Il sistema dei controlli sulle partecipate alla luce della riforma e delle recenti modifiche ordinamentale*, intervento nel corso del convegno su “*La Riforma dei servizi pubblici locali. Liberalizzazione dei mercati e strategie di rilancio delle utilities*”, organizzato da Maggioli Editore, tenutosi il 16 febbraio 2010 a Bologna
- G. GUARINO, *Pubblico ufficiale e incaricato di pubblico servizio*, in *Scritti di diritto pubblico dell’economia*, vol. II, Milano, 1970
- G. MIELE, *Pubblica funzione e servizio pubblico*, in *Archivio giuridico*, 1933
- G. MIELE, voce *Funzione pubblica*, in *Noviss. dig. it.*, vol. VII, Torino, 1961
- G. NAPOLITANO, *Servizi pubblici e rapporti di utenza*, Padova, 2001
- G. PERICU, M. CAFAGNO, *Impresa Pubblica*, in M.P. CHITI, G. GRECO, *Trattato di diritto amministrativo europeo*, Milano, 2007
- G. SANTANIELLO (a cura di), *Trattato di diritto amministrativo*, I, Padova, 1988
- G. ZANOBINI, voce *Amministrazione pubblica*, in *Enc. dir.*, II, Milano, 1958
- L. DE LUCIA, *La regolazione amministrativa dei servizi di pubblica utilità*, Torino, 2002
- L.R. PERFETTI, *Contributo ad una teoria dei pubblici servizi*, Padova, 2001
- L.R. PERFETTI, *Servizi pubblici come funzione della fruizione dei diritti. Elaborazione del metodo e scelte metodologiche*, *Intervento al convegno dell’Associazione italiana dei professori di diritto amministrativo, Palermo, 4-5 ottobre 2001*, in *Annuario 2001*, Milano, 2002
- L. TORCHIA, Parte prima, in *Dalla carta dei servizi alla carta della qualità. Proposte per migliorare la tutela del consumatore- utente attraverso le carte dei servizi*, *Studio a cura del Dipartimento politiche per il Commercio e i Servizi*, Roma, 2003
- M.A. STEFANELLI, *La tutela dell’utente di pubblici servizi*, Padova, 1994
- M. CAFAGNO, *Impresa pubblica*, in M.P. CHITI, G. GRECO (diretto da), *Trattato di diritto amministrativo europeo, Parte speciale*, tomo III, Milano, 2007
- M. D’ALBERTI, *Lo Stato e l’economia in Giannini*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 2000
- M. NIGRO, *L’edilizia economica come servizio pubblico*, in *Riv. Trim. Dir. Pubbl.*, 1957
- M.S. GIANNINI, *Diritto Amministrativo*, Milano, II, 1993
- M.S. GIANNINI, *Diritto pubblico dell’economia*, Bologna, 1995
- M.S. GIANNINI, *Il pubblico potere. Stato e amministrazioni pubbliche*, Bologna, 1986

- O. RANELLETTI, *Principi di diritto amministrativo*, Napoli, 1912
- P. BARCELLONA, *Diritto privato e società moderna*, Napoli, 1996
- P. CIRIELLO, voce *Servizi pubblici*, in *Enc. giur.*, XXVIII, 1990
- R. ALESSI, *Le prestazioni amministrative rese ai privati. Teoria generale*, Milano, 1956
- ROMANO A., *Profili della concessione di pubblici servizi*, in *Dir. Amm.*, 1994
- S. CASSESE, *I servizi pubblici locali nel mezzogiorno*, Roma, 1969
- S. CASSESE, *Le basi del diritto amministrativo*, Milano, 1995
- S. CATTANEO, *Servizi pubblici*, in *Enc. Dir.*, Milano, XLII, 1990
- S. ROMANO, *Prime pagine di un manuale di diritto amministrativo*, in *Scritti minori*, II, Milano, 1950
- S. SPUNTARELLI, *Il Servizio sanitario: un servizio a carattere economico in regime speciale?*, in *Urb. e app.*, 2011, 2
- SANDULLI A.M., *Manuale di diritto amministrativo*, Napoli, 1989
- U. POTOTSCHNIG, *I pubblici servizi*, Padova, 1964
- U. REDANÒ, voce *Servizio pubblico*, in *Nuovo Digesto ital.*, XII, 1940
- W. JELLINEK, *La dottrina generale del diritto e dello Stato*, (trad. it.), Milano, 1949

GIURISPRUDENZA

- CGCE, 17 febbraio 1993, C-159/91 e C-160/91;
- CGCE, 17 febbraio 1993, C-159/91 e C-160/91;
- CGCE 19 gennaio 1994, C-364/92;
- CGCE 19 gennaio 1994, C-364/92;
- CGCE 16 novembre 1999, C-244/95;
- CGCE 16 novembre 1999, C-244/95;
- CGCE 12 settembre 2000, C-180/98 e C-184/98
- CGCE 12 settembre 2000, C-180/98 e C-184/98
- CGCE sentenza 22 maggio 2003, C- 18/01

SITOGRAFIA:

- WWW.DIRITTODEISERVIZIPUBBLICI.IT.
- <https://www.diritto.it/i-servizi-di-interesse-generale-nel-diritto-dell-unione-europea->

[principi-e-caratteri](#)

CARTA DEI SERVIZI: NATURA E RATIO

Federica Camurri

SOMMARIO: - **1.** L'introduzione della carta dei servizi: contesto storico di riferimento tra la riforma del SSN e la riforma del procedimento amministrativo e accesso agli atti; Natura giuridica della carta dei servizi e le diverse forme di tutela; - **2.** Struttura della carta dei servizi in sanità, identificazione e definizione dei servizi inclusi e garantiti; - **2.1** La qualità: tra *standard* generali e specifici; - **3.** Com'è oggi la carta dei servizi delle Aziende Sanitarie; - **3.1** Azienda USL di Bologna; - **3.2** Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Orsola-Malpighi; - **3.3** Azienda Sanitaria Unica Regionale Marche; - **3.4** Azienda Sanitaria Regionale Molise; 4. Conclusioni

1. L'introduzione della carta dei servizi: contesto storico di riferimento tra la riforma del SSN e la riforma del procedimento amministrativo e accesso agli atti

Per comprendere la natura non solo giuridica dello strumento carta dei servizi è necessario fare un piccolo *excursus* storico e ricostruire il contesto in cui questo strumento vede la luce. La storia della carta dei servizi in sanità non può che intrecciarsi con la storia stessa del Servizio Sanitario Nazionale e con le misure di riordino del Servizio adottate dal Legislatore per dare risposta alla insoddisfazione dei cittadini nei confronti della Sanità.

La legge n. 421/1992¹⁶⁵ conferisce al Governo la delega per la riorganizzazione della Sanità per il perseguimento della miglior efficienza a garanzia del cittadino. In attuazione della delega vengono emanati i due decreti legislativi n. 502¹⁶⁶ del 1992 e n. 517¹⁶⁷ del 1993 che individuano diversi aspetti che troveranno poi riscontro anche nelle carte dei servizi.

¹⁶⁵ Legge 23 ottobre 1992, n. 421 "Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale", GU n. 257 del 31-10-1992 – Suppl. Ordinario n. 118.

¹⁶⁶ Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", GU n. 305 del 30-12-1992 – Suppl. Ordinario n. 137.

¹⁶⁷ Decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 "Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", GU n. 293 del 15-12-1993 – Suppl. Ordinario n. 113.

Sia le norme di riordino del Servizio Sanitario Nazionale che le direttive del Presidente del Consiglio dei Ministri del gennaio ed ottobre del 1994¹⁶⁸, nonché il d.l. n. 163 del 1995¹⁶⁹ (convertito in legge n. 273/1995), che istituzionalizza la carta dei servizi, pongono il cittadino al centro del Servizio Sanitario Nazionale.

In particolare il d.lgs. 502/1992 fornisce diversi strumenti destinanti a garantire al cittadino-utente la qualità delle prestazioni offerte dal SSN, tra cui l'introduzione di livelli uniformi delle prestazioni (art. 1), il sistema di accreditamento degli erogatori dei servizi (art. 8 *quater*), la libertà di scelta del luogo di cura (art. 8 *bis*) ed il finanziamento a prestazione che, rivedendo il precedente modello di pagamento, genera una sorta di competizione tra i diversi soggetti erogatori (art. 8 *sexties*) a beneficio della qualità del servizio.

Per quanto interessa in questa sede muove nella medesima direzione l'art. 10 "Controllo di qualità" ed il Titolo IV "Partecipazione e Tutela dei diritti del cittadino" che all'art. 14 contiene norme a tutela dei diritti dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario Nazionale. L'articolo individua procedure di verifica dell'andamento del servizio attraverso un sistema di indicatori utili a comprendere lo stato di attuazione dei diritti dei cittadini (art. 14, comma 2). Esso inoltre fissa modalità di gestione di segnalazioni, opposizioni e reclami (comma 5), stimola e organizza la partecipazione dei cittadini, singoli o associati, ai vari momenti decisionali (comma 2).

Non stupisce, quindi, che poco dopo l'emanazione del d.l. del 12 maggio 1995 "Misure urgenti per la semplificazione dei procedimenti amministrativi e per il miglioramento dell'efficienza delle pubbliche amministrazioni" sia stato emanato il d.P.C.M. 19 maggio 1995¹⁷⁰ "Schema generale di riferimento della Carta dei Servizi in Sanità", seguito a breve dalle Linee Guida del Ministero della Salute n. 2/1995 "Attuazione della Carta dei Servizi nel servizio sanitario nazionale".

Alcuni autori¹⁷¹ ravvisano in un altro provvedimento degli anni '90, ovvero la l. n. 241/1990¹⁷², la spinta propulsiva per l'adozione delle carte dei servizi; attraverso tale norma infatti si gettano le basi

¹⁶⁸ Direttiva Presidente del Consiglio dei Ministri 27 gennaio 1994 "Principi sull'erogazione dei servizi pubblici", GU n. 43 del 22-2-1994 e Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 11 ottobre 1994 "Principi per l'istituzione ed il funzionamento degli Uffici per le Relazioni con il Pubblico", GU n. 261 serie generale parte prima del 8-11-1994.

¹⁶⁹ Decreto legge 12 maggio 1995, n. 163 "Misure urgenti per la semplificazione dei procedimenti amministrativi e per il miglioramento dell'efficienza delle pubbliche amministrazioni", GU n. 109 del 12-5-1995.

¹⁷⁰ Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 maggio 1995 "Schema generale di riferimento della "Carta dei servizi pubblici sanitari", GU Serie Generale n. 125 del 31-05-1995 – Suppl. Ordinario n. 65.

¹⁷¹ G. CILIONE, *Diritto Sanitario*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore, 2012, pag. 215.

Per approfondimenti:

B. SUSIO e G. BARBIERI, *Qualità "alla Carta" – Verso l'eccellenza con la carta dei servizi*, Milano, Franco Angeli, 2002;
N. FALCITELLI, *Il riordinamento del Servizio Sanitario Nazionale e l'attuazione della carta dei servizi: un cammino parallelo* in Quaderno della Carta dei Servizi Pubblici Sanitari n. 2 "La Carta dei Servizi: implicazioni strategiche e operative" Atti del convegno organizzato dall'Alta Scuola per lo sviluppo delle risorse umane – H.S. Raffaele organizzato con il Patrocinio del Ministero della Sanità, 19 marzo 1996;

C. BOTTARI, *Profili innovativi del sistema sanitario*, Torino, G. Giappichelli Editore, 2018.

¹⁷² Legge 7 agosto 1990, n. 241 "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi". G.U. n. 192 del 18-8-1990.

per il cambiamento dell'agire amministrativo che non si pone più sopra i propri amministrati ma che di questi ultimi fa prevalere interessi e diritti. In quel periodo il cittadino non è più solo portatore di interesse oppositivi ma anche di interessi pretensivi, ovvero interessi che mirano ad ottenere prestazioni da parte della PA.

Come si evince tra gli altri dagli atti del convegno organizzato dall'Alta Scuola per lo sviluppo delle risorse umane¹⁷³ la filosofia della l. 241/1990¹⁷⁴ e le sue stesse finalità non potevano che comportare un ripensamento anche dei rapporti tra cittadini-utenti e amministrazione di servizi intesa appunto come soggetto che pone in essere un'attività amministrativa di erogazione di prestazioni, ovvero attività volte a garantire al cittadino il godimento dei diritti della persona.

All'attività amministrativa si chiede quindi di essere non solo legittima ed imparziale ma sempre più efficiente e trasparente¹⁷⁵, e a questa nuova visione non possono sottrarsi le amministrazioni erogatrici di servizi pubblici nonostante larga parte dei servizi da questi erogati ed offerti siano predeterminati normativamente. Anche questi soggetti quindi si dovranno attenere a principi enunciati affinché vi sia un progressivo indirizzamento dell'attività amministrativa verso la conoscibilità e il controllo della qualità dei servizi resi da parte dei fruitori dei servizi stessi.

La carta dei servizi viene formalmente introdotta con il d.l. 163/1995 convertito in l. n. 273/1995 previsto con la previsione dell'emanazione di schemi tipo per le carte dei servizi predisposte dal Dipartimento della Funzione Pubblica. Allo stesso tempo viene introdotto l'obbligo per gli erogatori di servizi pubblici di adottare regole per l'erogazione dei servizi e di darne adeguata pubblicità ai cittadini-utenti.

L'allegato 2 del d.l. 163/1995 prevede che abbiano l'obbligo di dotarsi della carta dei servizi i seguenti servizi pubblici: sanità, assistenza e previdenza sociale, istruzione, comunicazioni e trasporti, energia elettrica, acqua, gas.

¹⁷³ N. FALCITELLI, *op. cit.*, in Quaderno della Carta dei Servizi Pubblici Sanitari n. 2 "La Carta dei Servizi: implicazioni strategiche e operative".

¹⁷⁴ A. MARRA, *Etica e performance nella pubblica amministrazione: strumenti e strategie per una gestione efficace e trasparente della res publica*, Milano, Franco Angeli, 2006;

A.M. SANDULLI et al., *L'azione amministrativa: commento alla L. 7 agosto 1990, n. 241 modificata dalla L. 11 febbraio 2005, n. 15 e dal D.L. 14 marzo 2005, n. 35*, Milano, Giuffrè, 2005.

¹⁷⁵ G. GARDINI, *L'imparzialità amministrativa tra indirizzo e gestione: organizzazione e ruolo della dirigenza pubblica nell'amministrazione contemporanea*, Milano, Giuffrè, 2003;

M.V. LUPÒ AVAGLIANO (cura di), *L'efficienza della pubblica amministrazione: misure e parametri*, Milano, Franco Angeli, 2011;

R. URSI, *Le stagioni dell'efficienza: i paradigmi giuridici della buona amministrazione*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2016;

R. REMOTTI, *Imparzialità e buon andamento nel pubblico impiego alla luce di principi costituzionali*, in *Diritto & Diritti*, Rivista giuridica elettronica, 2004;

L. IANNUCILLI, A. DE TURA, *Il principio di buon andamento dell'amministrazione nella giurisprudenza della Corte Costituzionale*, in www.cortecostituzionale.it.

La normativa di settore si ferma dunque agli anni '90, tuttavia lo strumento carta dei servizi resta ancora un elemento di primaria importanza per la tutela dei diritti dei cittadini a garanzia di un sistema di qualità. Un esempio in tal senso è dato dalla Delibera di revisione del modello per l'accreditamento delle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna DGR n. 1943/2017 "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie" che tra i requisiti generali che devono possedere le strutture sanitarie, sia pubbliche che private, al secondo criterio "Prestazioni e servizi" prevede che la struttura disponga di strumenti informativi rivolti all'utenza, in particolare carta dei servizi e altro materiale informativo cartaceo e *online*.

1.1 Natura giuridica della carta dei servizi e le diverse forme di tutela

Quello della natura giuridica della carta dei servizi è un tema molto discusso così come lo è la stessa cogenza ed obbligatorietà della sua adozione, probabilmente anche a causa della scarsa chiarezza delle norme in materia. Oggi l'adozione della carta è un obbligo di legge anche se non vi sono sanzioni per le Aziende che non la adottano. Hanno l'obbligo di redigere ed adottare la carta dei servizi tutti gli erogatori di servizi pubblici siano essi pubblici o privati. Per i primi la carta si configurerà quale atto amministrativo generale o regolamento che potrà comportare l'adozione di ulteriori atti amministrativi correlati, per gli erogatori privati dovrà essere necessariamente richiamata nel provvedimento concessorio.

Diverse sono le interpretazioni giuridiche della carta dei servizi, a volte assimilata alle condizioni generali di contratto ex art. 1341 c.c., altre alle clausole speciali ex art. 1339 c.c. o infine alle promesse al pubblico ex art. 1989 c.c.¹⁷⁶.

La prima previsione appare non del tutto appropriata per almeno due motivi: da un lato l'art. 1341 c.c. si pone a salvaguardia del contraente debole mentre le carte dei servizi si pongono a tutela dell'utente ma non vincolano l'erogazione del servizio, inoltre l'efficacia delle condizioni generali è condizionata alla loro effettiva conoscenza tramite sottoscrizione di contratto da parte del contraente ma questo non avviene per la carta dei servizi.

¹⁷⁶ A. CICHETTI, *Le carte dei servizi: possibili strumenti di partecipazione e di misurazione della performance in ambito sanitario*, in AA.VV. *Diritto amministrativo e società civile*, Volume II – *Garanzie dei diritti e qualità dei servizi*, Bologna, Bononia University Press, 2019;

M. CALABRÒ, *La carta dei servizi, rapporto di utenza e qualità della vita*, in *Diritto Amministrativo*, n. 1-2/2014, pagg. 373-421;

G. CAIA, *Funzione pubblica e servizio pubblico. La disciplina dei servizi pubblici. L'organizzazione dei servizi pubblici*, in L. MAZZAROLI, G. PERICU, A. ROMANO, F.A. ROVERSI MONACO, F.G. COCA, *Diritto Amministrativo*, Bologna, Monduzzi, 1998;

F. PUGLIESE, *Le carte dei servizi. L'autorità di regolazione dei servizi pubblici essenziali. I controlli interni*, in *Riv. Trim. App.*, 1995, pag. 240.

Per quanto concerne invece l'assimilabilità all'art. 1339 c.c. questa può apparire pertinente in relazione ai contenuti obbligatori della carta e dunque ai servizi necessariamente erogati per disposizione normativa, si pensi alle prestazioni con cui compongono i LEA, mentre non può trovare applicazione per gli *standard* specifici dichiarati dalle Aziende e frutto di autonomo potere amministrativo ed organizzativo; a titolo esemplificativo si pensi all'impegno assunto dall'Azienda Usl di Ferrara di garantire ai propri degenti un regime dietetico che tenga conto delle esigenze manifestate dagli utenti in relazione alla loro convinzione religiosa.

È però l'art. 1989 c.c. che pare essere più aderente alla natura ed agli scopi della carta dei servizi. In questa visione gli *standard* specifici o accessori divengono un vero autolimito per l'Azienda e generano specifici diritti in capo all'utente.

Parte dell'incertezza interpretativa della natura giuridica della carta dei servizi nasce ben a monte; non è trascurabile infatti, anche per questa analisi, la difficile configurazione, circa la qualificazione della posizione soggettiva dell'utente del Servizio Sanitario Nazionale.

La nostra Costituzione identifica espressamente, agli articoli 103 e 113, due diverse posizioni del cittadino nei confronti della Pubblica Amministrazione: quella di diritto soggettivo e quella di interesse legittimo, posizioni che spesso si intrecciano, confondendo ancora di più i contorni nel rapporto tra cittadino e Servizio Sanitario.

La qualificazione della posizione giuridica del cittadino nei confronti della propria salute è contenuta chiaramente nell'art. 32, comma 1, Cost. Se all'epoca della stesura della Carta si trattava prevalentemente di una norma di natura programmatica, questa riceve una profonda rilettura con l'adozione della l. n. 833/1978¹⁷⁷ che riporta quasi integralmente il testo dell'art. 32 nell'art. 1 e inserisce la norma costituzionale in un complesso normativo che la trasforma in diritto vigente.

Nella prima fase di attuazione della legge appare preponderante il rilievo della centralità del diritto alla salute in capo alla persona come ben sottolineato da una pronuncia delle Sezioni Unite della Corte di Cassazione¹⁷⁸ nella quale la Corte affermò che *“il bene della salute è uno, anzi il primo, dei diritti fondamentali anche nei confronti dell'autorità pubblica, cui è negato in tal modo il potere di disporre di essa”*¹⁷⁹. L'affermazione ha subito negli anni successivi una riduzione applicativa in relazione soprattutto alle esigenze di carattere economico-finanziario¹⁸⁰.

¹⁷⁷ Legge 23 dicembre 1978 n. 833 “Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale”, GU n. 360 del 28-12-1978 – Suppl. Ordinario.

¹⁷⁸ Cassazione civile, Sez. Un., 6 ottobre 1979, n. 5172.

¹⁷⁹ C.E. GALLO, *Gli utenti del Servizio Sanitario e le loro situazioni soggettive*, in *Riordinamento del servizio sanitario nazionale*, a cura di F. Roversi Monaco, Bologna, Maggioli Editore, 1990, pag. 159.

¹⁸⁰ C.E. GALLO *op. cit.*, in *Riordinamento del Servizio Sanitario Nazionale*, Bologna, Maggioli Editore, 1990, pag. 161 e seguenti.

La stessa Corte di Cassazione ha considerato il diritto alla salute quale diritto soggettivo allorché si tratta di pretendere semplici prestazioni facilmente individuabili e semplice interesse legittimo nei casi in cui si richieda l'erogazione di una prestazione che comporta l'utilizzazione di una struttura amministrativa che ha potestà discrezionale¹⁸¹. La Corte Costituzionale con sentenza del 26 settembre 1990, n. 455 ha individuato due situazioni giuridiche differenti in relazione al fatto che l'articolo 32 della Costituzione tuteli il diritto alla salute da aggressioni esterne o garantisca al cittadino il diritto a prestazioni. Mentre nel primo caso il diritto alla salute è un diritto tutelabile *erga omnes*, nel secondo caso il diritto alla salute è soggetto “*alla determinazione degli strumenti, dei tempi e dei modi di attuazione della relativa tutela da parte del legislatore ordinario*”. In questo caso il diritto a prestazioni positive è tale ma è “*condizionato dall'attuazione che il legislatore ordinario ne dà attraverso il bilanciamento dell'interesse tutelato da quel diritto con altri interessi costituzionalmente protetti, tenuto conto dei limiti oggettivi che lo stesso legislatore incontra nella sua opera di attuazione in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone*”¹⁸².

Tuttavia, con sentenza della Corte Costituzionale n. 309 del 1999, si afferma che le esigenze di finanza pubblica non possono assumere un “*peso talmente preponderante da comprimere il nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana*”¹⁸³.

Fino alla fine degli anni '90 la definizione di una posizione giuridica dell'utente appariva decisiva anche in termini di tutela sostanziale, poiché, mentre la lesione del diritto soggettivo era risarcibile, diversa era la posizione dell'interesse legittimo per il quale, per lungo tempo, non è stato previsto il risarcimento in caso di lesione. È per questo motivo che la qualificazione della posizione soggettiva dell'utente appariva estremamente rilevante.

La sentenza n. 500 del 1999 della Corte di Cassazione Sezioni Unite¹⁸⁴ ha rivisto la posizione storicamente assunta dall'orientamento giurisprudenziale e da precedenti pronunce della stessa Corte¹⁸⁵. I Giudici della Cassazione sancirono, infatti, la risarcibilità dell'interesse legittimo attraverso una nuova interpretazione dell'art. 2043 del c.c.

La risarcibilità dell'interesse legittimo fino ad allora avveniva esclusivamente attraverso la tecnica dell'affievolimento del diritto soggettivo e successiva riespansione. La nuova lettura dell'art. 2043

¹⁸¹ C.E. GALLO, *Gli utenti del Servizio Sanitario e le loro situazioni soggettive*, in *Riordinamento del servizio sanitario nazionale*, a cura di F. Roversi Monaco, Bologna, Maggioli Editore, 1990, pag. 159.

¹⁸² Corte Costituzionale, 16 settembre 1990, n. 455, in C.E. GALLO, *op. cit.*

¹⁸³ Corte Costituzionale, 16 luglio 1999, n. 309 in GU 21-7-1999, n. 29, I serie speciale.

¹⁸⁴ Corte di Cassazione, Sez. Un., sent. n. 500 del 1999.

¹⁸⁵ A. CORUBOLO, *La risarcibilità degli interessi legittimi: evoluzione e brevi spunti critici anche alla luce di Cass. Sez. I n. 157 del 10 gennaio 2003*, in *Diritto&Diritti*, Rivista giuridica elettronica, 2003.

c.c., secondo i Giudici della Corte, *“ha la funzione di consentire il risarcimento del danno ingiusto, intendendosi come tale il danno arrecato non iure, il danno, cioè, inferto in assenza di una causa giustificativa, che si risolve nella lesione di un interesse rilevante per l’ordinamento, a prescindere dalla sua qualificazione formale, ed in particolare, senza che assuma rilievo la qualificazione dello stesso in termini di diritto soggettivo (omissis). Ne consegue che anche la lesione di un interesse legittimo, al pari di quella di un diritto soggettivo o di altro interesse giuridicamente rilevante, può essere fonte di responsabilità aquiliana, e, quindi, dar luogo al risarcimento del danno ingiusto, a condizione che risulti danneggiato, per effetto dell’attività illegittima della Pubblica Amministrazione, l’interesse al bene della vita al quale il primo si correla, e che detto interesse risulti meritevole di tutela alla stregua del diritto positivo”*¹⁸⁶. Resta ferma la necessità di individuare il nesso di causalità fra il comportamento ritenuto illegittimo dell’amministrazione ed il danno ingiusto, così come la sussistenza di un’azione colpevole da parte della stessa amministrazione. La sentenza rileva, infine, una diversificazione fra interessi legittimi oppositivi e pretensivi; mentre i primi appaiono sempre risarcibili, i secondi sarebbero risarcibili solo qualora il giudice competente ravvisi la verosimiglianza dell’esito favorevole alle aspettative dell’interessato.

Negli stessi anni e per effetto di quel processo di generale trasformazione che la Pubblica Amministrazione stava vivendo si è affermata l’esigenza che la tutela del cittadino alla pretesa di una prestazione da parte dell’amministrazione pubblica sia affidata anche a momenti di partecipazione. L’art. 9 della l. n. 241/1990 prevede a tal proposito che *“qualunque soggetto portatore di interesse pubblici o privati, nonché i portatori di interessi diffusi costituiti in associazioni o comitati, cui possa derivare un pregiudizio dal provvedimento, hanno facoltà di intervenire nel procedimento”*. Anche nel d.lgs. n. 502 del 1992 si ritrovano diversi articoli dedicati alla tutela dei diritti dei cittadini e alla loro partecipazione. Queste norme, la prima di carattere generale, la seconda di settore, trovano certamente applicazione nel settore sanitario ed in particolare nella carta dei servizi.

Come abbiamo avuto modo di esaminare diversi sono i contributi sulla qualificazione del diritto alla salute. La problematica attiene principalmente alla qualificazione di tale posizione come diritto soggettivo o come interesse legittimo con le implicazioni che tale distinzione comporta anche in termini di modalità e intensità della tutela.

La natura del diritto alla salute e la sua qualificazione giuridica tocca quindi solo in parte la carta dei servizi che si inserisce chiaramente in un momento successivo e diverso rispetto alla primaria tutela del diritto. A mio avviso non è attraverso questo strumento che il cittadino può trovare piena realizzazione al proprio diritto alla salute. La carta consente ai fruitori del servizio di partecipare, conoscere e richiedere alle Aziende Sanitarie l’effettivo rispetto degli impegni assunti, direttamente o

¹⁸⁶ Sent. Cass., Sez. Un., n. 500 del 22-7-1999.

tramite le associazioni di tutela, ma è evidente che la stesura del documento si posiziona a valle di un processo decisionale e discrezionale delle Aziende. Processo a cui sono chiamati a partecipare anche gli utenti attraverso le diverse forme di partecipazione previste dal nostro ordinamento e che fungono da base e spinta propulsiva alla realizzazione di una efficace carta dei servizi.

La carta rappresenta, dunque, un patto tra Azienda e cittadino-utente attraverso la cui adozione l'ente si impegna ad erogare quanto enunciato ed il cittadino ha, d'altro canto, il diritto di esigere quanto promesso.

L'introduzione della carta dei servizi nasce con il preciso scopo di rivedere il rapporto tra cittadino e amministrazione soprattutto nel settore dei servizi pubblici, settore in cui le inefficienze dell'amministrazione possono arrecare maggior lesione agli interessi dei cittadini e nel quale i cittadini stessi potevano contare su minori e meno efficaci strumenti di tutela.

È la citata Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri a stabilire come i cittadini debbano essere tutelati nel caso in cui non venissero mantenuti gli impegni di qualità assunti dalle Aziende attraverso la carta dei servizi. Meccanismi di tutela possono essere azionati attraverso le strutture deputate tra cui gli uffici relazione con il pubblico URP¹⁸⁷, la commissione mista conciliativa, il difensore civico. Oltre alla presentazione di reclami, segnalazioni di disservizi o suggerimenti che possono essere avanzati agli URP, viene in aiuto al cittadino-utente anche il nuovo istituto della *class action pubblica*¹⁸⁸.

Il d.lgs. n. 198/2009¹⁸⁹ ha per la prima volta disciplinato in Italia l'istituto della *class action pubblica* che si distingue profondamente dalla quella prevista dall'art. 140 *bis* del codice del consumo¹⁹⁰ per il fatto che esclude la tutela risarcitoria che rappresenta, al contrario, il primo obiettivo della *class action* consumeristica.

La *class action pubblica* appare peculiare anche per quanto attiene la legittimazione, sia attiva che passiva, l'oggetto del giudizio, le condizioni di procedibilità e il tipo di pronuncia che può essere adottata dal giudice¹⁹¹.

¹⁸⁷ Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche", GU n. 106 del 9-5-2001 – Suppl. Ordinario n. 112, art. 11.

¹⁸⁸ F. LOGOLUSO, *Tutela del consumatore e azioni collettive di classe: aggiornato al nuovo art. 140 bis del codice del consumo, al d.lgs 4 marzo 2010, n. 28, sulla mediazione civile ed al d. lgs. 20 dicembre 2009, n. 198, sulla class action pubblica*, Roma, Dike, 2010;

A. FABRI, *Le azioni collettive nei confronti della pubblica amministrazione nella sistematica delle azioni non individuali*, Roma-Napoli, Edizioni Scientifiche, 2011;

C. DEODATO, *L'azione collettiva contro la P.A.: per l'efficienza dell'Amministrazione: commento organico al decreto legislativo 20 dicembre 2009, n. 198*, Roma, Nel Diritto, 2010.

¹⁸⁹ Decreto legislativo 20 dicembre 2009, n. 198 Attuazione dell'articolo 4 della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ricorso per l'efficienza delle amministrazioni e dei concessionari di servizi pubblici, G.U. n. 303 del 31-12-2009.

¹⁹⁰ Decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206 Codice del consumo, a norma dell'articolo 7 della legge 29 luglio 2003, n. 229, G.U. n. 235 del 8-10-2005 - Suppl. Ordinario n. 162.

¹⁹¹ M.L. MADDALENA e M. SANTISE, in *Rassegna Monotematica di Giurisprudenza*, Consiglio di Stato, Ufficio Studi, massimario e formazione, 31 dicembre 2018.

L'art. 1 del d.lgs. 198/2009 prevede espressamente che “*Al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio, i titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei per una pluralità di utenti e consumatori possono agire in giudizio, con le modalità stabilite nel presente decreto, nei confronti delle amministrazioni pubbliche e dei concessionari di servizi pubblici, se derivi una lesione diretta, concreta ed attuale dei propri interessi, dalla violazione di termini o dalla mancata emanazione di atti amministrativi generali obbligatori e non aventi contenuto normativo da emanarsi obbligatoriamente entro e non oltre un termine fissato da una legge o da un regolamento, dalla violazione degli obblighi contenuti nelle carte di servizi ovvero dalla violazione di standard qualitativi ed economici stabiliti, per i concessionari di servizi pubblici, dalle autorità preposte alla regolazione ed al controllo del settore e, per le pubbliche amministrazioni, definiti dalle stesse in conformità alle disposizioni in materia di performance contenute nel decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, coerentemente con le linee guida definite dalla Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 13 del medesimo decreto e secondo le scadenze temporali definite dal decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150*”.

Vi è dunque l'espressa previsione che si possa agire nei confronti della Pubblica Amministrazione qualora si ravvisi la violazione degli obblighi contenuti nella carta dei servizi.

La norma individua quali soggetti passivi le amministrazioni pubbliche e i concessionari di servizi pubblici mentre sono espressamente escluse le autorità amministrative indipendenti, gli organi giurisdizionali, le assemblee legislative e gli altri organi costituzionali oltre che la Presidenza del Consiglio di Ministri; tassative sono anche le ipotesi in cui è possibile il ricorso alla *class action*.

In sede di pronunciamento del giudizio con sussistenza della lesione il giudice tiene conto delle risorse strumentali, finanziarie e umane concretamente a disposizione delle parti intimiate come previsto dall'art. 1, comma 1 *bis*, del d.lgs 198/2009. Tale dispositivo consente all'amministrazione di evitare la condanna quando la disfunzione o il disservizio siano dovute a carenze strutturali. Il giudice dovrà pertanto verificare se la pretesa del ricorrente richieda un impiego di risorse sproporzionato o obiettivamente non esigibile rispetto alla finalità che si intende perseguire.

Della delimitazione dell'oggetto della *class action* si è da subito occupata la giurisprudenza amministrativa con una sentenza del TAR Lazio n. 552, 20 gennaio 2011¹⁹², poi confermata dal Consiglio di Stato, sez. VI, 9 giugno 2011, n. 3512, in cui si afferma che “la mancata adozione delle carte di servizi e degli *standard* di qualità non impedisce l'immediata applicabilità della norma per la mancata adozione di piani o atti generali non normativi, entro il termine prefissato. Viceversa l'azione collettiva pubblica non può essere ritenuta ammissibile in relazione alla mancata adozione di atti di

¹⁹² TAR Lazio, III *bis*, 20 gennaio 2011, n. 552.

natura normativa, stante l'espressa previsione ostativa in tal senso. La lesione dell'interesse sopraindividuale deve essere vagliata in primo luogo alla luce delle risorse economiche, strumentali e umane concretamente a disposizione della amministrazione e che questo limite non vale di fronte all'obbligo, sancito dalla legge, di procedere all'adozione di atti di pianificazione in quanto il legislatore deve aver valutato al momento in cui ha posto questo obbligo la questione della sussistenza delle risorse"¹⁹³.

L'ammissibilità dell'azione passa dunque attraverso la verifica della sussistenza di uno dei seguenti comportamenti tipizzati:

- a) la mancata emanazione di atti amministrativi generali obbligatori e non aventi contenuto normativo da emanarsi obbligatoriamente entro e non oltre un termine fissato da una legge o da un regolamento che esclude gli atti a contenuto normativo ¹⁹⁴;
- b) la violazione generalizzata di termini procedurali¹⁹⁵;
- c) la violazione degli obblighi puntualmente definiti da norme di legge o di regolamento, anche a prescindere dall'adozione dei d.PCM. di cui all'art. 7 del d.lgs. 198/2009¹⁹⁶.

Per quanto attiene specificatamente l'argomento di questa trattazione è utile vedere i diversi orientamenti giurisprudenziali.

In un primo tempo veniva ritenuto inammissibile il ricorso alla *class action* pubblica in mancanza della preventiva emanazione dei decreti attuativi di cui all'art. 7 del d.lgs. n. 198/2009 anche con riferimento a carte dei servizi già adottate e a *standard di performance* già definiti.

“È stato osservato da giurisprudenza che il Collegio richiama e condivide (TAR Lazio, Roma, sez. III, 20 gennaio 2011, n. 552) che valorizzando il dato meramente testuale sembrerebbe che l'applicazione dell'intera fonte normativa sia, dallo stesso legislatore, subordinata ad un'ulteriore previsione regolamentare che, seguendo il passo della concreta attività di istruttoria, verifica, valutazione e definizione degli standard qualitativi, determini, se del caso in via progressiva, ossia per parti o blocchi, i tempi della "concreta applicazione" del disposto normativo primario.

La norma è contenuta in una disposizione finale espressamente qualificata "transitoria" ed ha ad oggetto, non già il vigore e l'efficacia delle norme che la precedono, ma la loro "concreta applicazione".

Tale ultima locuzione descrive il processo di implementazione necessario – fatto di parametri, elementi organizzativi, sostenibilità degli impegni, valutazioni di spesa – perché l'astratta

¹⁹³ Consiglio di Stato, Sez. VI, 9 giugno 2001, n. 3512 in *Rassegna Monotematica di Giurisprudenza*, cit.

¹⁹⁴ Consiglio di Stato, Sez. VI, 9 giugno 2011, n. 3512.

¹⁹⁵ Tar Lazio, II *quater*, 6 settembre 2013, n. 88154.

¹⁹⁶ TAR Basilicata, Sez. I, n. 478 del 21 settembre 2011; TAR Lazio, Sez. III *ter*, Sent., 16 settembre 2013, n. 8288; TAR. Roma Lazio, Sez. I, 1 ottobre 2012, n. 8231.

applicabilità delle norme, connotato generale e caratteristico della fonte normativa, sia resa concreta ed effettiva nell'interesse sia dell'amministrazione sia dei soggetti amministrati.

La formula utilizzata dal legislatore descrive cioè una norma incompleta che, avendo individuato in via generale e astratta posizioni giuridiche di nuovo conio, oltre che strumenti azionabili per la relativa tutela, ma non i parametri specifici della condotta lesiva, necessita di una ulteriore previsione normativa, agganciata alla peculiarità e concretezza dell'assetto organizzativo dell'agente ed ai limiti della condotta diligente dal medesimo esigibili, ferme restando le risorse assegnate.

L'indiscusso vigore della norma primaria opera, dunque, in questa prima fase, su un piano, propedeutico a quello della concreta operatività, nel quale gli effetti obbligatori sorgono esclusivamente in capo all'Esecutivo ed attengono a tutta l'attività – preliminarmente conoscitiva e successivamente normativa – finalizzata a sostanziare il modello di comportamento diligente esigibile nell'interesse degli amministrati (cd. standard qualitativo)”¹⁹⁷. Le prime pronunce propendevano dunque per una norma generale che senza i decreti attuativi correlati non potesse essere pienamente operativa per la mancanza di specifiche sia a tutela dell'amministrazione che degli amministrati.

Di orientamento diverso appaiono le pronunce del TAR Lazio, Roma, Sez. III *ter*, 17 febbraio 2014, n. 1872, TAR Lazio, Roma, Sez. III *ter*, 16 settembre 2013, n. 8288, TAR Toscana, Sez. I, 30 maggio 2012, n. 1045 che hanno ritenuto ammissibile la *class action* pur in mancanza dei d.P.C.M. attuativi nelle ipotesi di mancato rispetto delle carte dei servizi già in vigore e di *standard* già stabiliti. Su tutte si veda la sentenza richiamata del TAR Toscana che indica testualmente: “*Non osta alla conclusione la previsione di cui all’art. 7, comma 1, d.lgs. 198/2009 in base alla quale “in ragione della necessità di definire in via preventiva gli obblighi contenuti nelle carte di servizi e gli standard qualitativi ed economici di cui all’articolo 1, comma 1, e di valutare l’impatto finanziario e amministrativo degli stessi nei rispettivi settori, la concreta applicazione del presente decreto alle amministrazioni ed ai concessionari di servizi pubblici è determinata, fatto salvo quanto stabilito dal comma 2, anche progressivamente, con uno o più decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione e l’innovazione, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze e di concerto, per quanto di competenza, con gli altri Ministri interessati. Nel caso in esame infatti gli standards qualitativi del servizio scolastico risultano già definiti dal d.P.R. 81/2009 e non vi sono quindi ragioni per negare l’applicazione del rimedio giudiziale”*. Il caso in questione pur riguardando l’azione promossa dai genitori di alunni della scuola elementare di Pontremoli che

¹⁹⁷ TAR Emilia-Romagna, Parma, 11 febbraio 2014 n. 37 oltre a quanto citato la sentenza indica espressamente che “La ratio di tale norma è quella di consentire ai Ministeri competenti di delineare in via preventiva gli obblighi previsti nella carta dei servizi sia per renderli omogenei nei vari settori della P.A., sia per dar modo ai gestori di adeguare l’efficacia della loro azione agli *standard* previsti con i suddetti obblighi”.

lamentavano l'eccessiva numerosità delle due classi prime consente al TAR Toscana di affermare il nuovo orientamento giurisprudenziale secondo cui pur in mancanza dei d.P.C.M. attuativi la *class action* può essere promossa in presenza di norme di legge che già disciplinano l'agire dell'erogatore di servizi pubblici e fissano *standard* o obblighi specifici.

Come detto dunque il cittadino-utente ha una nuova leva per far valere le proprie ragioni di fronte alle inefficienze dell'amministrazione, anche sanitaria, nella produzione del servizio con un istituto che mira chiaramente ad eliminare le disfunzioni e i disservizi dell'azione amministrativa.

2. Struttura della carta dei servizi in Sanità, identificazione e definizione dei servizi inclusi e garantiti

La carta dei servizi non è dunque una semplice guida ma un documento vincolante che stabilisce un "patto" tra l'ente erogatore e i propri utenti. L'ente assume una serie di impegni riguardo i servizi resi, le modalità di erogazione, gli *standard* di qualità ed, infine, informa gli utenti sulle modalità di tutela che ha previsto, come descritto nel paragrafo precedente.

Come indicato dal Dipartimento della funzione pubblica¹⁹⁸ l'accordo tra soggetto erogatore ed utente è essenzialmente basato su indicazione e definizione degli *standard*, semplificazione delle procedure, costruzione degli elementi che costituiscono il pacchetto dei servizi, promozione del servizio, predisposizione di procedure di ascolto e *customer satisfaction*, coinvolgimento e partecipazione.

È sempre il Dipartimento della Funzione Pubblica che illustra cosa si intenda per servizio, che può essere definito come l'erogazione di una attività per lo più immateriale, prestata da persone per la soddisfazione del fruitore del servizio stesso. Un pacchetto di servizi è dunque costituito dall'insieme delle attività che l'organizzazione offre al proprio utente, composte da un nucleo centrale rappresentato dai contenuti fondamentali ed imprescindibili del servizio e una serie di elementi accessori che rappresentano una attrattiva in più del servizio, dal momento che possono essere o meno previsti dall'organizzazione erogatrice del servizio.

Il servizio, infine, si attua attraverso una organizzazione che prevede l'impiego di risorse umane, tecnologiche e degli utenti che concorrono attivamente alla produzione del servizio, fruendone, valutandolo ma anche fornendo indicazioni sui propri specifici bisogni.

Per la definizione dei servizi e la composizione della carta, il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 maggio 1995 "Schema generale di riferimento Carta dei Servizi Pubblici Sanitari"

¹⁹⁸ Materiale disponibile sul sito del Ministero per la Pubblica Amministrazione on-line su www.qualitapa.gov.it.

schematizza ed illustra i principi che ciascuna carta dei servizi deve rispettare, pur nell'autonomia organizzativa di ciascun ente erogatore.

Lo schema tipo è invece fornito dalle Linee-Guida n. 2/1995 "Attuazione della carta dei servizi nel sistema sanitario nazionale".

Secondo tali indicazioni la carta dei servizi di una Azienda USL, che deve ispirarsi a principi di uguaglianza, imparzialità, continuità, diritto di scelta, partecipazione, efficienza ed efficacia, sarà quindi strutturata in quattro sezioni:

Sezione I: Presentazione dell'Azienda Sanitaria e principi fondamentali;

Sezione II: Informazioni sulle strutture e servizi o forniti;

Sezione III: *Standard* di qualità, impegni e programmi;

Sezione IV: Meccanismi di tutela e verifica.

Nella I sezione l'Azienda si presenta ai suoi utenti, descrivendo la propria *mission*, i fini istituzionali ed i principi fondamentali ai quali intende uniformare l'erogazione dei servizi.

Nella II sezione devono essere fornite chiare informazioni sui servizi forniti, sulle modalità di accesso e di fruizione delle prestazioni nonché sulle sedi di erogazione. In questa sezione non potranno ovviamente essere fornite tutte le informazioni di cui il cittadino può avere bisogno, pertanto la Circolare prevede il rimando ad altre fonti normative che istituiscono e garantiscono ulteriori strumenti di informazioni per i cittadini tra cui l'art. 14 d.lgs. 502/1992, la Direttiva Presidente del Consiglio dei Ministri sulle informazioni agli utenti del 27 gennaio 1994 ed infine la legge di istituzione degli Uffici Relazione con il Pubblico¹⁹⁹.

È tuttavia la terza sezione a rappresentare l'elemento più innovativo e maggiormente caratterizzante della carta dei servizi. È qui infatti che le Aziende devono indicare i propri *standard* di qualità, gli impegni programmatici e gli strumenti di monitoraggio per la verifica dei risultati ottenuti.

Nella quarta sezione, infine, sono indicate le modalità di tutela del cittadino utente con indicazione delle modalità per presentare reclami, proporre suggerimenti e verificare gli impegni assunti dalle Aziende.

Per le Aziende Sanitarie territoriali ha sicuramente rappresentato una difficoltà non trascurabile l'individuazione dei servizi da indicare nella seconda sezione considerando che l'organizzazione ed i servizi resi sono in larga prestabiliti dal legislatore. Come diversi autori²⁰⁰ hanno rilevato la seconda

¹⁹⁹ L'introduzione degli URP avviene con d.lgs. n. 29/1993, abrogato con d.lgs. n. 165/2001, il quale ha disposto che le amministrazioni pubbliche individuino, nell'ambito della propria struttura, Uffici per le Relazioni con il Pubblico al fine di garantire la piena attuazione della l. 7 agosto 1990, n. 241.

²⁰⁰ G. CILIONE, *Diritto Sanitario*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore, 2012, pag. 222;

A. CICHETTI, *Le carte dei servizi: possibili strumenti di partecipazione e di misurazione della performance in ambito sanitario* in *Diritto amministrativo e società civile* – Volume II – *Garanzie dei diritti e qualità dei servizi*, Bologna, Bononia University Press, 2019, pag. 659.

sezione è presto divenuta una sorta di elenco del telefono con descrizioni più o meno dettagliate dei servizi e dell'organizzazione interna e lunghi elenchi di indirizzi e recapiti telefonici spesso già superati al momento della diffusione del documento.

2.1 La qualità: tra *standard* generali e specifici

Come si evidenziava poc'anzi la sezione terza rappresenta il cuore e l'essenza della carta dei servizi che con la definizione degli *standard* di qualità e di impegni programmatici si differenziano da semplici, per quanto utili, opuscoli informativi.

La definizione di *standard* di qualità impone alle Azienda l'adozione e la condivisione di meccanismi di verifica. È importante sottolineare che, benché le Linee Guida 2/1995 propongano alcune esemplificazioni, la definizione degli *standard* deve avvenire a livello locale. Pertanto, ogni Azienda dovrà definire i propri *standard* ed i propri percorsi di verifica e tutela per consolidare quel patto tra Amministrazione e utenti.

Gli *standard* di qualità che costituiscono obiettivi di qualità o punti di riferimento sia per i cittadini che per gli operatori si traducono in obiettivi dichiarati dall'Azienda sanitaria e costituiscono forme di garanzia all'utente sull'erogazione del servizio²⁰¹.

Gli *standard* possono essere generali o specifici; i primi sono riferiti al complesso delle prestazioni e dei servizi resi e sono verificabili sul piano collettivo, mentre i secondi fanno riferimento alle prestazioni singolarmente rese ad un determinato cittadino e sono da questi verificabili²⁰².

Gli *standard* di qualità possono essere, in modo quantitativo, sulla base di indicatori misurabili, o in forma qualitativa, sulla base di affermazioni di impegno verificabili. In entrambi i casi il tratto comune e caratterizzante degli *standard* è quello di fissare un obiettivo da raggiungere e di costituire un impegno da rispettare nei confronti dei cittadini.

Per l'adozione degli *standard* è utile richiamare le definizioni di fattori di qualità, indicatori di qualità e *standard* di qualità, fornite dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 19 maggio 1995 (cap. 2) i quali possono esser così definiti

“I fattori di qualità di un servizio sono gli aspetti rilevanti per la percezione della qualità del servizio da parte dell'utente che fa l'esperienza concreta di quel servizio. I fattori possono essere aspetti oggettivi (qualitativi o quantitativi), o soggettivi, rilevabili cioè solo attraverso la raccolta della percezione dell'utenza. Gli indicatori di qualità sono variabili quantitative o parametri qualitativi che registrano un certo fenomeno, ritenuto appunto "indicativo" di un fattore di qualità. Uno standard di qualità è un valore atteso per un certo indicatore.”

²⁰¹ B. SUSIO e G. BARBIERI, *Qualità alla carta*, Milano, FrancoAngeli, 2002, pag. 69.

Per approfondimenti L. LO SCHIAVO, *Standard di qualità e carta dei servizi*, *Prospettive sociali e sanitarie*, n. 1/1997, pagg. 14-18.

²⁰² D.P.C.M. 19 maggio 1995, Schema generale di riferimento della “Carta dei servizi pubblici sanitari”.

Con l'adozione della carta dei servizi dunque ogni Azienda Sanitaria dovrà individuare i propri indicatori e fissare i propri *standard* di qualità, sia generali che specifici. I decreti citati e le Linee Guida non fissano alcuno *standard* di qualità dei servizi ma lasciano che ogni Azienda fissi liberamente gli *standard* più opportuni per la singola realtà. Viene invece ben specificato che gli *standard* devono riguardare l'intera esperienza del cittadino che viene a contatto con le Aziende Sanitarie e devono toccare tutti i fattori percepibili dall'utente.

Solo la qualità tecnica delle prestazioni sanitarie è esclusa da essi in quanto la sua valutazione necessita di strumenti e competenze non generalmente disponibili all'utente del Servizio Sanitario.

Sempre nella terza sezione della carta dei servizi, accanto agli *standard* di qualità, trovano posto gli obiettivi di qualità, ovvero gli impegni che le Aziende assumono con i propri utenti sia sui fattori di qualità sia attraverso la programmazione di azioni o interventi che l'Azienda si impegna ad attivare nel corso di validità della carta.

I cittadini trovano negli *standard* una guida ai livelli di qualità del servizio e possono utilizzarli per verificare concretamente il rispetto di quanto contenuto nella carta dei servizi e contemporaneamente orientarsi nella scelta della struttura sanitaria a cui rivolgersi. Gli *standard* sono dunque livelli attesi di qualità del servizio all'utenza che impegnano l'Azienda per assicurarne il rispetto. La finalità degli *standard* della carta dei servizi è dunque quella di fornire una garanzia all'utenza sul livello atteso di qualità del servizio. Per questo gli *standard* devono essere dichiarati pubblicamente, conosciuti dall'utente e formulati con linguaggio chiaro affinché siano comprensibili e appropriati rispetto alla valutazione che ne può fare l'utente.

3. Com'è oggi la carta dei servizi delle Aziende Sanitarie

Dopo aver analizzato il contesto storico in cui si inserisce l'introduzione della carta dei servizi in ambito pubblico ed in particolare in sanità, le forme di tutela del cittadino che offre la carta, nonché la struttura del documento stesso, così come era stata pensata e progettata dal Governo, vediamo come lo strumento è oggi utilizzato dalle Aziende Sanitarie.

Esamineremo di seguito alcuni esempi per verificare se dalla prima metà degli anni '90 ad oggi si sia evoluta la stesura del documento o se, invece, rispetti ancora i dettami pensati all'epoca dell'introduzione.

Da una prima analisi si può affermare che molte Aziende Sanitarie stanno percorrendo percorsi paralleli, alcune introducendo evidenti novità alla struttura della carta, altre invece sono impegnate nell'aggiornamento di un documento ormai consolidato ma poco innovativo.

In particolare, si ritiene possa essere utile comprendere se nell'ambito delle Aziende Sanitarie pubbliche vi sia ancora margine di autonomia delle Aziende nel compilare la carta dei servizi viste le risorse economiche limitate e una organizzazione spesso derivante da dettati normativi precisi. Si pensi, ad esempio, alle Case della Salute presenti in Emilia-Romagna, applicazione regionale delle norme contenute nella c.d. legge Balduzzi²⁰³ o alla gestione delle liste d'attesa per quanto attiene la specialistica ambulatoriale che ciascuna Regione ha disciplinato in maniera autonoma seppur le linee guida o direttive discendano per tutti dal Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa²⁰⁴, fino alle prestazioni garantite dal SSN chiaramente ed espressamente definite attraverso i LEA aggiornati con d.P.C.M. del 12 gennaio 2017²⁰⁵.

In questo contesto quali servizi vengono oggi promossi, quali *standard* vengono oggi garantiti? La carta dei servizi è ancora uno strumento attraverso cui il cittadino può vantare richieste, serve ad orientare il consumatore a scegliere o preferire una struttura piuttosto che un'altra oppure per le Aziende è un mero adempimento formale privato di molti dei suoi contenuti originali e caratterizzanti? Probabilmente, come si avrà modo di vedere in seguito, oggi la carta dei servizi rappresenta per le Aziende che hanno saputo cogliere la vera natura dello strumento un elemento di distinzione e soprattutto di promozione delle proprie attività e dei percorsi virtuosi assistenziali, di cura, ricerca o innovazione. Uno strumento, dunque, con cui posizionarsi sul mercato, attrarre clienti e probabilmente orientare l'Azienda stessa a nuovi obiettivi di *performance*.

3.1 Azienda USL di Bologna

L'Azienda USL di Bologna è la maggior Azienda Sanitaria della Regione Emilia-Romagna e forse dell'intero territorio nazionale per dimensioni e complessità assistenziale. Si estende su un territorio di oltre 3.000 chilometri quadrati comprendente 46 Comuni e una popolazione di oltre 870.000 abitanti. L'Azienda è articolata in 6 distretti territoriali e ha al suo interno 9 presidi ospedalieri, diverse Case della Salute e poliambulatori diffusi su tutto il territorio.

²⁰³ Decreto legge 13 settembre 2012, n. 158 Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute, G.U. n. 214 del 13-9-2012 decreto-legge convertito con modificazioni dalla l. 8 novembre 2012, n. 189.

²⁰⁴ Repertorio atto n. 28/CSR Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266.

²⁰⁵ Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. GU Serie Generale n. 65 del 18-3-2017 – Suppl. Ordinario n. 15.

La carta dei servizi dell’Azienda USL di Bologna²⁰⁶, nonostante la complessità organizzativa e l’evidente vastità del territorio, si presenta come uno strumento estremamente snello che supera totalmente il modello proposto dallo schema tipo approvato nel 1995 ed in sole 16 pagine e due capitoli denominati “Introduzione” e “Le garanzie” descrive per sommi capi l’organizzazione aziendale per poi soffermarsi sulle garanzie offerte a tutela dei cittadini.

Le garanzie ed i diritti dei cittadini non sono genericamente enunciati ma, dopo aver indicato gli *standard* generali che interessano l’esperienza complessiva del cittadino, vengono dichiarati gli impegni specifici per ogni ambito di erogazione dei servizi, ovvero quanto il cittadino potrà richiedere allorquando esegue prestazioni territoriali, piuttosto che di ricovero ospedaliero.

Poche righe sono dedicate alla verifica delle garanzie, che possono attuarsi attraverso la somministrazione di questionari sulle qualità percepita, attraverso *report* sulle attività svolte o attraverso la verifica a campione della documentazione sanitaria. Molti degli indicatori, tuttavia, sono direttamente verificabili dal cittadino stesso come quando nella sezione dedicata alla Prevenzione viene assicurata la chiamata attiva per gli *screening* a tutta la popolazione *target* o che le persone con sospetta neoplasia del colon ricevono il risultato della biopsia entro 10 giorni dall’esecuzione o ancora quando nella sezione dedicata alla assistenza territoriali viene garantito che gli interventi e la presa in carico della persona al proprio domicilio (Assistenza domiciliare) avvengono entro 3 giorni lavorativi dalla richiesta del medico di famiglia o del pediatra di libera scelta. Quindi non dichiarazioni di principio, ma impegni facilmente misurabili dal paziente e dai suoi familiari.

Vista la complessità organizzativa dell’Azienda USL di Bologna e probabilmente comprendendo di non poter soddisfare tutte le esigenze conoscitive dei cittadini sono state predisposte ulteriori carte dedicate a specifici dipartimenti o strutture aziendali tra cui la carta dei servizi dell’IRCCS “Istituto delle scienze neurologiche di Bologna”, la carta dei medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale, la carta dei servizi del Laboratorio Unico Metropolitano ed infine la carta dei servizi del Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale dell’Area Metropolitana di Bologna.

Questa scelta consente di dedicare la giusta attenzione a servizi peculiari, che hanno necessariamente i propri *standard* erogativi e offrono garanzie specifiche agli utenti che non sono, per molti aspetti, sovrapponibili a quelli generali dell’Azienda, organizzando quindi una carta dei servizi mirata e pensata espressamente per l’utente di quel determinato servizio.

²⁰⁶ A cura di Comunicazione e relazioni con il cittadino Azienda USL di Bologna, luglio 2019, disponibile on line su www.ausl.bologna.it.

Quella di AUSL Bologna è, dunque, una carta, o meglio, un sistema di carte dei servizi che, pur differenziandosi dallo schema tipo del 1995, ha saputo mantenere fede al principio ispiratore redigendo documenti specifici ma proprio per questo direttamente conoscibili dal fruitore del servizio e con indicatori e *standard* verificabili direttamente.

3.2 Azienda Sanitaria Unica Regionale Marche

Ancora diverso è il caso della carta dei servizi della Azienda Sanitaria delle Marche. ASUR Marche, nata con la legge regionale n. 13/2003, è costituita a livello organizzativo e funzionale da 5 Aree Vaste, istituite con Legge Regionale 1 agosto 2011 n. 17 che ricomprendono le storiche ex n. 13 Zone Territoriali.

La carta dei servizi viene separata in due documenti distinti: una Guida ai servizi e la Carta dei servizi propriamente detta.

La prima si pone l'obiettivo di consentire un'adeguata conoscenza delle attività offerte e delle modalità di accesso alle cure presenti nelle strutture e nei territori di riferimento, svolgendo una funzione tipicamente informativa e di comunicazione, la seconda invece si propone quale "significativa occasione di miglioramento gestionale dei servizi, attraverso la pubblicazione degli *standard* di qualità dei servizi e degli obiettivi di miglioramento a breve/medio/lungo termine degli stessi. Un impegno forte nei confronti dei cittadini che saranno in grado di verificare il raggiungimento di quanto dichiarato. Per questa parte, in modo speciale, la carta dei servizi diventa uno strumento strategico per il *management* e per gli operatori sanitari stessi in rapporto ad un uso corretto delle risorse disponibili, garantendo efficienza ed efficacia all'attività sanitaria svolta"²⁰⁷ in questo modo la carta viene ad essere fortemente connotata come strumento per il miglioramento della *performance* come meglio si dirà nel capitolo seguente.

Quella di ASUR Marche è evidentemente una realtà organizzativa ancora in evoluzione, pertanto la carta, disponibile oggi sul sito istituzionale dell'Azienda, si pone come obiettivo principale la realizzazione di un modello unico provinciale non solo di stesura del documento ma di omogeneizzazione di servizi offerti ai cittadini marchigiani al fine di garantire ed agevolarne la comprensione, la verifica e il confronto.

Nel frattempo, sono stati comunque definiti, come anticipato nella carta dei servizi, una serie di indicatori di qualità comuni su tutto il territorio aziendale e per tutti i servizi al fine di assicurare un impegno da parte di tutti gli operatori aziendali e monitorarne il miglioramento.

²⁰⁷ Carta dei Servizi dell'Asur Marche, anno 2018, disponibile on line su www.asur.marche.it.

Appare evidente il tentativo da parte dell'Azienda di garantire ai propri cittadini uguali *standard* e uguali garanzie su tutto il territorio regionale in modo che l'unificazione non sia un'operazione solo sulla carta ma consenta un reale godimento di diritti e pari garanzie in qualunque punto erogativo il cittadino esegua la prestazione.

3.3 Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico Sant'Orsola-Malpighi

Esempio di carta dei servizi molto diversa rispetto a quelle appena illustrate appare quella dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna²⁰⁸. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi è l'ospedale sede della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università *Alma Mater Studiorum* di Bologna. Ha un'estensione di circa 1,8 Km e un'organizzazione logistica che si struttura in 27 Padiglioni, 5.185 dipendenti, compresi i ricercatori e i medici universitari. Il Policlinico rappresenta un centro di riferimento nazionale ed internazionale per diverse patologie, organizzato in 9 Dipartimenti ad attività integrata (ospedaliera e universitaria) cui afferiscono le 87 Unità Operative, è dotato di 1.487 posti letto e vi si effettuano circa 65.000 ricoveri all'anno e oltre 3.000.000 di prestazioni specialistiche per esterni.

Una realtà dunque complessa dal punto di vista organizzativo, ma punto di riferimento non solo per la città e la Regione ma per l'intero territorio nazionale. Nel 2016 infatti la mobilità attiva registrata dal Policlinico rappresentava l'85% della mobilità attiva extraregionale delle Aziende ospedaliero-universitarie dell'Emilia-Romagna.

La carta dei servizi comprende non solo l'organizzazione ma punta a far conoscere ai cittadini i servizi offerti dalla struttura. Per questo motivo è stato dato particolare rilievo alla sezione dedicata ai servizi, che occupa oltre 30 pagine, nelle quali vengono illustrati tutti i percorsi assistenziali, le prestazioni erogate, le modalità di prenotazione, accesso, ecc. Il documento è corredato da numeri di telefono, indirizzi di posta elettronica e ogni altro canale utile per metter in contatto il cittadino con la Unità Operative delle strutture. Nella prima parte di questo capitolo abbiamo sottolineato come molte carte dei servizi si siano nel tempo trasformate in una sorta di elenco telefonico. In questo esempio specifico la struttura, seppur articolata e puntuale, non appare per nulla pesante ma anzi perfettamente conforme alle esigenze aziendali ovvero, a mio avviso, quella di porsi sul mercato, mostrare le proprie eccellenze e attrarre clienti. Questo atteggiamento appare del tutto comprensibile per una Azienda Ospedaliero-Universitaria che non viene finanziata a quota capitaria ma sulla base delle prestazioni

²⁰⁸ Carta dei Servizi Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, gennaio 2019, disponibile on line su www.aosp.bo.it.

che eroga o per DRG (*diagnosis related groups* – raggruppamenti omogenei di diagnosi)²⁰⁹ e accordi di fornitura con le Aziende sanitarie che insistono sul territorio.

Agli *standard* e alle garanzie dei cittadini è dedicato il capitolo 4 della carta, organizzato in diverse sezioni che trattano aspetti relazionali, informazioni e comunicazione, umanizzazione, tempi e accessibilità, aspetti alberghieri e *comfort*. Esso propone al lettore semplici schede, ciascuna articolata in quattro colonne “impegno, indicatore, *standard*, valutazione”, che consentono una lettura rapida ed una comprensione agevole degli impegni assunti dall’Azienda.

La carta si conclude con una sezione dedicata ai diritti-doveri dei cittadini nella quale vengono elencati tutti i diritti del paziente e dei suoi familiari ponendo davvero il cittadino al centro del processo assistenziale.

3.4 Azienda Sanitaria Regionale Molise

Del tutto peculiare appare la carta dei servizi dell’Azienda Sanitaria Regionale del Molise, che nel 2018 ha pubblicato una carta dedicata al cittadino-turista²¹⁰. La carta, pubblicata da Azienda Sanitaria Regionale del Molise e dalla Regione Molise, illustra tutti i servizi che la sanità molisana offre ai turisti che visitano la Regione nel periodo estivo. Questa pubblicazione, come enunciato nella presentazione del Direttore Generale, ha anche lo scopo di fornire alle imprese del settore uno strumento idoneo a comunicare agli utenti le condizioni organizzative sul fronte della salute nella Regione. L’ottica generale in cui si sviluppa la carta dei servizi sanitari per i turisti è quella della riqualificazione dell’offerta turistica, nonché della semplificazione del rapporto turista/operatore sanitario, per garantire servizi pubblici di qualità.

Il documento si compone di due sezioni, la prima è la carta dei servizi sanitari, la seconda consiste in un opuscolo del viaggiatore dedicato a tutti coloro che vogliono intraprendere un viaggio in Italia o all’estero.

La prima sezione, quella che interessa maggiormente in questo contesto, contiene una elencazione puntuale di tutti i servizi offerti dalla rete territoriale ed ospedaliera ai turisti, adulti e bambini, o altri soggetti con particolare necessità (ad esempio i dializzati) che tuttavia la rende difficilmente qualificabile come una vera carta dei servizi in quanto non vengono dichiarati gli impegni dell’Azienda a garanzia dei cittadini. La carta appare in questo senso una Guida Pratica per il

²⁰⁹ La classificazione DRG è stata adottata per essere utilizzata come riferimento ai fine della remunerazione dell’attività ospedaliera di ricovero a cui attribuire tariffe predeterminate. Ultimo aggiornamento Decreto Ministero della Salute 18-10-2018 “Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post-acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale”, GU Serie Generale n. 23 del 28-01-2013 - Suppl. Ordinario n. 8.

²¹⁰ Carta dei Servizi Sanitari per il cittadino-turista in Regione Molise, anno 2018, disponibile on line su www.asrem.gov.it.

Cittadino, con illustrazione dei servizi erogati che possano in qualche modo concorrere ad una maggior attrattiva turistica della Regione ma poco o nulla dice di cosa possano aspettarsi i turisti, molisani e non, da questi servizi, anche se la sola presenza dell'elenco completo dei medici di medicina generale o pediatri di libera scelta che offrono assistenza ai turisti presuppone uno sforzo organizzativo importante ed un impegno concreto dell'Azienda per garantire un servizio che non è certamente scontato.

Da questo punto di vista appare una garanzia per il turista e per il cittadino anche lo sforzo organizzativo, visto come una intera organizzazione che si mette al servizio dei cittadini che sceglieranno di soggiornare in Molise durante il periodo estivo.

4. Conclusioni

Per la trattazione di questo argomento ho cercato di seguire un unico filo conduttore che permettesse di rispondere ad alcune domande e considerazioni circa la natura, non solo giuridica, della carta dei servizi, la sua valenza e la sua funzione oggi, a venticinque anni dalla sua adozione. Per fare questo ho dunque cercato di approntare un confronto tra il periodo ed il contesto, anche storico, in cui le carte dei servizi sono state introdotte e l'oggi.

Come abbiamo avuto modo di analizzare, dunque, la carta dei servizi pubblici, non solo sanitari, nasce in un momento storico contraddistinto dalla spinta innovativa del Servizio Sanitario e più in generale della Pubblica Amministrazione. Un servizio sanitario che agisce da azienda, cercando di assumerne la struttura manageriale e gli strumenti di governo, ed una PA che apre le proprie porte allo scopo di portare a conoscenza degli amministrati i propri procedimenti amministrativi e consentire in tal modo una maggior partecipazione e verifica del proprio agire. In questo clima cresce, dunque, l'esigenza da parte degli erogatori di servizi pubblici di compiere uno sforzo nell'intraprendere azioni di "pubblicità" dei servizi, manifestazioni di intenti e esplicitazione di obiettivi da rispettare attraverso lo strumento della carta dei servizi.

La carta diventa dunque uno strumento di conoscenza, partecipazione, impegno ma anche uno strumento attraverso cui il cittadino esercita un diritto pretensivo nei confronti dell'erogatore di servizio pubblico. Le Aziende si assumono l'impegno di rispettare le promesse espresse mentre resta in capo al cittadino il diritto di pretendere ciò che è stato promesso e dichiarato.

Nonostante la natura giuridica della carta dei servizi, come illustrato, sia un tema piuttosto dibattuto, come la sua stessa cogenza, l'adozione della carta rimane un elemento primario richiesto, almeno in Regione Emilia-Romagna, nel percorso di accreditamento delle strutture sanitarie.

Oggi, come noto, sono diverse sono le azioni che possono essere promosse dal cittadino-utente contro l'amministrazione inadempiente. Tuttavia ritengo che in questo momento la forza giuridica dello strumento sia in qualche misura attenuata da una serie di vincoli e condizionamenti esterni di cui,

spesse volte, le Aziende non possono essere ritenute responsabili in quanto non generate da inefficienza o inefficacia dell'azione amministrativa. Lo stesso istituto della *class action* pubblica, finalizzato alla rimozione delle inefficienze, consente all'amministrazione di evitare la condanna allorché disfunzioni o disservizi siano imputabili a carenze strutturali per il superamento delle quali è richiesto un impegno di risorse finanziarie sproporzionato in relazione alle finalità che si intendono perseguire. Il giudice, infatti, nel giudizio di sussistenza delle lesioni, non può non tener conto delle risorse strumentali, finanziarie e umane concretamente a disposizione delle amministrazioni.

Ecco quindi che intendere la carta dei servizi come uno strumento utilizzabile dagli utenti del Servizio Sanitario contro il Servizio stesso appare alquanto incoerente. In questa nuova ottica, le carte dei servizi possono divenire utili strumenti di programmazione, pianificazione, miglioramento e monitoraggio della *performance*. Strumenti attraverso cui le Aziende si impegnano a garantire servizi di qualità in un clima di ascolto e partecipazione e tensione continuo al miglioramento.

In qualche modo si potrebbe, infine, affermare che, riscoprendo le originarie motivazioni che spinsero il Legislatore ad introdurre la carta dei servizi pubblici, questo strumento rinnova oggi la sua valenza e poco importa se la struttura sia o meno aderente alle linee guida del '95: ciò che le Aziende debbono saper cogliere, per mantenere viva l'utilità e la forza dello strumento, è l'opportunità che essa offre, opportunità di porsi come ponte tra amministrazione e cittadini ma anche come valido elemento di comunicazione, interna ed esterna, utile non solo per descriversi e "raccontarsi" ma anche e soprattutto per pianificare la propria azione.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. *Riordino e disciplina in materia sanitaria: commento al decreto legislativo 30 dicembre 1992*, n. 502, Rimini, Maggioli Editore, 1993
- C. BOTTARI, *Profili innovativi del sistema sanitario*, Torino, G. Giappichelli Editore, 2018
- C. BOTTARI, *Tutela della salute ed organizzazione sanitaria*, Torino, G. Giappichelli Editore, 2011
- G. CAIA, *Funzione pubblica e servizio pubblico. La disciplina dei servizi pubblici. L'organizzazione dei servizi pubblici*, in L. MAZZAROLLI, G. PERICU, A. ROMANO, F.A. ROVERSI MONACO, F.G. SCOCA, *Diritto Amministrativo*, Bologna, Monduzzi, 1998
- M. CALABRÒ, *La carta dei servizi, rapporto di utenza e qualità della vita*, in *Diritto Amministrativo*, n. 1-2/2014, pagg. 373-421
- S. CASCIOLI, *La carta dei servizi sanitari nel sistema generale della carta dei servizi: evoluzione, realtà e prospettive*, in *Il diritto sanitario moderno*, 2004, fasc. n. 103, pagg. 137-147
- A. CICHETTI, *Le carte dei servizi: possibili strumenti di partecipazione e di misurazione della performance in ambito sanitario* in *Diritto amministrativo e società civile – Volume II – Garanzie dei diritti e qualità dei servizi*, Bologna, Bononia University Press, 2019
- G. CILIONE, *Diritto Sanitario*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore, 2012
- A. CORUBOLO, *La risarcibilità degli interessi legittimi: evoluzione e brevi spunti critici anche alla luce di Cass. Sez. I n. 157 del 10 gennaio 2003*, in *Diritto&Diritti*, Rivista giuridica elettronica, 2003
- C. DEODATO, *L'azione collettiva contro la P.A.: per l'efficienza dell'Amministrazione: commento organico al decreto legislativo 20 dicembre 2009, n. 198*, Roma, Nel Diritto, 2010
- A. FABRI, *Le azioni collettive nei confronti della pubblica amministrazione nella sistematica delle azioni non individuali*, Roma-Napoli, Edizioni Scientifiche, 2011
- C.E. GALLO, *Gli utenti del Servizio Sanitario e le loro situazioni soggettive in Riordinamento del servizio sanitario nazionale*, a cura di F. Roversi Monaco, Bologna, Maggioli Editore, 1990
- G. GARDINI, *L'imparzialità amministrativa tra indirizzo e gestione: organizzazione e ruolo della dirigenza pubblica nell'amministrazione contemporanea*, Milano, Giuffrè, 2003
- L. IANNUCILLI e A. DE TURA, *Il principio di buon andamento dell'amministrazione nella giurisprudenza della Corte Costituzionale*, in www.cortecostituzionale.it
- L. IEVA, *Tutela dell'utente e qualità dei servizi pubblico: dall'organizzazione alla carta dei servizi*, Assago, IPSOA, 2002
- C. LACAVALA, *L'attuazione della carta dei servizi pubblici*, in *Giornale di diritto amministrativo*, n. 9/1999
- F. LOGOLUSO, *Tutela del consumatore e azioni collettive di classe: aggiornato al nuovo art. 140 bis del codice del consumo, al d.lgs. 4 marzo 2010, n. 28, sulla mediazione civile ed al d.lgs. 20 dicembre 2009, n. 198, sulla class action pubblica*, Roma, Dike, 2010

- L. LO SCHIAVO, *Standard di qualità e carta dei servizi*, in *Prospettive sociali e sanitarie*, n. 1/1997, pagg. 14-18
- L. LO SCHIAVO, *La carta dei servizi nel cestino dei rifiuti?* In *Rivista trimestrale di scienze dell'amministrazione*, n. 2/1997, pagg. 53-82
- M.V. LUPÒ AVAGLIANO (a cura di), *L'efficienza della pubblica amministrazione: misure e parametri*, Milano, Franco Angeli, 2011
- M.L. MADDALENA e M. SANTISE, *Rassegna Monotematica di Giurisprudenza*, Consiglio di Stato, Ufficio Studi, massimario e formazione, 31 dicembre 2018
- A. MARRA, *Etica e performance nella pubblica amministrazione: strumenti e strategie per una gestione efficace e trasparente della res publica*, Milano, Franco Angeli, 2006
- R. REMOTTI, *Imparzialità e buon andamento nel pubblico impiego alla luce di principi costituzionali*, in *Diritto&Diritti*, Rivista giuridica elettronica, 2004
- G. OLLA, *Il management nell'azienda sanitaria: il finanziamento in base ai DRG, i modelli di organizzazione sanitaria, la valutazione della qualità ed il controllo di gestione*, Milano, Giuffrè, 1996
- F. PUGLIESE, *Le carte dei servizi. L'autorità di regolazione dei servizi pubblici essenziali. I controlli interni*, in *Riv. Trim. App.*, 1995, pag. 240
- M.A. SANDULLI et al., *L'azione amministrativa: commento alla L. 7 agosto 1990, n. 241 modificata dalla L. 11 febbraio 2005, n. 15 e dal D.L. 14 marzo 2005, n. 35*, Milano, Giuffrè, 2005
- B. SUSIO e G. BARBIERI, *Qualità "alla Carta" – Verso l'eccellenza con la carta dei servizi*, Milano, Franco Angeli, 2002
- C. UGOLINI, *Libertà di scelta in sanità*, Bologna, Il Mulino, 1999
- R. URSI, *Le stagioni dell'efficienza: i paradigmi giuridici della buona amministrazione*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2016
- G. VESPERINI, *La carta dei servizi pubblici: erogazione delle prestazioni e diritti degli utenti*, Rimini, Maggioli Editore, 1997

CAPITOLO III

LA CARTA DEI SERVIZI IN AMBITO SANITARIO: STRUMENTO DI VERIFICA DI EFFICIENZA

Laura Tamagnini

SOMMARIO:

1. La carta dei servizi in un'ottica di amministrazione di risultato: strumento per migliorare la qualità e la *performance* di struttura e prestazioni; **1.1** Sistemi di verifica previsti dalla carta; **1.2** Gestione delle *performance*; **1.2.1** Gli strumenti di gestione delle *performance*; **1.2.2** L'Azienda USL di Reggio Emilia; **2.** Patto formalizzato tra cittadini e Azienda-Struttura sanitaria: "Mezzo di partecipazione e di Comunicazione Efficace"; **3.** La Carta dei Servizi oggi – Danno da disservizio; **3.1** Azioni di tutela che può promuovere il cittadino all'interno della carta; **3.2** Casi; Conclusioni: considerazioni del relatore;

Bibliografia e Sitografia

Allegati

1. Carta dei servizi in un'ottica di amministrazione di risultato: mezzo per migliorare la qualità e la *performance* di struttura e prestazioni

La carta dei servizi²¹¹ è uno strumento introdotto nelle amministrazioni pubbliche per la realizzazione del diritto fondamentale del cittadino/utente alla qualità del servizio. Con carta dei servizi si intende un patto fiduciario tra azienda e cittadino attraverso il quale si forniscono informazioni sui servizi erogati, sugli *standard* di qualità offerti e sulle modalità di partecipazione dei cittadini. La carta tratta quattro funzioni fondamentali:

1. informazione e accoglienza;
2. tutela;
3. partecipazione;
4. valutazione della qualità del servizio²¹².

Le aziende sanitarie definiscono autonomamente i contenuti specifici delle proprie carte dei servizi, uniformandosi ai principi generali richiamati e fissati nel D.P.C.M. 19 Maggio 2005²¹³ e tenendo conto dei suggerimenti offerti dal Ministro della sanità, contenuti nelle linee guida 2/1995, le quali forniscono un modello di carta, con valore meramente orientativo²¹⁴. Una carta dei servizi di una Ausl dovrà pertanto articolarsi in quattro sezioni. Nella prima sezione il soggetto erogatore “si presenta al cittadino”, dichiarando la propria *mission* aziendale, i propri fini istituzionali nonché i principi fondamentali ai quali intende uniformare l'erogazione del servizio. Nella seconda sezione provvede a fornire le più chiare informazioni possibili sulle strutture ed i servizi forniti ovvero reparti e servizi con indicazione del responsabile, attività ambulatoriali presenti, *comfort*, modalità di accoglienza ed ulteriori eventuali informazioni di dettaglio delle strutture; descrive dettagliatamente la tipologia delle prestazioni fornite. Nella terza sezione le aziende sanitarie devono indicare i propri *standard* di qualità (generali o specifici) e gli strumenti di verifica adottati per controllarne il rispetto, gli impegni

²¹¹ C. ROMAGNOLI, *Carta dei Servizi e indagine di custode satisfaction*, Tesi di dottorato di ricerca in Sociologia, Facoltà di Scienze Politiche, Università degli Studi di Bologna, 2009/2010, pp. 7 ss.

²¹² Per approfondimenti sul tema: qualità del servizio, v. M. FERTONANI, *L'evoluzione dei sistemi di valutazione delle competenze manageriali*. Franco Angeli, Milano, 2005

²¹³ Decreto Presidente Consiglio dei Ministri 12 Gennaio 2017, supplemento n. 15 – Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (GU n. 65 del 18-03-2017 – Suppl. Ordinario n. 15)

Per approfondimenti sul tema: livelli essenziali di assistenza, v. G. GUERRA, *I nuovi Livelli essenziali di assistenza sanitaria*, in *Politiche sanitarie: economia, organizzazione e valutazione dei servizi sanitari*, Roma, 2000

²¹⁴ G. CILIONE, *Diritto Sanitario: profili costituzionali, legislativi e amministrativi; ripartizione delle competenze istituzionali; organizzazione, prestazioni e funzionamento del servizio pubblico; ruolo dei soggetti sanitari privati; disciplina delle professioni e del sistema delle responsabilità*, Santarcangelo di Romagna (RN), 2012, pp. 219 ss.

sulle caratteristiche di qualità dei servizi offerti, i programmi di miglioramento di quelli da attivare; gli *standard* di qualità²¹⁵ devono riguardare l'intera esperienza del cittadino che viene a contatto con le strutture sanitarie e devono toccare tutti i fattori percepibili dall'utente. La terza sezione costituisce la parte più innovativa e più caratterizzante delle carte dei Servizi delle strutture sanitarie, perché l'assunzione diretta di obiettivi richiede l'adozione di meccanismi di misurazione dei risultati per poter verificare gli impegni assunti.

La funzione di *standard* di qualità del servizio risponde all'obiettivo di rendere misurabili le prestazioni erogate, trasformando la qualità del servizio in un dato quantitativo. In questa sezione possono essere contenuti obiettivi di qualità sotto forma di impegni che la Ausl assume nei confronti dei cittadini/utenti sui fattori di qualità riportati nei modelli ad albero presenti nello schema generale di riferimento della carta dei servizi sanitari pubblici (D.P.C.M. 19 Maggio 1995) o di programmi di azione che l'azienda sanitaria si impegna ad attivare nel corso di validità della carta. E' la carta dei servizi stessa a fornire alle aziende sanitarie indicazioni metodologiche precise per l'adozione degli *standard* ed a spingere a considerare la differenza esistente tra fattori, indicatori e *standard* di qualità. Da una attenta interpretazione della carta emerge come i fattori di qualità di un servizio siano quegli aspetti rilevanti percepiti dall'utente che fa esperienza concreta di quel servizio e rispondenti ai suoi bisogni ed alle sue aspettative.

Gli indicatori di qualità sono invece variabili quantitative o parametri valutativi che registrano un concreto fenomeno, ritenuto indicativo di quel fattore di qualità; gli *standard* di qualità sono individuati come i valori attesi per un certo indicatore.

Ogni Ausl, partendo dall'analisi delle esigenze della propria utenza specifica, deve individuare i propri indicatori, fattori e *standard* di qualità. La carta lascia la possibilità a ogni responsabile di fissare gli *standard* più confacenti alla propria realtà. Nella quarta ed ultima sezione sono indicati tutti i meccanismi di tutela e verifica, le modalità di presentazione dei reclami, la verifica degli impegni assunti predisposti dall'azienda. E questa stessa forma di partecipazione avviene sia a livello regionale, che a livello nazionale, attraverso momenti di incontro e consultazione con le organizzazioni di volontariato e tutela dei diritti degli utenti²¹⁶.

²¹⁵ Per approfondimenti sul tema: standard di qualità, v. F. MARTINO, *La valutazione di modelli e sperimentazioni di progettazione partecipata, sociale e socio-sanitaria*, Tesi di Laurea, Bologna, 2016

²¹⁶ Per approfondimenti sul tema: tutela dei diritti degli utenti, v. R. FERRARA, *Salute e Sanità*, Milano, 2010

Il d.Lgs. n. 229 del 1999²¹⁷ ha rafforzato ed enfatizzato questa partecipazione all'art. 12: "Per le finalità del presente articolo (art. 14, comma 1, del d.Lgs. n. 502 del 1992²¹⁸ e successive modifiche ed integrazioni, terzo periodo) le regioni prevedono forme di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini e del volontariato impegnato nella tutela del diritto alla salute nelle attività di programmazione, al controllo ed alla valutazione²¹⁹ dei servizi sanitari a livello regionale, aziendale, distrettuale". La partecipazione delle associazioni diventa così capillare e si estende, oltre che a livello regionale, a livello di singola azienda sanitaria, esplicandosi nel processo di concertazione e condivisione degli impegni assunti nell'ambito della carte dei servizi, e a livello distrettuale, nella struttura specifica che eroga i servizi territoriali, in modo uniforme sull'intero territorio.

1.1 Sistemi di verifica previsti dalla carta

La valutazione del servizio attraverso il controllo del rispetto degli *standard* fissati è sia una garanzia per l'utente, sia un modo di valorizzare il ruolo delle associazioni e del volontariato. E' pertanto indispensabile che le strutture sanitarie, si dotino di diversi sistemi di verifica previsti dalla carta stessa: indagini sulla soddisfazione dell'utente; verifica pubblica del rispetto degli *standard* e degli impegni assunti, attraverso la conferenza dei servizi.

Le indagini di soddisfazione, i reclami, le conferenze di servizi sono gli strumenti principali di verifica degli *standard*. Il compito di svolgere l'importantissima funzione di coordinamento e controllo dell'utilizzo di questi strumenti è affidata ai comitati consultivi misti, che, agendo in un'ottica di reciproca collaborazione con le componenti aziendali, hanno l'obiettivo di stimolare e verificare il coinvolgimento dell'azienda nel processo di miglioramento della qualità della comunicazione con il cittadino.

Gli strumenti impiegati sono: l'attuazione di metodologie²²⁰ di rilevazione della qualità dal lato dell'utente, anche mediante formalizzati collegamenti con l'U.R.P., le iniziative di rilevazione della soddisfazione dell'utenza e/o iniziative di educazione e promozione della salute e di protezione dal rischio, l'attuazione delle proposte di miglioramento conseguenti l'analisi e la valutazione dei

²¹⁷ Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 - Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419. (GU Serie Generale n.165 del 16-07-1999 - Suppl. Ordinario n. 132)

²¹⁸ Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421". (GU Serie Generale n.4 del 07-01-1994 - Suppl. Ordinario n. 3)

²¹⁹ Per approfondimenti sul tema: valutazione, v. W. LEVATI, *L'analisi e la valutazione del potenziale delle risorse umane*, Franco Angeli, Milano, 1999

²²⁰ Per approfondimenti sul tema: tecniche e metodologie nell'*assessment* manageriale, v. A. D'ANTONIO CASTIELLO, *Psicodiagnosi manageriale. Impostazioni tecniche e metodologiche nell'assessment manageriale*. Franco Angeli, Milano, 2003

processi aziendali che determinano insoddisfazione dell'utente, l'aggiornamento della carta dei servizi stessa.

Questi organismi sono diventati nel tempo indispensabili nel processo di formulazione e successiva valutazione degli *standard* di qualità espressi nelle carte, finalizzati ad un miglioramento costante della qualità delle cure. Per misurare i risultati è necessario disporre di meccanismi di misurazione degli indicatori interni a cui sono stati applicati gli *standard* (per esempio se si fissa uno *standard* sul tempo medio di coda è necessario disporre di meccanismi di misura delle code e dei tempi di attesa). In mancanza di meccanismi di misurazione dei risultati la fissazione di *standard* può rivelarsi un esercizio inutile e anche dannoso perché solleva aspettative negli utenti che si rischia di non poter soddisfare.

Nel definire gli *standard di qualità*, ogni azienda sanitaria dovrebbe identificare le persone cui affidare responsabilità di assicurazione della regolarità e continuità di rilevazione degli indicatori e di segnalazione di scostamenti e imprevisti²²¹. Il coinvolgimento dei sanitari e dei tecnici è determinante per l'attendibilità delle rilevazioni. Quando ci si riferisce ad indicazioni metodologiche per l'adozione degli *standard* e gestione dei processi di miglioramento è opportuno chiarire la differenza tra fattori, indicatori e *standard* di qualità.

I fattori di qualità di un servizio sono gli aspetti rilevanti per la percezione delle qualità del servizio da parte dell'utente che fa l'esperienza concreta di quel servizio. I fattori possono essere aspetti oggettivi (qualitativi o quantitativi), o soggettivi, rilevabili cioè solo attraverso la raccolta della percezione dell'utenza.

Gli indicatori di qualità sono variabili o parametri qualitativi che registrano un certo fenomeno, ritenuto appunto "indicativo" di un fattore di qualità. Uno *standard* di qualità è un valore atteso per un certo indicatore: gli *standard* a loro volta si suddividono tra *standard* generali e *standard* specifici. Gli *standard* generali rappresentano obiettivi di qualità che si riferiscono al complesso delle prestazioni rese, e sono espressi in genere da valori medi statistici degli indicatori: gli *standard* specifici si riferiscono invece a ciascuna delle singole prestazioni rese all'utente, che può verificarne direttamente il rispetto, e sono espressi in genere da una soglia massima o minima relativa ai valori che l'indicatore può assumere.

Con l'adesione alla carta dei servizi del settore sanità ogni Ausl, partendo dall'analisi delle esigenze della propria utenza specifica, dovrà individuare i propri indicatori di qualità e fissare i propri *standard* di qualità (generali e specifici). Infatti, è importante sottolineare che la carta dei servizi non

²²¹ Per approfondimenti sul tema: indicatori di qualità, v. F. CAVALLO, *Qualità ed efficacia dei servizi sanitari: un sistema di indicatori per la programmazione regionale*, Milano, 1988

fissa centralmente gli *standard* di qualità del servizio²²², ma lascia ai singoli responsabili la possibilità di fissare gli *standard* più opportuni per la loro realtà.

Per tale motivo questo documento dà indicazioni, criteri di attuazione, linee guida e materiali esemplificativi, ma non modifica né leggi né regolamenti sanitari. Saranno le strutture sanitarie a cogliere l'opportunità di cambiamento, anche organizzativo, che l'adozione dei principi della carta offre e sollecita.

A partire dall'esperienza dell'utente, dunque, devono essere individuati i fattori della qualità del servizio da cui derivare indicatori e *standard*. Come primo passo occorre analizzare l'esperienza dell'utente; il modo migliore per costruire i fattori della qualità a partire dall'esperienza dell'utente è quello di ripercorrere l'esperienza del paziente, analizzando tutti i momenti del suo percorso della sua permanenza nella struttura o del suo contatto con gli erogatori del servizio sanitario e nell'individuazione dei fattori di qualità di un servizio sanitario, è necessario ricondursi dapprima a una serie di dimensioni generali che indicano i principali aspetti di qualità nelle attese dell'utenza. La qualità del servizio in sanità ruota intorno ad alcune dimensioni, come gli aspetti legati al tempo, la tempestività (velocità del servizio, brevità delle liste e delle file di attesa, ecc.), la puntualità, la regolarità (rispetto di programmi prefissati e comunicati)²²³; gli aspetti legati alla semplicità delle procedure, come la comodità di poter operare le richieste telefonicamente, o la facilità degli adempimenti amministrativi²²⁴; gli aspetti legati all'informazione relativa al trattamento sanitario: comprensibilità, chiarezza, completezza²²⁵; gli aspetti legati all'orientamento e all'accoglienza all'ingresso nelle strutture sanitarie, comprensivi della segnaletica, del servizio di *reception* e della necessaria informazione generale sui servizi (orari e collocazione dei servizi, nomi dei responsabili, modalità di richiesta, ecc.); gli aspetti legati alle strutture fisiche, il *comfort* e la pulizia delle strutture alberghiere, dei servizi, delle sale di attesa; gli aspetti legati alle relazioni sociali e umane: la personalizzazione e l'umanizzazione del trattamento, la capacità di rassicurazione, la cortesia e il rispetto della dignità, ecc. Il secondo passo della metodologia consiste dunque nell'individuare i fattori di qualità di un certo servizio attraverso l'incrocio tra i momenti dell'esperienza del paziente

²²² A. CICCETTI, *Diritto amministrativo e società civile, Volume II, Garanzie dei diritti e qualità dei servizi*, Bologna, 2019, pp. 644 ss.

²²³ A tal fine si può portare l'esempio di: un servizio di Cup telefonico, che viene valutato dall'utenza per la durata dell'attesa e la gentilezza dell'operatore

²²⁴ A tal fine si può portare l'esempio del: cambio del medico di base, che ad oggi può essere effettuato semplicemente mandando una mail al servizio Struttura Amministrativa Unificata di Base, senza recarsi allo sportello

²²⁵ A tal fine si può portare l'esempio di: ogni qualvolta si effettuano esami particolari, tipo esami genetici, avere del materiale informativo da leggere in via preventiva, che spiega lo scopo e dettaglia quello che si sta facendo

con le dimensioni generali della qualità del servizio suddetti. Il terzo passo riguarda la strutturazione dei fattori di qualità²²⁶. Lo scopo di questa rappresentazione è quello di individuare delle aree omogenee di fattori, in modo che siano possibili delle letture di sintesi, mantenendo però al contempo la lista di insieme su tutti i fattori e le fasi dell'esperienza dell'utente²²⁷. Al primo livello è opportuno collocare le principali fasi dell'esperienza, in modo da dare la massima evidenza al percorso all'interno della struttura sanitaria²²⁸. Al secondo livello dell'albero, all'interno di ciascuna delle fasi di primo livello, vanno individuate le sotto-fasi, se esistono, oppure le classi di fattori omogenei²²⁹. Il quarto passo consiste nel passaggio dai fattori agli indicatori di qualità. I fattori di qualità, organizzati nel modello suggerito, devono essere successivamente trasformati in indicatori di qualità, cioè in variabili quantitative o in parametri qualitativi che indicano, appunto, la qualità di un determinato fattore riferito ad uno specifico servizio. Gli indicatori di qualità del servizio possono essere di diversi tipi: indicatori di processo, derivanti da misure o valutazioni effettuate in continuo sullo svolgimento delle attività; indicatori di struttura, derivanti da rilevazioni periodiche sullo stato delle strutture fisiche e delle procedure; indicatori di esito, che nel caso della qualità del servizio assumono la forma di indicatori di soddisfazione degli utenti, derivanti da valutazioni degli utenti raccolte con appositi strumenti. I fattori di qualità si prestano in modo diverso a essere tradotti in indicatori; i fattori attinenti la qualità del servizio, come l'informazione, la personalizzazione e umanizzazione, sono in genere esprimibili con la massima efficacia solo con indicatori di soddisfazione, anche se è possibile talora ricorrere anche a indicatori di struttura. D'altra parte, i fattori di qualità attinenti alla dimensione temporale della qualità del servizio²³⁰ sono quelli che meglio si

²²⁶ L'albero della qualità costituisce una "mappa del miglioramento" di efficace impatto comunicativo sia per il cittadino sia per gli operatori del servizio sanitario. Conviene considerare il concetto dell'albero della *customer satisfaction*, partendo dalle macro-distinzioni che possono essere effettuate fra le dimensioni principali della qualità. I rami principali dell'albero possono essere suddivisi in ulteriori diramazioni e tante altre componenti ancora.

²²⁷ Per approfondimenti sul tema: procedure e qualità in sanità, esperienza dell'utente, v. A. PEDONE, *La sanità in Italia: qualità del servizio e sostenibilità finanziaria*, Milano, 2008

²²⁸ A tal fine si può portare l'esempio del: caso del ricovero ospedaliero, vanno sottolineati gli aspetti di ingresso, permanenza e uscita dalla struttura, mentre nel caso della visita o prestazione specialistica vanno messi in evidenza il primo contatto per la richiesta e la prenotazione, la prestazione vera e propria e l'eventuale ritorno per il ritiro del referto.

²²⁹ A tal fine si può portare l'esempio degli: aspetti alberghieri, aspetti sanitari, aspetti amministrativi, ecc.

²³⁰ Per approfondimenti sul tema: qualità del servizio sanitario, v. R. SANGIULIANO, *Diritto sanitario e servizio sanitario nazionale*, Napoli, 2011

A tal fine si può portare l'esempio di: tempestività, regolarità, puntualità.

R. BALMA, *La valutazione della qualità: una nuova frontiera del sistema sanitario nazionale*, Milano, 1989

P. DONATI, *Salute e complessità sociale: il ruolo della sociologia per un rinnovato servizio sanitario nazionale*, Milano, 1986

prestano ad essere espressi da indicatori di processo in forma quantitativa. Indicatori interni (di processo o di struttura) e di indicatori esterni (di soddisfazione dell'utente) possono essere utilizzati per effettuare confronti. E' preferibile utilizzare pochi indicatori semplici, rappresentativi delle reali priorità del servizio e delle iniziative di miglioramento in corso, anche in attesa dell'adozione del provvedimento attuativo dell'art. 14, comma 1, del d.Lgs 502/92. Infine occorre fissare gli *standard*, verificare i risultati ed aggiornare gli *standard*. E' per questo che la carta dei servizi si limita a fissare le linee generali del meccanismo di controllo (adozione di *standard*, informazione, valutazione, reclami, rimborsi, ecc.), e lascia agli enti erogatori di servizi pubblici (per esempio, le singole Ausl o le Aziende Ospedaliere) la facoltà di individuare propri *standard* generali e specifici, nonché di migliorare progressivamente i livelli attesi di qualità. In questo modo ogni ente erogatore può concentrarsi sulle proprie priorità, valutando la rilevanza e la fattibilità degli obiettivi e delle azioni di miglioramento. Si tratta di innescare un processo di miglioramento centrato sulle esigenze degli utenti e che coinvolga gli operatori, con la necessaria gradualità. E' fondamentale, quindi, individuare valori di riferimento (*standard*) realistici e focalizzati sulle priorità del miglioramento del servizio. Solo l'analisi specifica della situazione locale permette di individuare i fattori, gli indicatori e gli *standard* di qualità più appropriati. La metodologia qui descritta è da intendersi come un ausilio per procedere sulla strada della qualità del servizio²³¹, ma non può essere utilizzata senza la comprensione della singola realtà sanitaria e l'individuazione degli obiettivi di miglioramento. Questo è un compito che solo il *management* delle strutture sanitarie può portare avanti, nell'ambito delle indicazioni e delle metodologie suggerite centralmente.

Prendendo atto da tutte queste considerazioni, si evince che la soddisfazione dell'utente è spesso considerata un'importante componente della qualità dell'assistenza. La soddisfazione dell'utente, oltre a costituire di diritto l'obiettivo e l'esito dell'assistenza, può anche essere ritenuta come un contributo verso gli obiettivi ed esiti; un utente soddisfatto e partecipativo sarà un utente che ritorna in quella struttura sanitaria. La valutazione del livello di soddisfazione dell'utente è quindi un importante strumento da utilizzare ai fini della ricerca, di amministrazione e di programmazione.

1.2 Gestione delle *performance*

²³¹ Per approfondimenti sul tema: qualità dei servizi sanitari, v. A. M. ANGIULI, *La nuova sanità*, Rimini, 1995

A. DONABEDIAN, *La Qualità dell'assistenza sanitaria*, titolo originale: *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*, Ann Arbor, Michigan, 1990, pp. 22 ss.

Il d.Lgs 27 ottobre 2009 n. 150²³², introduce il concetto di *performance* nella pubblica amministrazione, indica le fasi in cui articolare il ciclo della *performance* ed individua i meccanismi da attivare per misurare, gestire e valutare la *performance* di un'amministrazione pubblica. Il d.Lgs 30 luglio 1999, n. 286²³³, conteneva i principi generali dei controlli interni e disponeva che le pubbliche amministrazioni si dotassero di strumenti adeguati per esercitare quattro tipi di controllo interno: controllo di regolarità amministrativa e contabile, controllo di gestione, valutazione della dirigenza, valutazione e controllo strategico. Le pubbliche amministrazioni devono quindi gestire la propria *performance*: pianificando ovvero definendo obiettivi strategici ed operativi e collegandoli alle risorse, definendo un sistema di misurazione ovvero individuando gli indicatori per il monitoraggio, gli obiettivi e gli indicatori per la valutazione delle *performance* dell'organizzazione²³⁴ e del personale, monitorando e gestendo i progressi ottenuti misurati attraverso gli indicatori selezionati, ponendo in essere azioni correttive per colmare tali scostamenti.^[1]

Gli strumenti per la gestione della *performance*

Il processo di *performance* è suddiviso in tre grossi fasi²³⁵:

1. **Pianificazione:** il valutatore ed il collaboratore ad inizio anno definiscono le aree chiave di risultato dello specifico lavoro, pianificano e concordano sulle aspettative di *performance* sia quantitative (obiettivi) che qualitative (dimensioni) ed i criteri di misurazione ed i comportamenti necessari per raggiungere gli obiettivi: occorre concordare le priorità e le aspettative per raggiungere i risultati e soddisfare le esigenze dei clienti interni ed esterni (colleghi e pazienti); concordare i metodi e la frequenza per valutare i progressi.
2. **Revisione metà periodo:** vi sono momenti formali di revisione e verifica durante l'anno per correggere azioni distorte verso gli obiettivi di fine anno, dove si rivedono i risultati di *performance*, si discutono le opportunità di sviluppo e si incomincia a pianificare per il prossimo ciclo. Questa fase è preceduta da un ampio monitoraggio al fine di misurare come si stanno svolgendo le varie attività ed assicurarsi di essere in linea con quanto pianificato.

²³² Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 - Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni. (09G0164) (GU Serie Generale n.254 del 31-10-2009 - Suppl. Ordinario n. 197)

²³³ Decreto Legislativo 30 luglio 1999, n. 286 - Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell'articolo 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59. (GU Serie Generale n.193 del 18-08-1999)

²³⁴ Per approfondimenti sul tema: valutazione delle *performance*, v. F. LONZI, *Cambiamento e rapporto tra individuo e organizzazione*, Franco Angeli, Milano, 2002

²³⁵ F.GINANNI, A. VETTORI, *Il sistema della valutazione delle prestazioni*, Milano, 2009 pp. 8 ss.

3. **Feed-back e coaching continuo:** ogni persona raccoglie i dati e discute con il proprio valutatore punti di forza ed aree di debolezza, che può correggere o modificare, finalizzati al raggiungimento degli obiettivi. Vi sono momenti formali di revisione e verifica durante l'anno per correggere azioni distorte verso gli obiettivi di fine anno, dove si rivedono i risultati di *performance*, si discutono le opportunità di sviluppo e si incomincia a pianificare per il prossimo ciclo.

Il dipartimento della funzione pubblica ha anticipato i temi della riforma e poi con il progetto "valutazione della *performance*"²³⁶ lavora da qualche anno sul tema della gestione della *performance* sottolineando l'importanza della pianificazione e del monitoraggio e della valutazione dei risultati raggiunti rispetto a quanto pianificato. Ci sono degli indicatori appropriati che esplicano la valutazione in ambito sanitario²³⁷.

In questa dimensione viene considerato il livello di soddisfazione del personale²³⁸ delle aziende sanitarie, in quanto ormai molti studi evidenziano la correlazione tra il livello di soddisfazione dei dipendenti²³⁹, il clima organizzativo e la soddisfazione degli utenti dei servizi erogati e dell'efficienza operativa.

Ci sono per le valutazioni esterne²⁴⁰, la qualità dell'assistenza del ricovero, la presa in carico del paziente nel percorso oncologico, la valutazione dei livelli di salute della popolazione, la valutazione della capacità di perseguire gli orientamenti del sistema regionale; la valutazione socio sanitaria; in questa dimensione sono compresi i risultati di qualità, di appropriatezza, di efficienza e di capacità di governo della domanda e di risposta del sistema sanitario. Nella valutazione esterna viene considerata la valutazione all'attività aziendale data dai cittadini come utenti e non dei servizi sanitari; si considera in questa dimensione l'efficacia dei processi di comunicazione esterna delle aziende sanitarie, la valutazione dell'efficienza operativa e della *performance* economico-finanziaria, nonché

²³⁶ Per approfondimenti sul tema: valutazione delle *performance*, v. JR MOHRMAN, SM. RESNICK-WEST, E.E. LAWLER. III, *Employee evaluation*, Milano, 1992

²³⁷ A tal fine si può portare l'esempio: per la valutazione della capacità di governo della domanda si utilizza il tasso di ospedalizzazione globale, in ricoveri ordinari; il tasso di *day hospital*, suddiviso tra medico e chirurgico; il tasso di prestazioni ambulatoriali; seguono la valutazione di appropriatezza, la valutazione della qualità clinica, la valutazione della appropriatezza prescrittiva, tutte queste sono valutazioni interne.

²³⁸ Per approfondimenti sul tema: soddisfazione del personale, v. A. ZERILLI, *La valutazione del personale*, Franco Angeli, Milano, 1963

²³⁹ Per approfondimenti sul tema: soddisfazione dei dipendenti, v. F. MONTELATICI, *L'organizzazione motivante*, IPSOA, Milano, 1986

²⁴⁰ A tal fine si può portare l'esempio: la percentuale di abbandoni al pronto soccorso

si tratta di verificare la capacità aziendale di perseguire le condizioni di equilibrio, reddituale, monetario, finanziario e patrimoniale.

Sono inoltre oggetto di osservazione indicatori di efficienza operativa che possano evidenziare la produttività delle risorse²⁴¹ e l'utilizzo di strumenti gestionali orientati all'ottimizzazione e razionalizzazione dell'uso delle risorse disponibili.

Il monitoraggio previsto dall'art. 6 del d.Lgs. 150/2009 ha per oggetto tutti gli obiettivi programmati durante il periodo di riferimento, sia quelli inseriti nel piano che quelli individuati nella direttiva, in relazione ai quali gli organismi di valutazione devono segnalare la necessità o l'opportunità di interventi correttivi in corso di esercizio all'organo di indirizzo politico-amministrativo.

Gli organismi di valutazione²⁴² in sede di redazione della relazione annuale sul funzionamento complessivo del sistema analizzano le modalità di svolgimento del processo di misurazione e valutazione di tutti gli obiettivi programmati ovunque formalizzati (piano, direttiva, schede individuali) segnalando eventuali criticità riscontrate e formulando proposte e raccomandazioni ai vertici amministrativi. La fase di misurazione serve a quantificare i risultati raggiunti dall'amministrazione nel suo complesso, i contributi delle articolazioni organizzative e dei gruppi (*performance* organizzativa); i contributi individuali (*performance* individuali). La misurazione può essere realizzata in momenti differenti in relazione alle esigenze dei diversi decisori. Tipicamente, infatti, i sistemi prevedono delle misurazioni intermedie (monitoraggio) ed una misurazione finale alla conclusione del periodo (anno) di riferimento. La frequenza del monitoraggio può variare a seconda delle caratteristiche dei fenomeni oggetto di osservazione. In tutti i casi le attività di monitoraggio devono essere documentate mediante un efficace sistema di reportistica²⁴³. Nell'ultima fase, sulla base del livello misurato di raggiungimento degli obiettivi rispetto ai *target* prefissati, si effettua la valutazione, ovvero si formula un "giudizio" complessivo sulla *performance*, cercando di comprendere i fattori (interni ed esterni) che possono aver influito positivamente o negativamente sul grado di raggiungimento degli obiettivi medesimi, anche al fine di apprendere per migliorare nell'anno successivo. Una pubblica amministrazione per capire cosa non funziona nel proprio sistema di misurazione e valutazione e nella gestione della *performance* può sviluppare un'analisi organizzativa, con una *check list* per compiere un'autoanalisi delle

²⁴¹ Per approfondimenti sul tema: efficienza e produttività delle risorse, v. M. PILATI, HL. TOSI, *Organizzazione e gestione delle risorse umane*, EGEA, Milano, 2002

²⁴² Per approfondimenti sul tema: organismi di valutazione, v. M. BERTOCCHI, *Organismi indipendenti e nuclei di valutazione degli enti locali: guida operativa alla gestione del ciclo della performance*, Santarcangelo di Romagna, 2011

²⁴³ Per approfondimenti sul tema: attività di monitoraggio del sistema sanitario, v. B. CAFFARRI, M. MAGGINI, R. RASCHETTI, *Progetto VIDEOFAR: le basi dati farmaci per i sistemi di monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche*, Roma, Istituto superiore di sanità, 1989

caratteristiche e del funzionamento del sistema di misurazione e valutazione della *performance* organizzativa; può redigere la Relazione sulla *performance*, che è il manuale che raccoglie i risultati di un importante percorso di selezione, analisi e valorizzazione di esperienze compiute dall'azienda; può monitorare gli interventi tramite un format scheda di monitoraggio e un rapporto di indagine. La relazione annuale sulla *performance* che, evidenzia, a consuntivo, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto agli obiettivi programmati e formalizzati nel piano. Nella relazione, l'amministrazione inoltre evidenzia le modalità secondo cui si è svolto, nell'anno di riferimento, l'intero processo di misurazione e valutazione. La *performance* è importante perché è una delle strategie per migliorare la produttività; si possono apportare miglioramenti da fare in ogni aspetto dell'organizzazione²⁴⁴, sui processi e nel business; tutto ciò al fine di raggiungere una sempre più soddisfazione dell'utente finale e del sistema nel suo complesso; un'ottimizzazione dei costi a parità di produzione e un miglioramento costante della qualità prestata. E' un processo che richiede un forte coinvolgimento attivo in ogni momento dell'anno in quanto si tratta di un processo continuo; trasforma gli obiettivi aziendali in attività concrete di lavoro; consente di constatare che gli obiettivi siano stati raggiunti e come sono stati raggiunti; incoraggia ciascuno ad assumersi le proprie responsabilità rendendo importante lo sviluppo personale. Gli obiettivi di *performance* descrivono cosa si deve fare per rispondere alle necessità a breve termine. Questi includono attività giornaliere ma anche progetti specifici²⁴⁵. Gli obiettivi di miglioramento descrivono ciò che deve essere fatto oggi per migliorare la prestazione futura. La discussione finale della *performance* comprende anche la valutazione: si valutano i risultati, il cosa è stato raggiunto ed i comportamenti, il come sono stati raggiunti. Per fare questo c'è la necessità di avere tutte le informazioni sulle strategie dell'Azienda, la missione, la visione, le priorità, i valori²⁴⁶.

La **Missione** (la sua ragione d'essere attuale) è lo scopo stesso per cui è stata costruita l'organizzazione, è dare soddisfazione ai bisogni ed alle aspettative di salute dei cittadini, gestendo con efficienza le risorse disponibili, per garantire le prestazioni di prevenzione e cura efficaci, offerte con la tempestività necessaria, nel rispetto della persona ed in condizioni di sicurezza.

La **Visione** (la sua ragion d'essere futura) è la strategia concreta di lungo termine, equivale a sviluppare integrazioni, alleanze e sinergie sia all'interno dell'organizzazione sia all'esterno, con il

²⁴⁴Per approfondimenti sul tema: organizzazione aziendale, v. H. MINTZBERG, *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Il Mulino, Bologna, 2000

²⁴⁵ A tal fine si può portare l'esempio di *performance*: stabilire un numero giornaliero di prestazioni sanitarie; rispettare gli orari delle visite nelle U.O.; controllare la corretta applicazione delle procedure.

²⁴⁶Per approfondimenti sul tema: strategie di organizzazione sanitaria, v. C. CIPOLLA, *Dopo l'aziendalizzazione: nuove strategie di governance in sanità*, Milano, 2002

contesto locale, per arricchire il capitale sociale esistente e per migliorare l'offerta dei servizi per la salute, in un'ottica di incremento delle condizioni di uguali opportunità e di tensione continua al miglioramento dei prodotti e dei risultati; sviluppare e valorizzare il capitale dei professionisti, il loro impegno nel fornire prestazioni di eccellenza²⁴⁷ e nel sostenere i valori assunti come fondanti.

Nella Delibera n° 3/2016 dell'organo interno di valutazione regionale sono state individuate dimensioni ed aree della *performance* a cui associare gli obiettivi di mandato del Direttore Generale. Gli obiettivi di mandato costituiscono indicazioni di carattere strategico, valevoli per l'intero arco temporale dell'incarico, e vengono ripresi ed ampliati nell'esercizio della programmazione annuale delle Aziende e degli Enti del Servizio sanitario regionale, che ne fissa i contenuti di dettaglio, le eventuali tappe intermedie di attuazione ed individua le misure e le modalità specifiche per la verifica dei Direttori Generali ai fini di quanto previsto nel loro rapporto contrattuale.

L'Azienda Usl di Reggio Emilia

Prendiamo come caso pratico l'Azienda Usl di Reggio Emilia visto che è l'azienda in cui la scrivente lavora e vanta una esperienza concreta, e analizziamo gli obiettivi previsti dalla carta dei servizi: obiettivi di attuazione delle previsioni normative inerenti il percorso di unificazione, obiettivi di salute e di promozione della qualità assistenziale, obiettivi di sostenibilità e governo dei servizi, impegni aziendali assunti nei confronti dei cittadini ma anche diritti e doveri degli stessi.

La domanda e l'accesso a prestazioni sanitarie²⁴⁸ rappresentano uno degli aspetti più rilevanti in tema di programmazione sanitaria, non solo per gli aspetti di appropriatezza organizzativa, ma anche ai fini di una corretta allocazione delle risorse; alcuni indicatori permettono di monitorarne l'andamento organizzativo e la qualità percepita dal cliente²⁴⁹, tale rilevazioni risentono di diversi fattori interni ed esterni all'organizzazione²⁵⁰.

²⁴⁷ Per approfondimenti sul tema: prestazioni di eccellenza, v. M. GIACOMAZZA, F. GINANNI, A. VETTORI, *Clinical Governance: verso l'eccellenza dell'assistenza sanitaria*, Napoli, 2005

²⁴⁸ Per approfondimenti sul tema: domanda e accesso a prestazioni sanitarie, v. M. SESTA, M. ADVERSI, *L'erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie*, Santarcangelo di Romagna, 2014

²⁴⁹ A tal fine si può portare l'esempio: del tasso standardizzato di ospedalizzazione (ordinario e diurno), definito nei livelli essenziali di assistenza, è un indicatore di domanda ospedaliera e di appropriatezza organizzativa (*setting* assistenziale), in particolare per i ricoveri medici in regime di *day hospital*. Il tasso standardizzato serve ad eliminare l'effetto della diversa composizione per genere e per età delle popolazioni su cui è calcolato, rendendo così possibile il confronto fra tassi riferiti a popolazioni differenti.

²⁵⁰ A tal fine si può portare l'esempio: della riorganizzazione della rete ospedaliera, le variazioni di numero di posti letto per regime di ricovero, lo sviluppo di percorsi di presa in carico territoriale, soprattutto per patologie croniche; un ricorso al ricovero ospedaliero più intensivo (es. regime ordinario) di quello realmente necessario determina un utilizzo inappropriato di risorse. In merito al contenimento dei tempi di attesa per l'erogazione di prestazioni di specialistica

A tal fine è stato effettuato un monitoraggio del miglioramento dell'appropriatezza e congruità prescrittiva per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali, anche in applicazione del DPCM 12 gennaio 2017 (nuovi livelli essenziali di assistenza) coerentemente con le indicazioni ministeriali. Obiettivo regionale è la continuità assistenziale attraverso la presa in carico dello specialista, ovvero l'incremento delle prescrizioni e prenotazioni dei controlli/approfondimenti diagnostici da parte degli specialisti che hanno in carico il paziente e che sono tenuti a prescrivere le prestazioni senza rinvio ai Medici di Medicina Generale.

Un altro strumento di contenimento dei tempi di attesa, indicato a livello regionale è rappresentato dall'aumento dell'offerta attraverso convenzioni con il privato accreditato; vengono stipulati degli accordi di fornitura con le strutture private accreditate²⁵¹, diversificati per branche specialistiche, al fine di fornire all'utenza la possibilità di effettuare le prestazioni sanitarie necessarie, tramite il SSN, attraverso strutture private, come se fossero pubbliche; tutto ciò al fine di ridurre ed abbattere i tempi d'attesa, essendo uno degli obiettivi primari che la Regione Emilia Romagna ha dato ai Direttori Generali delle Ausl. Inoltre per il funzionamento delle prenotazioni e delle mancate disdette sono state disciplinate le modalità operative per la corretta applicazione dell'obbligo di disdetta da parte dei cittadini che non intendono o non possono usufruire della prestazione, in modo da liberare dei posti nelle agende di prenotazione. L'indicatore tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 giorni e l'indicatore n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 giorni esprimono la percentuale di prenotazioni effettuate con tempo di attesa inferiore allo *standard* regionale pari a 30 giorni per le prime visite e pari a 60 giorni per gli esami diagnostici di primo accesso. La Regione Emilia-Romagna ha predisposto un sistema di rilevazione dei tempi di attesa che monitora settimanalmente 42 visite ed esami diagnostici. Carattere prioritario, sia a livello regionale che nazionale, ha il governo delle liste di attesa per i ricoveri programmati entro gli *standard* previsti dalla normativa. Per i ricoveri chirurgici programmati la Regione Emilia-Romagna ha fissato obiettivi e scadenze finalizzati alla "Riduzione delle liste di

ambulatoriale viene posta particolare attenzione all'appropriatezza nella gestione delle prime visite in termini di miglioramento dell'appropriatezza e congruità prescrittiva.

²⁵¹Per approfondimenti sul tema della integrazione pubblico-privato in sanità, v. CARTA DEI SERVIZI Ausl della Romagna, Ravenna, 2019, a cura dell'Ausl della Romagna

REGIONE EMILIA ROMAGNA - AZIENDA USL Ravenna, *Integrazione pubblico-privato in sanità: materiale di lavoro per lo studio di accordi di integrazione fra Azienda USL e Case di cura*, Ravenna, stampa 1995

attesa”²⁵², che comprendono il rispetto della priorità di accesso secondo modalità coerenti rispetto alle indicazioni regionali, gestione totalmente informatizzata delle agende di prenotazione, controllo sulle relazioni fra attività libero-professionale ed attività istituzionale, il governo delle sospensioni e del rinvio degli interventi programmati, la finalizzazione delle risorse, compresa la committenza verso le strutture private accreditate, un’adeguata informazione ai pazienti e ai cittadini. Inoltre è stato implementato il nuovo tracciato *record* del flusso informativo Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa, strumento attraverso il quale le aziende e le regioni potranno monitorare i tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato in modo prospettico. Per quanto riguarda i servizi di salute mentale è stato possibile tracciare il percorso degli utenti dall’ingresso in ospedale sino all’attività dei servizi territoriali. In questo contesto, ai fini del monitoraggio degli indicatori di *performance*²⁵³, viene data particolare rilevanza ai tempi di attesa per l’accesso della popolazione adulta ai servizi di Salute Mentale. L’indicatore Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di salute mentale adulti misura il numero di giorni intercorsi tra la prenotazione e l’effettuazione della prima visita specialistica. La tempestività dell’accesso al servizio è uno dei requisiti più importanti da monitorare, in quanto espressione delle tre dimensioni della qualità: quella percepita dagli utenti, organizzativa dei gestori e professionale degli operatori. L’area dell’accesso comprende anche indicatori dei servizi d’emergenza. Nella sanità negli ultimi anni sono stati oggetto di studi, diversi sistemi di valutazione della *performance*, quali quelli adottati nei contesti ospedalieri canadesi e quelli implementati in Inghilterra ed Olanda²⁵⁴. Tali confronti hanno lo scopo di arrivare ad inserire la rilevazione di particolari indicatori di processo e di *outcome* all’interno delle procedure di accreditamento²⁵⁵. Il programma ha evidenziato la necessità di affiancare alla valutazione *ex ante* la valutazione *ex post* dei risultati conseguiti mediante l’ausilio di indicatori. Per tali ragioni, in quello Canadese, ad esempio la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*, organismo non-profit, definisce come criterio per valutare la qualità “l’*Optimal Standard*”, inteso come un livello massimo raggiungibile sulla base delle risorse a disposizione portando alla realizzazione dell’*Accreditation Manual for Hospitals (1970)* come strumento iniziale di una sistematica attività di accreditamento degli ospedali; in tale processi si propongono indicatori definiti

²⁵² Per approfondimenti sul tema: liste di attesa, v. AGENZIA SANITARIA REGIONALE DELL’EMILIA ROMAGNA, *Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino*, Bologna, 2004

²⁵³ Per approfondimenti sul tema: monitoraggio degli indicatori di performance in sanità, v. M. UGHI, *Monitoraggio degli indicatori di performance clinica nell’azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara*, Ferrara, 2005

²⁵⁴ I QUADERNI DI MONITOR in *I sistemi di valutazione dei servizi sanitari*, Roma, 2008 pp. 6 ss.

²⁵⁵ Per approfondimenti sul tema delle procedure di accreditamento, v. REGIONE EMILIA ROMAGNA, Assessorato Sanità, AGENZIA SANITARIA REGIONALE, *Procedure in materia di autorizzazione ed accreditamento*, Bologna, 1998

“*core measurement*”: negli ultimi anni gli indicatori presentati sono stati 40, relativamente a problemi come infarto, scompenso cardiaco, polmonite, gravidanza, complicanze chirurgiche. Le strutture partecipanti devono comunicare alla *JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Hospitals)* il piano di controllo di qualità dei dati adottato. Occorre assicurarsi che gli indicatori siano definiti e rilevati in modo uguale per tutti i pazienti e per tutte le organizzazioni che hanno indicatori accreditati. Nel piano di controllo di qualità dei dati viene verificata la completezza e l’accuratezza dei dati e la ragione di qualunque errore fino al livello del singolo paziente e di gruppi di pazienti. Si tratta di sistemi di valutazione della *performance* delle aziende sanitarie che hanno la finalità di misurare la capacità di ogni azienda di essere strategicamente efficace ed efficiente. Essi forniscono un grado di sintesi dell’andamento della gestione delle aziende sanitarie, utile alla valutazione delle *performance* ma anche per la valutazione dei risultati ottenuti. Essi si basano sulla valutazione della soddisfazione dell’assistito per il livello di qualità dei servizi ricevuti, sulla qualità clinica e sanitaria dei servizi erogati, sulla appropriatezza e sulla continuità di cura nei percorsi assistenziali, sulla capacità di prendere decisioni per gli equilibri economico-finanziari nella gestione del sistema azienda; si basano anche sul monitoraggio delle dimensioni del processo di erogazione del servizio: dall’efficacia strutturale, intesa come livello di adeguatezza delle strutture quali edifici, attrezzature, spazi, arredi, all’efficienza operativa, relativa alle modalità con cui le risorse disponibili sono utilizzate, fino all’accesso, inteso come l’insieme delle modalità con cui viene garantito e facilitato l’accesso ai servizi sanitari, con logiche di equità e trasparenza; comprende anche sicurezza e *risk management*, intesa come capacità di operare gestendo la sicurezza degli operatori e degli assistiti. La differenza principale di questi sistemi di valutazione Canadese ed Europei è che in questi contesti del sistema sanitario i parametri principali sono diventati l’integrazione e il cambiamento del sistema, l’utilizzo clinico e gli *outcome*, le capacità finanziarie e le modalità di utilizzo delle risorse umane²⁵⁶. Sono sistemi all’avanguardia e permettono di migliorare le *performance* delle strutture esaminate; nel sistema Canadese la valutazione della performance si è evoluta seguendo tre direzioni principali, la prima è quella che ha condotto verso un sistema di misurazione sempre più preciso con l’intenzione di garantire maggiore sicurezza e qualità delle cure al paziente; la seconda è quella che ha portato alla capacità di ottenere dati per la valutazione da un numero maggiore di fonti, dal livello provinciale a quello comprendente tutti gli ospedali e le strutture della regione, mentre la terza direzione seguita è stata quella che ha portato, tramite l’utilizzo di diversi strumenti comunicativi (i siti internet e gli

²⁵⁶ Per approfondimenti sul tema delle risorse umane, v. E. AUTERI, *Management delle risorse umane*, Guerini e Associati, Milano, 1998

D. BACHECHI, G. BENDINELLI, M. GIACOMAZZA, F. GINANNI, A. VETTORI, *Management in Sanità: linee guida per la operatività nelle aziende sanitarie*, Franco Angeli, Milano, 2002

inserti dei giornali), ad una maggiore diffusione del dato, in grado di essere consultato dai cittadini e non più solamente dai ricercatori e dagli addetti ai lavori. Il modello di valutazione delle performance Inglese si propone di facilitare il raggiungimento degli obiettivi prefissati dal Governo, facendo leva sulla possibilità di rimuovere dal loro incarico gli amministratori delegati e di infliggere un danno alla reputazione di quelle strutture che non forniscono adeguate prestazioni. Proprio quest'ultimo elemento, ossia il danno reputazionale derivante dalla pubblicazione di un risultato non soddisfacente, è stato considerato da alcuni studiosi come la chiave in grado di aprire le porte verso il miglioramento della qualità del sistema. Il sistema olandese rappresenta un esempio particolarmente interessante dell'applicazione di cinque semplici regole per rendere un sistema sanitario decisamente orientato verso un'alta qualità delle cure a prezzi accessibili: 1. accesso universale a un pacchetto di servizi di base; 2. offerta di prestazioni di cura integrate; 3. pubblicità dei prezzi delle prestazioni; 4. trasparenza della qualità del prodotto fornito dagli operatori del sistema sanitario; 5. sistema di co-pagamenti differenziati basati sul rapporto qualità-prezzo; gli stakeholder hanno tradotto questa "normativa" in 30 indicatori della performance, ottenuti tramite le decisive indicazioni dei pazienti. In Italia non esistono organismi no profit che offrono questo tipo di servizio con le strutture accreditate, nel nostro paese ogni amministrazione pubblica è tenuta a misurare e valutare la *performance* con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative o aree di responsabilità in cui si articola e ai singoli dipendenti²⁵⁷, della stessa azienda; modellare e studiare i sistemi esteri presi a riferimento è forte motivo di crescita e di ottimizzazione dei processi interni.

2. Patto formalizzato tra cittadini e Azienda-Struttura sanitaria: “Strumento di partecipazione e di Comunicazione Efficace”

Ai fini della promozione di una nuova cultura della appropriatezza, assume notevole importanza il coinvolgimento dei pazienti nei propri processi di cura. Il ruolo attivo dei pazienti nella definizione delle procedure cliniche ed assistenziali favorisce una maggiore attenzione alla prevenzione dei rischi e rafforza il rapporto di fiducia tra il cittadino e il sistema sanitario. In questa ottica, assume particolare rilievo la carta dei servizi sanitari, rappresentanza il patto tra le strutture del SSN e i cittadini, secondo i seguenti principi informativi di imparzialità nell'erogazione delle prestazioni e uguaglianza del diritto all'accesso ai servizi; piena informazione dei cittadini utenti sui servizi offerti e le modalità di erogazione degli stessi; definizione

²⁵⁷ Per approfondimenti sul tema: dipendenti delle pubbliche amministrazioni, v. T. GILLEN, *Il colloquio di valutazione dei dipendenti*, Franco Angeli, Milano, 1997

di *standard* e assunzione di impegni da parte dell'Amministrazione locale rispetto alla promozione della qualità del servizio e alla determinazione di modalità di valutazione costante della qualità stessa; organizzazione di modalità strutturate per la tutela dei diritti dei cittadini; ascolto delle opinioni e dei giudizi, sulla qualità del servizio, espressi dai cittadini direttamente o tramite le Associazioni che li rappresentano attraverso modalità e strumenti di partecipazione e coinvolgimento.

La carta dei servizi presenta la caratteristica di essere un patto formalizzato, scritto, tra cittadini e Azienda/Struttura sanitaria, e proprio per questo motivo la conoscenza della carta dei servizi da parte dei cittadini costituisce un elemento essenziale del patto. La comunicazione costituisce, infatti, una componente irrinunciabile di essa. Si parla di “cultura alla partecipazione”²⁵⁸, intesa come reale consapevolezza dei vantaggi e dell'importanza che l'utilizzo di strumenti partecipativi possono realizzare²⁵⁹. La comunicazione efficace instaurata dalla struttura sanitaria deve cercare il coinvolgimento degli altri, prestare molta attenzione a tutto quello che viene dagli altri. Essere capace di condividere le informazioni importanti, essere chiara su quello che ci si aspetta, cercare suggerimenti, pareri, opinioni, idee anche negli altri, essere aperti a considerare nuove esperienze e possibilità, immedesimarsi e capire le esigenze degli altri, essere onesti e corretti, tenere conto delle idee e dei punti di vista degli altri, ascoltare e rispondere con empatia, chiedere supporto e incoraggiare il coinvolgimento. Per raggiungere gli obiettivi generali occorrono le idee ed il valore aggiunto di tutti, occorre tenere sempre conto i suggerimenti che possono arrivare; se le persone non si sentono coinvolte nel proporre e sviluppare idee, non avranno poi molto interesse a farle funzionare. Alla luce di quanto detto risulta evidente come oggi sia sempre più necessario creare un modello di erogazione dei servizi in cui il cittadino possa sentirsi parte integrante ed esclusiva, in cui riesca a incentivare e stimolare le scelte e gli obiettivi aziendali, in cui possa acquisire il ruolo di attore principale nella programmazione e attuazione delle politiche sanitarie. Ai fini della promozione di una nuova cultura della trasparenza, assume notevole importanza il coinvolgimento dei pazienti nei propri processi di cura. Il ruolo attivo dei pazienti nella definizione delle procedure cliniche ed assistenziali favorisce una maggiore attenzione alla prevenzione dei rischi e rafforza il rapporto di

²⁵⁸ Per approfondimenti sul tema: cultura della partecipazione, v. M.M. TURCONI, *Pratiche partecipative e sanità: processi, istituzioni ed esperienze nel Friuli Venezia Giulia*, Tesi di laurea, Trieste, 2014

L. PELLIZZONI, *Decidiamo insieme! Conflitti tecnologici e deliberazione pubblica*. Quaderni di Sociologia, Milano, 2006

L. BOBBIO, G. POMATTO, *Modelli di coinvolgimento dei cittadini nelle scelte pubbliche*, Rapporto della Provincia Autonoma di Trento, 2007

²⁵⁹ CARTA DEI SERVIZI Ausl di Reggio Emilia, Reggio Emilia, 2019 pp. 18 ss.

fiducia tra il cittadino e il sistema sanitario. In questa ottica, assume particolare rilievo la carta dei servizi sanitari. Gli *stakeholders* (portatori di interesse) sono i cittadini, i familiari, le organizzazioni di rappresentanza dei cittadini, le associazioni di volontariato, gli enti locali, il personale e i dirigenti²⁶⁰ delle aziende sanitarie.

Ogni Ausl, in armonia con i principi di trasparenza e di partecipazione, di cui alla Legge n. 241 del 7 Agosto 1990²⁶¹, deve attivare un sistema di iniziative atte a favorire l'interazione tra ente pubblico erogatore di servizi ed utenza²⁶². In tale ambito, l'Ausl deve assolvere a quanto indicato in materia di partecipazione dall'art.14, comma 7, del d.Lgs 502/92, per favorire all'interno della propria struttura organizzativa la presenza e l'attività degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti degli utenti²⁶³.

La funzione della partecipazione viene realizzata, oltre che con l'attivazione di un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate e relative modalità di accesso, anche attraverso concessione di spazi, preventivamente individuati, che consentano agli organismi del volontariato di poter partecipare a momenti istituzionali di indirizzo e programmazione dell'attività propria dell'ente erogatore.

Ogni Ausl provvede a disciplinare il controllo di qualità in modo che possa essere esercitato anche direttamente dalle associazioni di volontariato o altri organismi di tutela, ovvero di concerto con i medesimi²⁶⁴. La rilevazione del gradimento e della qualità, misurata sulla base degli *standard*²⁶⁵ indicati dalle normative nazionali vigenti ed in armonia con altre fonti significative (leggi regionali sui diritti dei cittadini, carte dei diritti del cittadino malato, ecc.) dovrà prendere in esame, in particolare, la qualità dei rapporti con il personale e lo standard offerto. Il controllo di qualità, inoltre,

²⁶⁰ Per approfondimenti sul tema: dirigenti, v. N. OLIVERO, *La valutazione dei dirigenti nella pubblica amministrazione*, Franco Angeli, Milano, 1998

²⁶¹ LEGGE 7 agosto 1990, n. 241 - Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi. (GU Serie Generale n.192 del 18-08-1990)

²⁶² F. ROVERSI-MONACO, *Sanità Pubblica*, Bologna, 1990 pp. 170 ss.

Per approfondimenti sul tema: Sanità Pubblica, v. M.G. ROVERSI-MONACO, *Università e servizio sanitario Nazionale: l'Azienda Ospedaliera Universitaria*, Bologna, 2011

²⁶³ A tal fine si può portare l'esempio di: incontri periodici ai quali partecipano i Comitati Consultivi Misti, rappresentanti di associazioni e dei cittadini; predisposizione di progetti operativi per favorire l'adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini; rilevazione del gradimento, da parte dell'utenza, della prestazione sanitaria (controllo di qualità)

²⁶⁴ Per approfondimenti sul tema: Sanità, v. MINISTERO DELLA SANITA', *Analisi della sanità pubblica*, Roma, 1948

²⁶⁵ Per approfondimenti sul tema: qualità e carta dei servizi, v. R. RAGGI, *I sistemi qualità e sicurezza nei servizi sanitari: guida all'attuazione della norma UNI EN ISO 9001 coordinata con il d. Lgs 626/94, la carta dei servizi e il D.P.R. 14.01.97*, Rimini, 1998

dovrà essere effettuato sia in fase di prenotazione ed erogazione della prestazione, sia a prestazione avvenuta, avendo cura di considerare i punti di vista espressi dai vari soggetti interessati (cittadini e personale). La qualità del servizio erogato dovrà, altresì, essere valutata, oltre che attraverso i classici strumenti di rilevazione (griglie e questionari), anche mediante gruppi di monitoraggio e secondo il metodo dell'analisi dei fatti osservati, documentati o riferiti. L'andamento dei servizi, quale conseguenza della rilevazione, sarà periodicamente oggetto di studio da parte della conferenza dei servizi che in ogni Ausl verrà appositamente convocata dal Direttore Generale e, in mancanza, dalla regione. Ogni Ausl avrà cura di pubblicizzare le risultanze delle rilevazioni effettuate con conseguente attivazione della commissione mista conciliativa per l'esame congiunto da parte della Ausl e del volontariato delle circostanze che hanno determinato il disservizio.

3. La carta dei servizi oggi – Danno da disservizio²⁶⁶

Il danno da disservizio²⁶⁷ si caratterizza per l'inosservanza dei doveri gravanti sul pubblico dipendente codificati nelle leggi, nei regolamenti, nel CCNL di ogni comparto del pubblico impiego e nei codici di comportamento adottati da ciascuna PA con la conseguente diminuzione di efficienza dell'apparato pubblico che si traduce in una mancata o ridotta prestazione del servizio o nella "cattiva" qualità dello stesso. Questa particolare tipologia di danno determina la violazione del principio di buon andamento dell'azione pubblica cagionato dal pubblico dipendente con comportamenti e/o reati che abbiano finito per disarticolare i moduli organizzativi e funzionali della struttura amministrativa di appartenenza. Nella continuità della condotta illecita si rinvergono le ragioni della sussistenza del danno da disservizio essendo evidente che il modo di operare è difforme dal modello definito dalla legge, quindi comporta una devianza dell'azione amministrativa con conseguente utilizzazione di risorse organizzative ed economiche pubbliche per fini diversi da quelli prestabiliti dalla legge stessa. Si tratta di un danno patrimoniale individuabile nel mancato raggiungimento delle utilità preventivate in base alle risorse (umane, strumentali e finanziarie) utilizzate violando i canoni della legalità, dell'efficienza, dell'efficacia, dell'economicità e della produttività provocando un decremento nella produttività funzionale dell'amministrazione. Inoltre, l'espletamento di un servizio al di sotto delle caratteristiche di qualità e quantità richieste per garantirne l'efficienza determina la "rottura" del sinallagma contrattuale e la disutilità della spesa

²⁶⁶Per approfondimenti sul tema: danno da disservizio, v. M. NUNZIATA, *Azione amministrativa e danno da disservizio: un'analisi della giurisprudenza*, Torino, 2018

M. NUNZIATA, *Buon andamento e danno da disservizio*, Torino, 2018

²⁶⁷ M. DE PAOLIS in *Danno da disservizio* (online), 2018, pp. 1 ss.

sostenuta dall'Amministrazione per retribuire il dipendente inefficiente. Da quanto esposto si comprende come il danno da disservizio²⁶⁸ non possa essere facilmente cristallizzato in fattispecie tipizzate, in quanto idoneo a recepire tutte le possibili tipologie d'illecito che, comportando una minore produttività delle risorse umane²⁶⁹, finanziarie e strumentali impedisce di raggiungere nei tempi programmati le utilità preventivate con un vero e proprio spreco di risorse. Per provare la sussistenza del danno da disservizio la giurisprudenza²⁷⁰ richiede una prova specifica non ritenendo sufficiente la sola presunzione della violazione dei doveri d'ufficio o la commissione di delitti contro la pubblica amministrazione, anche se, per la sua quantificazione, ritiene idonea una valutazione equitativa, ex art. 1226 c.c., trattandosi di un pregiudizio economico che non può essere calcolato in maniera semplice. Il danno da disservizio comporta un pregiudizio all'immagine pubblica ed alla onorabilità della pubblica amministrazione (danno all'immagine); la componente del danno da disservizio prodotto dalla lesione di beni giuridicamente rilevanti, come il buon andamento e l'imparzialità della pubblica amministrazione. Nel danno da disservizio il danno erariale è costituito dai costi inutilmente sostenuti per un servizio non reso in parte o anche *in toto*. La Corte dei conti sostiene anche che il danno da disservizio rappresenta un ulteriore danno erariale che si aggiunge al danno all'immagine. Inoltre, per il giudice contabile è responsabile di danno alla concorrenza il funzionario che con il suo comportamento ha impedito alla pubblica amministrazione di poter scegliere le migliori offerte.

Una parte della giurisprudenza²⁷¹ contabile collega il danno da disservizio al settore dei pubblici servizi identificandolo nel mancato raggiungimento dell'utilità che si prevedeva di ricavare dall'investimento di specifiche risorse umane²⁷², strumentali e finanziarie e da una coerente

²⁶⁸ Per approfondimenti sul tema: danno da disservizio, v. F. M. LONGAVITA, M. LONGAVITA, *Il danno all'immagine della P.A. come danno esistenziale: danno morale, danno non patrimoniale, danno patrimoniale, danno evento, danno conseguenza, danno da tangente, danno da disservizio*, Santarcangelo di Romagna, 2006

²⁶⁹ Per approfondimenti sul tema: produttività delle risorse umane, v. A. CARRETTA, M. DALZIEL MURRAY, A. MITRANI, *Dalle risorse umane alle competenze. Metodi, strumenti e casi in Europa per una gestione e sviluppo delle risorse umane basata su un modello comune di competenze*. Franco Angeli, Milano, 1992

E. DEL PIANTO, *Assessment center, Tecniche e strumenti per il valutatore*. Franco Angeli, Milano, 1999

²⁷⁰ Corte Conti sez. I, 21/07/2009, n.491, *Sanità Pubblica - Personale ospedaliero (medici e paramedici in servizio negli ospedali, infermieri esclusi) - personale sanitario e non sanitario*, Guida al diritto 2010, Dossier 2, 110 (s.m)

Corte Conti, (Piemonte) sez. reg. giurisd., 03/11/2009, n.222, *Sanità Pubblica - Unità o Aziende Sanitarie Locali - Personale - in genere*, Riv. corte conti 2009, 6, 134 (s.m), Ragiusan 2010, 315-316, 145

²⁷¹ Corte Conti, (Lazio) sez. reg. giurisd., 23/01/2008, n.109, *Sanità Pubblica - In genere*, Redazione Giuffrè 2008

²⁷² Per approfondimenti sul tema: innovazione nel servizio sanitario, v. G. COCCO, A. GALLO, *Fare assessment. Dalla tradizione all'innovazione*. Franco Angeli, Milano, 2002

G. COCCO, A. GALLO, *L'assessment in azione*. Franco Angeli, Milano, 2002

utilizzazione dell'intera struttura organizzativa, come nel caso del loro spreco derivante da servizi privi delle caratteristiche della pubblica utilità. Il disservizio si verifica ogni qualvolta il servizio pubblico risulti "desostanziato" per l'utenza in violazione dei criteri dell'efficienza e della efficacia e non rispetta quanto espressamente dettato dalle carte dei servizi.

3.1 Le Azioni di tutela che può promuovere il cittadino all'interno della carta

Le forme di tutela che i cittadini hanno nei confronti dei pubblici poteri²⁷³ dipendono dall'assetto giuridico istituzionale che questi hanno nell'ordinamento giuridico. Occorre prendere in considerazione le mosse del cambiamento dei rapporti tra pubblica amministrazione ed il cittadino. La legge 241 del 1990 ha avuto il merito di introdurre degli strumenti che hanno permesso all'amministrato di poter interloquire con la pubblica amministrazione, si è passati dal concetto di funzione amministrativa esercitata autoritativamente nell'interesse della pubblica amministrazione, a servizio reso al cittadino, servizio finalizzato alla soddisfazione delle istanze della collettività.

La funzione relativa alla tutela degli utenti del servizio sanitario nazionale viene assolta attraverso alcuni strumenti quali: l'ufficio relazioni con il pubblico che, nell'ambito del contatto diretto con il pubblico, attiva le iniziative dirette al superamento di eventuali disservizi, riceve le osservazioni, le opposizioni o i reclami in qualunque forma presentati dai soggetti individuati all'art.14, del co. 5°, d.Lgs 502/92 e ne garantisce l'istruzione e la trasmissione alla direzione delle Ausl per la decisione nel merito; provvede, su delega del legale rappresentante, a dare immediata risposta all'utente per le segnalazioni che si presentano di prevedibile, univoca e certa definizione; predispose l'attività istruttoria, acquisendo tutti gli elementi necessari alla formazione di giudizio (relazioni o pareri) dai responsabili delle unità operative e dagli uffici interessati e fornisce parere al legale rappresentante dell'ente per la definizione di quei reclami che non si prestano all'immediata e rapida definizione; convoca la commissione mista conciliativa per le segnalazioni di disservizio ad esso pervenute per il tramite delle associazioni di volontariato e degli organismi di tutela; attiva la procedura di riesame del reclamo innanzi a un difensore civico (regionale, comunale o consortile) o presso altra figura "*super partes*", qualora l'utente si dichiari insoddisfatto dagli esiti prodotti in prima istanza²⁷⁴;

²⁷³ *Quaderni delle Carte dei servizi pubblici sanitari* (online), Roma, 2019, www.salute.gov.it

²⁷⁴ Per approfondimenti sul tema: tutela dell'utente nei confronti della pubblica amministrazione, v. P. CENDON, *Responsabilità contrattuale, responsabilità in ambito familiare, medico e nei rapporti con la pubblica amministrazione*, in *Responsabilità civile*, Milano, 2017

predispone la lettera di risposta all'utente; informa il comitato permanente di cui alla direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994.

La commissione mista conciliativa, studia congiuntamente con gli organismi di volontariato e di tutela le problematiche sollevate dal reclamo. La commissione mista conciliativa, in ottemperanza ai principi di trasparenza e partecipazione, assolve alla funzione, prevista dall'art.14, co. 7 del d.Lgs 502/92, di favorire la presenza e l'attività degli organismi di volontariato e di tutela all'interno delle strutture sanitarie nello specifico obiettivo della tutela dell'utente. La commissione viene attivata dal responsabile dell'U.R.P., qualora il disservizio venga segnalato alla Ausl per il tramite dell'organismo di volontariato o di tutela. Nella commissione sono rappresentati la Ausl, la regione e gli organismi di volontariato e di tutela. Il regolamento per l'individuazione delle procedure di accoglimento e definizione del reclamo è istituito al fine di rendere effettiva la tutela del cittadino utente.

L'Ausl individua le procedure da osservare per l'accoglimento e la definizione delle segnalazioni e dei reclami²⁷⁵, in qualunque forma essi siano presentati, con l'adozione di specifico regolamento. Semestralmente, le segnalazioni pervenute, nonché le determinazioni dell'U.R.P. e della commissione, dovranno essere trasmesse al comitato permanente, all'ente regione, alla conferenza dei sindaci, ai responsabili dei servizi, agli uffici informazioni, alle associazioni di volontariato e di tutela dei cittadini²⁷⁶, per consentire una costante valutazione e monitoraggio della qualità delle prestazioni rese. Il comitato permanente per l'attuazione della carta dei servizi pubblici è composto da tre esperti di riconosciuta indipendenza e di notoria esperienza nel settore dei servizi pubblici, garantisce l'osservanza dei principi e delle procedure previste dalla direttiva. A tal fine richiede ai soggetti erogatori atti e documenti, convoca riunioni con gli amministratori e i dirigenti degli stessi; valuta l'idoneità degli *standard* di qualità del servizio; vigila sull'osservanza degli *standard*; valuta l'adeguatezza delle procedure di reclamo e delle misure di ristoro previste; promuove l'adozione delle misure dirette ad assicurare la possibilità di scelta dell'utente; acquisisce dati e informazioni sul gradimento degli utenti; determina le procedure attraverso le quali gli utenti sono consultati in ordine agli *standard* relativi ai singoli servizi e al rispetto di tali *standard* da parte degli enti erogatori; propone annualmente al Presidente del Consiglio dei Ministri l'attribuzione di attestati di qualità ai soggetti che si siano distinti quanto ad efficienza del servizio reso, qualità degli standard, osservanza degli stessi, gradimento degli utenti; controlla l'esattezza, la completezza e la comprensibilità delle

²⁷⁵ Per approfondimenti sul tema: reclamo in sanità, v. C. COSTANTINO, *Le segnalazioni degli utenti in sanità: dalla tutela alla partecipazione: il circolo vizioso del reclamo*, Milano, 2005

²⁷⁶ *Ruolo azioni ed obiettivi del volontariato in sanità*, Roma, 2000, www.salute.gov.it

comunicazioni che i soggetti di erogazione del servizio rendono al pubblico; rende pubblici annualmente i risultati del proprio lavoro; propone al Presidente del Consiglio dei Ministri le misure regolamentari e legislative idonee a migliorare la protezione dei diritti dell'utente.

Gli utenti, parenti o affini, o organismi di volontariato o di tutela dei diritti accreditati presso la Regione o presso l'Ausl possono presentare osservazioni, opposizioni, denunce o reclami contro gli atti o comportamenti che negano o limitano la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria e sociale. Gli utenti e gli altri soggetti, esercitano il proprio diritto con lettera in carta semplice, indirizzata e inviata all'Ausl o consegnata all'Ufficio Relazioni con il Pubblico, nelle sue articolazioni, compilazione di apposito modello sottoscritto dall'utente: segnalazione telefonica o fax, colloquio con il responsabile²⁷⁷. Per le segnalazioni telefoniche e per i colloqui, verrà fatta apposita scheda verbale, annotando quanto segnalato con l'acquisizione dei dati per le comunicazioni di merito. La segnalazione verbale sarà acquisita in presenza di un testimone. Le osservazioni, le opposizioni, le denunce o i reclami dovranno essere presentate, nei modi sopra elencati, entro 15 giorni dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto o comportamento lesivo dei propri diritti in armonia con il disposto dell'art.14, comma 5, del d.Lgs 502/92. Le osservazioni, le opposizioni, le denunce o i reclami, comunque presentate o ricevute, qualora non trovino immediata soluzione, devono essere istruite e trasmesse alla direzione della Ausl entro un termine massimo di giorni 3, o comunque nei tempi rapportati all'urgenza del caso. L'U.R.P., nei tre giorni successivi, comunicherà ai responsabili di servizio interessati, notizia dell'opposizione, osservazione, denuncia o reclamo affinché questi adottino tutte le misure necessarie ad evitare la persistenza dell'eventuale disservizio e forniscano all'ufficio richiedente, tutte le informazioni necessarie per comunicare un'appropriata risposta all'utente, in modo da garantire la tutela dei diritti ad esso riconosciuti dalla normativa vigente in materia; predisporre la lettera di risposta sottoscritta dal legale rappresentante dell'ente in cui si dichiara che la presentazione delle anzidette osservazioni ed opposizioni. Il responsabile dell'U.R.P., individuato ai sensi della legge 241/90, accoglie i reclami, le opposizioni e le osservazioni presentate in via amministrativa ai sensi dell'art. 1 del presente regolamento; provvede a istruire e definire le segnalazioni di agevole risoluzione; dispone l'istruttoria dei reclami e ne distingue quelli di più facile risoluzione dando tempestiva risposta all'utente; attiva la commissione mista conciliativa per l'esame delle segnalazioni di cui viene a conoscenza per il tramite delle associazioni di volontariato e degli organismi di tutela; invia la risposta all'utente e contestualmente

²⁷⁷ Per approfondimenti sul tema: personale nelle aziende sanitarie, v. JP. PERCY, *Il colloquio di valutazione e supporto con i collaboratori*, Franco Angeli, Milano, 1993

ne invia copia al responsabile del servizio, al responsabile dell'unità operativa interessato e al coordinatore di settore per l'adozione delle misure e dei provvedimenti necessari; provvede ad attivare la procedura di riesame del reclamo qualora l'utente dichiari insoddisfacente la risposta ricevuta²⁷⁸.

La verifica periodica o continua degli impegni assunti attraverso gli *standard* al fine di adeguarsi ai processi produttivi dei servizi e ridefinire gli impegni costituisce una caratteristica irrinunciabile dei principi generali della carta dei servizi²⁷⁹. E' dunque indispensabile che le strutture sanitarie che definiscono le proprie carte dei servizi mettano in atto i diversi sistemi di tutela e verifica previsti dalla carta: procedure di reclamo (e meccanismi di rimborso ove possibile); indagini sulla soddisfazione dei cittadini/utenti; verifica pubblica del rispetto degli *standard* e degli impegni assunti. Per quanto riguarda le modalità di tutela del cittadino rispetto ai disservizi, i soggetti tenuti all'adozione delle misure di rimozione di disservizi su segnalazione degli utenti (direttore sanitario e dirigente sanitario del servizio); provvedono all'eliminazione del disservizio (15 giorni dalla presentazione del reclamo); la regolamentazione da parte della Regione della presenza degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti e degli organismi di consultazione degli stessi; la convocazione almeno annuale, a cura del direttore generale e, in caso di sua inadempienza, a cura della Regione, della conferenza dei servizi; la partecipazione degli organismi di volontariato e tutela in programmi concordati di miglioramento e adeguamento dei servizi alle esigenze dei cittadini²⁸⁰.

3.2 Casi

Il danno da disservizio come figura di danno erariale²⁸¹ consiste nell'effetto patrimoniale di una spesa non dovuta o di un'entrata non acquisita. Il danno da disservizio si sviluppa a partire dalla nuova conformazione del rapporto Stato – cittadino, frutto del disegno normativo iniziato nei primi anni '90 del secolo scorso, che ha consentito di delineare in forma più compiuta i contenuti essenziali dell'interesse della collettività alla qualità del servizio. Con le carte dei servizi l'amministrazione

²⁷⁸ Per approfondimenti sul tema: prestazioni e funzionamento del servizio pubblico, v. G. CARPANI, *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, 2013

²⁷⁹ Per approfondimenti sul tema: carte dei servizi, v. G. GHISIO, S. FOSSI, *Carte dei servizi: luci e ombre della partecipazione in sanità*, Milano, 2012

²⁸⁰ Per approfondimenti sul tema: gestione dei servizi pubblici, v. G. BERTIN, *Decidere nel pubblico. Tecniche di decisione e valutazione nella gestione dei servizi pubblici*, Milano, 1986

²⁸¹ Per approfondimenti sul tema: danno da disservizio e danno erariale D. ALESSIO, *Manuale di diritto sanitario: struttura e funzioni dell'amministrazione sanitaria; responsabilità del personale e dei dirigenti; gestione finanziaria, gare e appalti; assicurazione per rischi sanitari; contenziosi amministrativi, civili e lavoristici; accesso ad atti dell'amministrazione sanitaria*; Milano, 2012

promette all'utenza tutta una serie di cose e per farle il dipendente può causare un disservizio che comporta comunque l'obbligo di offrire la prestazione dovuta ma con una spesa maggiore; anche nella violazione di un obbligo l'amministrazione deve rispondere al cittadino perché deve assolvere al suo dovere, poi si rivale sul dipendente che ha causato quel disservizio; il rapporto è trilaterale: amministrazione-cittadino-dipendente pubblico. Di seguito si espongono due casi di danno da disservizio che hanno cagionato all'amministrazione un danno ledendo il buon andamento della stessa. Il danno da disservizio²⁸² nella carta è il danno che procura il dipendente pubblico da intendersi sia in termini di inadempimento contrattuale, quindi di lesione del rapporto sinallagmatico che lega il dipendente alla pubblica amministrazione, sia in termini di alterazione dell'organizzazione burocratica al cui buon andamento in ambito lavorativo, che comporta un danno all'utente e che si riversa sull'amministrazione; la sua quantificazione è stata determinata dalla misura del lavoro straordinario che l'ente ha dovuto corrispondere per dare corso alle necessarie misure organizzative e dagli oneri della costituzione in giudizio²⁸³. I concetti esaminati pocanzi sono rinvenibili nelle seguenti pronunce della Corte dei Conti.

Corte dei Conti – Sez. nazionale, Sentenza n. 479/2017, a proposito di prova del danno da disservizio²⁸⁴.

La Sezione giurisdizionale per la regione Umbria ha respinto la richiesta di condanna della Dott.ssa C. medico specialista di medicina generale convenzionato, citata a giudizio per rispondere del danno erariale causato al SSR, a causa di un comportamento inadeguato rispetto alle regole e agli obblighi da rispettare in un rapporto di lavoro, scaturente da una assenza che richiedeva la necessità di attivare una sostituzione durante i periodi di ricevimento pazienti previsti dalla convenzione col SSR. Il danno in esame era stato qualificato come una figura di danno da disservizio, non escluso dal fatto che la medesima Dott.ssa C. aveva provveduto a farsi sostituire, senza ricorrere agli strumenti previsti dal CCNL, stipulando un contratto di prestazione professionale “a prima richiesta” con altro medico.

La Sezione territoriale, pur riconoscendo la possibile esistenza di un'indebita retribuzione, ha respinto la domanda attorea per mancanza di prova del disservizio, che non poteva consistere unicamente nella

²⁸² Corte Conti, (Lazio) sez. reg. giurisd., 30/01/2019, n.43, *Natura del danno da disservizio*, Redazione Giuffrè 2019

Per approfondimenti sul tema: danno da disservizio, v G. CASSANO, *Responsabilità del medico e della struttura ospedaliera, responsabilità della pubblica amministrazione, responsabilità dei pubblici impiegati*, Milano, 2012

²⁸³ *Bilanci pubblici, finanza pubblica e sistema tributario*, sentenza n. 479/2017, a proposito di prova del danno da disservizio e di buon andamento della pubblica amministrazione, www.federalismi.it, a cura della redazione di federalismi.it

violazione del principio di esclusività, ma che avrebbe dovuto essere provato attraverso un accertamento dal lato dell'utenza che era risultato avesse comunque usufruito del servizio.

La Sezione ha ritenuto che la Dott.ssa C. ancorché utilizzando modalità non coerenti col sistema normativo, avesse comunque garantito lo svolgimento del servizio, facendosi affiancare e sostituire da un medico privato mediante un contratto di collaborazione. Dimostrato che la Dott.ssa C. era comunque presente in ambulatorio anche quando si faceva sostituire nelle ore di ricevimento, questo rappresenta una grave violazione dei doveri di servizio, tale da realizzare un esborso di risorse pubbliche che l'Ausl destinava a retribuire il medico convenzionato, per coprire l'erogazione del servizio quando in realtà questo bisogno non era reale; inoltre il comportamento dell'appellata ha comportato una utilità generale inferiore allo *standard* previsto, considerato che il livello di qualificazione di un medico specializzando, come il medico prescelto dalla Dott. C. per farsi sostituire, non può essere comparato a quello di un medico di medicina generale convenzionato; la prestazione di un professionista specializzato non è identica sul piano qualitativo a quella di chi ancora deve conseguire la specializzazione professionale medesima²⁸⁵ e questo provoca l'esistenza di un danno in quanto non è possibile nell'ambito dei rapporti di convenzione assumere un collaboratore o subappaltare il servizio pubblico in convenzione col SSN. La Corte dei Conti ha ritenuto pertanto integrata la responsabilità amministrativa dell'appellata, rappresentata da una grave violazione dei doveri di servizio del medico convenzionato; in questo caso l'amministrazione sanitaria ha subito quindi, un disservizio²⁸⁶. Conseguentemente la Dott.ssa C. ha percepito una retribuzione piena a fronte di un adempimento non integrale della propria prestazione, determinando in tal modo un danno da mancata resa del servizio.

In conclusione, quindi, la Dott.ssa C., in qualità di dipendente pubblico, dandosi malata e facendosi sostituire da un medico specializzando, ha comportato per l'amministrazione pubblica una spesa in più.

Se da un lato il cittadino non ha rinvenuto un pieno disservizio, perché l'amministrazione tampona la risorsa mancante con un'altra persona, tuttavia la qualità della prestazione è risultata differente e constatando ciò un danno in capo alla pubblica amministrazione.

²⁸⁵ Per approfondimenti sul tema: danno erariale da responsabilità sanitaria, v. P. MARIOTTI, *Danno erariale da responsabilità sanitaria : responsabilità del medico dipendente pubblico, "convenzionato", "putativo" e del primario, responsabilità del direttore generale e direttore amministrativo, danno: patrimoniale diretto, da disservizio, da indebita attività prescrittiva, indiretto e all'immagine, medico e "colpa grave": abuso di attività prescrittiva e violazione di obblighi di servizio, responsabilità amministrativo-contabile: nesso eziologico, onere probatorio, elemento soggettivo, dolo e colpa*, Milano, 2014

²⁸⁶ Per approfondimenti sul tema: amministrazione sanitaria, v. C. MIRIELLO, *Le aziende sanitarie pubbliche*, Padova, 2009

Nel caso di specie la Corte dei Conti ha quindi provveduto a condannare la Dott.ssa C. al risarcimento del danno erariale da disservizio in favore dell'Ausl.

Corte dei Conti – Sez. Giur. Lombardia, Sentenza n. 374/2011, a proposito di iperprescrizione: MMG deve risarcire il danno da disservizio²⁸⁷.

La Procura regionale presso la Corte dei conti chiamava in giudizio un medico di medicina generale per sentirlo condannare al risarcimento in favore dell'Asl relativamente al danno cagionato con la iperprescrizione di farmaci nonché al risarcimento del cosiddetto danno da disservizio. L'azione di danno erariale era stata promossa perché negli anni 2002, 2003 e 2004 si riteneva che il sanitario avesse prescritto farmaci in misura maggiore e notevolmente difforme rispetto alla generalità dei medici operanti presso la medesima Azienda, in violazione dei limiti previsti dalla normativa vigente in materia. La Corte dei conti ha respinto la domanda di danno da iperprescrizione di farmaci, mentre ha ritenuto giustificata quella relativa al danno da disservizio. Tale tipologia di danno è correlata al minore risultato conseguito dall'apparato organizzativo, della prestazione lavorativa del dipendente, con conseguente danno in termini di efficienza, efficacia, economicità dell'azione amministrativa²⁸⁸. I giudici hanno individuato il danno nelle spese sostenute dall'ufficio Farmaeconomia, che ha comportato un controllo analitico delle prescrizioni mediche del sanitario chiamato in giudizio ed un maggior costo per l'acquisto dei farmaci. La Corte dei Conti quindi condanna il Medico di Medicina Generale al risarcimento del danno da disservizio.

Conclusioni: considerazioni del relatore

La carta dei servizi è importante, in un periodo in cui tentiamo di introdurre cambiamenti destinati a migliorare la qualità dei servizi ai cittadini, nonostante una riduzione dei mezzi finanziari. Stiamo adoperando criteri nuovi per gestire le strutture sanitarie, dando eccessiva enfasi all'efficienza e sorvolando invece sulla efficacia delle prestazioni, ossia sul reale obiettivo. Lo strumento dell'efficienza serve a fare con le risorse adeguate le cose migliori, ma è la riflessione sull'efficacia che consente di fare le cose giuste per garantire ai cittadini i loro diritti, ossia essere assistiti, curati e riabilitati negli infortuni e malattie. La carta dei servizi, che deve garantire una dialettica non

²⁸⁷ CORTE DEI CONTI, Sez. Giuridica Lombardia, sentenza n. 374 2011, www.medicivicenza.org.

²⁸⁸ Per approfondimenti sul tema: danno da disservizio. Il cosiddetto "danno da disservizio" viene a configurarsi in tutti i casi in cui il comportamento illecito del dipendente abbia deviato o comunque compromesso i processi organizzativi e funzionali dell'ente ed abbia pertanto distolto energie dal perseguimento dei fini istituzionali, determinando una riduzione dell'efficienza dell'azione amministrativa, v. M. INTERLANDI, *Danno da disservizio e tutela della persona*, Napoli, 2013

competitiva a garanzia e difesa dei cittadini, è perciò necessaria in quanto rappresenta un “Patto con il cittadino sulla qualità delle prestazioni erogate dall’Azienda”, è il “biglietto da visita” con il quale l’amministrazione si presenta all’utenza e soprattutto dà evidenza pubblica di quello che offre. In questo momento storico, in cui si discute sui processi di accreditamento e successivamente sui cosiddetti accordi contrattuali per stabilire i rapporti tra Regioni, Ausl e soggetti erogatori pubblici e privati, gli elementi importanti nella carta, già presenti e da introdurre, rappresentano elementi della negoziazione, vale a dire strumenti che non devono essere imposti con le leggi ma concordati, tra l’Azienda e l’utenza, per ottenere ed erogare servizi migliori, e qualitativamente più elevati, in un’ottica di collaborazione²⁸⁹. La carta può diventare uno strumento importante per verificare la bontà dei servizi e quindi un elemento nella definizione delle convenzioni con i medici ed il privato accreditato, dove il prezzo sarà un fattore importante per ottenere contratti con le regioni o le Aziende U.S.L. e le strutture dovranno sapere che vinceranno se offriranno prestazioni di qualità a minor prezzo; chi gestisce dovrà essere bravo nel capire che tra quello che eroga e quello che spende ci sono le sue capacità, la sua bravura nella gestione. La carta diventa un mezzo forte, occorre tutelarne la crescita e il perfezionamento, ricordando che non si tratta di uno strumento ideologico, ma concreto, un insieme di diritti da difendere con grande attenzione. Alla luce dei risultati emersi, si sottolinea la necessità di dare nuovo impulso a questo strumento e sviluppare alcune azioni finalizzate al miglioramento della carta dei servizi e del suo impiego, in particolare potenziare le attività di comunicazione da parte delle aziende sanitarie nei confronti del personale e dei cittadini; effettuare il periodico aggiornamento delle informazioni contenute in essa; rendere disponibili tempestivamente i risultati conseguiti rispetto agli *standard* di qualità stabiliti; promuovere l’implementazione dei sistemi di verifica sul raggiungimento degli obiettivi previsti; incrementare la *partnership* con personale e cittadini, anche con adeguati interventi di formazione, per favorire una gestione della carta dei servizi condivisa e partecipata; coinvolgere maggiormente le associazioni dei pazienti nei processi di miglioramento di questo strumento; ottimizzare l’uso delle risorse destinate alla carta dei servizi per un utilizzo più efficiente della stessa (maggiore integrazione con la formazione ed i sistemi informativi). La misurazione della *customer satisfaction*²⁹⁰, vale a dire il grado di soddisfazione degli utenti dei servizi pubblici, è un tema che sta assumendo crescente interesse in diversi settori della

²⁸⁹ Per approfondimenti sul tema: qualità del servizio sanitario, v. UNIVERSITA’DEGLI STUDI DI BOLOGNA: CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN DIRITTO SANITARIO, *Il nuovo sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie / Università degli Studi di Bologna SPISA Scuola di specializzazione in studi sull’amministrazione pubblica Corso di Perfezionamento in Diritto Sanitario*, Bologna, 1998

²⁹⁰ Per approfondimenti sul tema: *customer satisfaction* in sanità, v. R. GIACOMONI, *Customer satisfaction e processi di qualità in sanità: alcune esperienze nazionali ed internazionali*, Tesi di laurea ds. in Tecniche di ricerca sociale, Università degli studi di Bologna, Facoltà di Scienze politiche, sede di Forlì, a.a. 199/2000, Bologna, 2000

pubblica amministrazione. Le ricerche sulla qualità percepita sono adottate in molti servizi, ospedali, scuole, servizi pubblici locali, ma anche da parte di molte amministrazioni centrali. Questo, è proprio il frutto di una cultura orientata al cittadino²⁹¹ che sta prendendo il sopravvento e di una consapevolezza dell'importanza del suo giudizio per orientare le scelte dell'amministrazione e valutare la qualità dei servizi offerti. La carta dei servizi crea un incontro con il cittadino: gli dà modo di entrare in contatto con l'ente che eroga il servizio, di ottenere informazioni, di elaborare un giudizio e una propria posizione, di modificare il suo comportamento nei confronti dell'organizzazione, di partecipare ad un lavoro comune per migliorare la qualità del servizio e della struttura. Nell'accostarsi alla carta dei servizi, l'organizzazione viene sollecitata ad assumere responsabilità verso l'altro, l'utente/cittadino; la Carta diventerà fonte di innovazione gestionale, spinta dinamica al miglioramento continuo, fertile strumento di crescita dell'organizzazione, della sua cultura e delle persone che ne fanno parte. Concludendo è bene abbinare il forte strumento della Carta dei Servizi ad una formazione continua degli operatori, professionisti sanitari, medici, personale delle professioni sanitarie e non, alle Best Practise; saper utilizzare e seguire le linee guida, istruzioni operative e progetti/processi studiati appositamente per PDTA - *Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali*; tutto ciò al fine di creare una Sanità eccellente ed uniformata, grazie all'adozione di standard di qualità, i quali costituiscono per l'Azienda la "rotta" di miglioramento su cui impegnarsi e rappresentano per i cittadini il livello atteso di qualità dei servizi; tutto ciò supportato anche all'impegno dei Comitati Consultivi Misti distrettuali, organismi di rappresentanza delle associazioni dei cittadini che collaborano alla verifica degli impegni assunti dall'Azienda e ad una valutazione della qualità dei servizi sanitari, contribuendo in modo propositivo al loro miglioramento a tutela della trasparenza e imparzialità del suo operato nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge. La carta dei servizi diventa oggi strumento di supporto al piano triennale prevenzione corruzione, in un ottica di partecipazione attiva e di controllo dell'operato della pubblica amministrazione, da parte della cittadinanza.

²⁹¹ Per approfondimenti sul tema: nuova cultura orientata al cittadino, v. R. VACCARI, *Riprogettare la sanità*, Roma, 2012

Bibliografia

AA.VV - UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BOLOGNA: CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN DIRITTO SANITARIO, *Il nuovo sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie / Università degli Studi di Bologna SPISA Scuola di specializzazione in studi sull'amministrazione pubblica Corso di Perfezionamento in Diritto Sanitario*, Bologna, 1998

ALESSIO D., *Manuale di diritto sanitario: struttura e funzioni dell'amministrazione sanitaria; responsabilità del personale e dei dirigenti; gestione finanziaria, gare e appalti; assicurazione per rischi sanitari; contenziosi amministrativi, civili e lavoristici; accesso ad atti dell'amministrazione sanitaria*; Milano, 2012

ANGIULI A. M., *La nuova sanità*, Rimini, 1995

AUTERI E., *Management delle risorse umane*, Guerini e Associati, Milano, 1998

BACHECHI D., BENDINELLI G., GIACOMAZZA M., GINANNI F., VETTORI A., *Management in Sanità: linee guida per la operatività nelle aziende sanitarie*, Franco Angeli, Milano, 2002

BALMA R., *La valutazione della qualità: una nuova frontiera del sistema sanitario nazionale*, Milano, 1989

BERTIN G., *Decidere nel pubblico. Tecniche di decisione e valutazione nella gestione dei servizi pubblici*, Milano, 1986

BERTOCCHI M., *Organismi indipendenti e nuclei di valutazione degli enti locali: guida operativa alla gestione del ciclo della performance*, Santarcangelo di Romagna, 2011

BOBBIO L., POMATTO G., *Modelli di coinvolgimento dei cittadini nelle scelte pubbliche*, Rapporto della Provincia Autonoma di Trento, 2007

CAFFARRI B., MAGGINI M., RASCHETTI R., *Progetto VIDEOFAR: le basi dati farmaci per i sistemi di monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche*, Roma, Istituto superiore di sanità, 1989

CARPANI G., *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, 2013

CARRETTA A., DALZIEL MURRAY M., MITRANI A., *Dalle risorse umane alle competenze. Metodi, strumenti e casi in Europa per una gestione e sviluppo delle risorse umane basata su un modello comune di competenze*. Franco Angeli, Milano, 1992

CASSANO G., *Responsabilità del medico e della struttura ospedaliera, responsabilità della pubblica amministrazione, responsabilità dei pubblici impiegati*, Milano, 2012

CAVALLO F., *Qualità ed efficacia sei servizi sanitari: un sistema di indicatori per la programmazione regionale*, Milano, 1988

CENDON P., *Responsabilità contrattuale, responsabilità in ambito familiare, medico e nei rapporti con la pubblica amministrazione*, in *Responsabilità civile*, Milano, 2017

- CICCHETTI A., *Diritto amministrativo e società civile, Volume II, Garanzie dei diritti e qualità dei servizi*, Bologna, 2019, pp. 644 ss.
- CILIONE G., *Diritto Sanitario: profili costituzionali, legislativi e amministrativi; ripartizione delle competenze istituzionali; organizzazione, prestazioni e funzionamento del servizio pubblico; ruolo dei soggetti sanitari privati; disciplina delle professioni e del sistema delle responsabilità*, Santarcangelo di Romagna (RN), 2012, pp. 219 ss.
- CIPOLLA C., *Dopo l'aziendalizzazione: nuove strategie di governance in sanità*, Milano, 2002
- COCCO G., GALLO A., *Fare assessment. Dalla tradizione all'innovazione*. Franco Angeli, Milano, 2002
- COCCO G., GALLO A., *L'assessment in azione*. Franco Angeli, Milano, 2002
- COSTANTINO C., *Le segnalazioni degli utenti in sanità: dalla tutela alla partecipazione: il circolo vizioso del reclamo*, Milano, 2005
- D'ANTONIO CASTIELLO A., *Psicodiagnosi manageriale. Impostazioni tecniche e metodologiche nell'assessment manageriale*. Franco Angeli, Milano, 2003
- DE PAOLIS M. in *Danno da disservizio* (online), 2018, pp. 1 ss.
- DEL PIANTO E., *Assessment center, Tecniche e strumenti per il valutatore*. Franco Angeli, Milano, 1999
- DONABEDIAN A., *La Qualità dell'assistenza sanitaria*, titolo originale: *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*, Ann Arbor, Michigan, 1990, pp. 22 ss.
- DONATI P., *Salute e complessità sociale: il ruolo della sociologia per un rinnovato servizio sanitario nazionale*, Milano, 1986
- FERRARA R., *Salute e Sanità*, Milano, 2010
- FERTONANI M., *L'evoluzione dei sistemi di valutazione delle competenze manageriali*. Franco Angeli, Milano, 2005
- GHISIO G., FOSSI S., *Carte dei servizi: luci e ombre della partecipazione in sanità*, Milano, 2012
- GIACOMAZZA M., GINANNI F., VETTORI A., *Clinical Governance: verso l'eccellenza dell'assistenza sanitaria*, Mediserve, Napoli, 2005
- GIACOMONI R., *Customer satisfaction e processi di qualità in sanità: alcune esperienze nazionali ed internazionali*, Tesi di laurea ds. in Tecniche di ricerca sociale, Università degli studi di Bologna, Facoltà di Scienze politiche, sede di Forlì, a.a. 199/2000, Bologna, 2000
- GILLEN T., *Il colloquio di valutazione dei dipendenti*, Franco Angeli, Milano, 1997
- GINANNI F., VETTORI A., *Il sistema della valutazione delle prestazioni*, Milano, 2009 pp. 8 ss.

- GUERRA G., *I nuovi Livelli essenziali di assistenza sanitaria*, in Politiche sanitarie: economia, organizzazione e valutazione dei servizi sanitari, Roma, 2000
- INTERLANDI M., *Danno da disservizio e tutela della persona*, Napoli, 2013
- LEVATI W., *L'analisi e la valutazione del potenziale delle risorse umane*, Franco Angeli, Milano, 1999
- LONGAVITA F. M., LONGAVITA M., *Il danno all'immagine della P.A. come danno esistenziale : danno morale, danno non patrimoniale, danno patrimoniale, danno evento, danno conseguenza, danno da tangente, danno da disservizio*, Santarcangelo di Romagna, 2006
- LONZI F., *Cambiamento e rapporto tra individuo e organizzazione*, Franco Angeli, Milano, 2002
- MARIOTTI P., *Danno erariale da responsabilità sanitaria : responsabilità del medico dipendente pubblico, "convenzionato", "putativo" e del primario, responsabilità del direttore generale e direttore amministrativo, danno: patrimoniale diretto, da disservizio, da indebita attività prescrittiva, indiretto e all'immagine, medico e "colpa grave": abuso di attività prescrittiva e violazione di obblighi di servizio, responsabilità amministrativo-contabile: nesso eziologico, onere probatorio, elemento soggettivo, dolo e colpa*, Milano, 2014
- MARTINO F., *La valutazione di modelli e sperimentazioni di progettazione partecipata, sociale e socio-sanitaria*, Tesi di Laurea, Bologna, 2016
- MINTZBERG H., *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Il Mulino, Bologna, 2000
- MIRIELLO C., *Le aziende sanitarie pubbliche*, Padova, 2009
- MOHRMAN AM JR, RESNICK-WEST SM., LAWLER (UK). III, *Employee evaluation*, Milano, 1992, Franco Angeli, Milan, 1992
- MONTELATICI F., *L'organizzazione motivante*, IPSOA, Milano, 1986
- NUNZIATA M., *Azione amministrativa e danno da disservizio: un'analisi della giurisprudenza*, Torino, 2018
- NUNZIATA M., *Buon andamento e danno da disservizio*, Torino, 2018
- OLIVERO N., *La valutazione dei dirigenti nella pubblica amministrazione*, Franco Angeli, Milano, 1998
- PEDONE A., *La sanità in Italia: qualità del servizio e sostenibilità finanziaria*, Milano, 2008
- PELLIZZONI L., *Decidiamo insieme! Conflitti tecnologici e deliberazione pubblica*. Quaderni di Sociologia, Milano, 2006
- PERCY JP., *Il colloquio di valutazione e supporto con i collaboratori*, Franco Angeli, Milano, 1993
- PILATI M., TOSI HL., *Organizzazione e gestione delle risorse umane*, EGEA, Milano, 2002

RAGGI R., *I sistemi qualità e sicurezza nei servizi sanitari: guida all'attuazione della norma UNI EN ISO 9001 coordinata con il d. Lgs 626/94, la carta dei servizi e il D.P.R. 14.01.97*, Rimini, 1998

ROMAGNOLI C., *Carta dei Servizi e indagine di custode satisfaction*, Tesi di dottorato di ricerca in Sociologia, Facoltà di Scienze Politiche, Università degli Studi di Bologna, 2009/2010, pp. 7 ss.

ROVERSI-MONACO F., *Sanità Pubblica*, Bologna, 1990 pp. 170 ss.

ROVERSI-MONACO M.G., *Università e servizio sanitario Nazionale: l'Azienda Ospedaliera Universitaria*, Bologna, 2011

SANGIULIANO R., *Diritto sanitario e servizio sanitario nazionale*, Napoli, 2011

SESTA M., ADVERSI M., *L'erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie*, Santarcangelo di Romagna, 2014

TURCONI M.M., *Pratiche partecipative e sanità: processi, istituzioni ed esperienze nel Friuli Venezia Giulia*, Tesi di laurea, Trieste, 2014

UGHI M., *Monitoraggio degli indicatori di performance clinica nell'azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara*, Ferrara, 2005

VACCARI R., *Riprogettare la sanità*, Roma, 2012

ZERILLI A., *La valutazione del personale*, Franco Angeli, Milano, 1963

Indice della Giurisprudenza

Corte Conti sez. I, 21/07/2009, n.491, *Sanità Pubblica - Personale ospedaliero (medici e paramedici in servizio negli ospedali, infermieri esclusi) - personale sanitario e non sanitario*, Guida al diritto 2010, -, Dossier 2, 110 (s.m)

Corte Conti, (Piemonte) sez. reg. giurisd., 03/11/2009, n.222, *Sanità Pubblica - Unità o Aziende Sanitarie Locali - Personale - in genere*, Riv. corte conti 2009, 6, 134 (s.m), Ragiusan 2010, 315-316, 145

Corte Conti, (Lazio) sez. reg. giurisd., 23/01/2008, n.109, *Sanità Pubblica - In genere*, Redazione Giuffrè 2008

Corte Conti, (Lazio) sez. reg. giurisd., 30/01/2019, n.43, *Natura del danno da disservizio*, Redazione Giuffrè 2019

Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 - Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419. (GU Serie Generale n.165 del 16-07-1999 - Suppl. Ordinario n. 132)

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421". (GU Serie Generale n.4 del 07-01-1994 - Suppl. Ordinario n. 3)

Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 - Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni. (09G0164) (GU Serie Generale n.254 del 31-10-2009 - Suppl. Ordinario n. 197)

Decreto Legislativo 30 luglio 1999, n. 286 - Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell'articolo 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59. (GU Serie Generale n.193 del 18-08-1999)

Decreto Presidente Consiglio dei Ministri 12 Gennaio 2017, supplemento n. 15 – Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (GU n. 65 del 18-03-2017 – Suppl. Ordinario n. 15)

LEGGE 7 agosto 1990, n. 241 - Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi. (GU Serie Generale n.192 del 18-08-1990)

Materiali

AGENZIA SANITARIA REGIONALE, *Procedure in materia di autorizzazione ed accreditamento*, Ravenna, 1998

AGENZIA SANITARIA REGIONALE DELL'EMILIA ROMAGNA, *Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino*, Bologna, 2004

CARTA DEI SERVIZI Ausl di Reggio Emilia, Reggio Emilia, 2019 pp. 18 ss., a cura dell'Ausl di Reggio Emilia

CARTA DEI SERVIZI Ausl della Romagna, Ravenna, 2019, a cura dell'Ausl della Romagna

I QUADERNI DI MONITOR in *I sistemi di valutazione dei servizi sanitari*, Roma, 2008 pp. 6 ss.

MINISTERO DELLA SANITA', *Analisi della sanità pubblica*, Roma, 1948, a cura della redazione Ministero della Sanità

REGIONE EMILIA ROMAGNA - AZIENDA USL Ravenna, *Integrazione pubblico-privato in sanità: materiale di lavoro per lo studio di accordi di integrazione fra Azienda USL e Case di cura*, Ravenna, stampa 1995

REGIONE EMILIA ROMAGNA, Assessorato Sanità, AGENZIA SANITARIA REGIONALE, *Procedure in materia di autorizzazione ed accreditamento*, Bologna, 1998

Sitografia

GIURISPRUDENZA ITALIA CORTE DEI CONTI in *Bilanci pubblici, finanza pubblica e sistema tributario*, sentenza n. 479/2017, *a proposito di prova del danno da disservizio e di buon andamento della pubblica amministrazione*, www.federalismi.it, a cura della redazione di federalismi.it

GIURISPRUDENZA ITALIA CORTE DEI CONTI in *Iperprescrizione di farmaci*, Sez. Giuridica Lombardia, sentenza n. 374 2011, www.medicivicenza.org, a cura della redazione medicivicenza.org

MINISTERO DELLA SALUTE in *Quaderni delle Carte dei servizi pubblici sanitari* (online), Roma, 2019, www.salute.gov.it

MINISTERO DELLA SANITA' in *Ruolo azioni ed obiettivi del volontariato in sanità*, Roma, 2000, www.salute.gov.it

Allegati

Carta dei Servizi dell'Azienda USL di Reggio Emilia
https://www.ausl.re.it/sites/default/files/Carta_dei_Servizi_2019.pdf

Carte dei Servizi del Presidio Ospedaliero e IRCCS dell'Azienda USL di Reggio Emilia
https://www.ausl.re.it/sites/default/files/Carta_Servizi_Presidio_Osped_IRCCS_2019.pdf

Parte III

Gli appalti in sanità: disciplina generale e peculiarità

di

Laura Spotorno, Elisa Palermo, Giulia Bertolissi, Cinzia Armani, Daniele Pizzo

A cura di

Federico Laus

Presentazione.

Il volume qui presentato viene avviato alla pubblicazione proprio durante l'emergenza sanitaria di inizio 2020 connessa all'epidemia (*rectius*, pandemia) di COVID-19, che ha coinvolto duramente le risorse economiche, umane e strutturali, nonché le dotazioni del Servizio Sanitario Nazionale.

La situazione eccezionale che il sistema si è trovato ad affrontare ha fatto emergere ancora una volta il conflitto tra i vincoli procedurali della disciplina sui contratti pubblici e le esigenze di immediatezza dell'acquisto di dispositivi, macchinari e dotazioni in genere in casi emergenziali, evidenziando l'importanza delle disposizioni normative che consentono all'amministrazione di agire con urgenza e celerità.

Innanzitutto, emerge nella sua importanza la previsione di cui all'art. 63, in tema di uso della procedura negoziata senza previa pubblicazione di un bando di gara, secondo cui le amministrazioni aggiudicatrici possono aggiudicare appalti pubblici mediante una procedura negoziata senza previa pubblicazione di un bando di gara, nella misura strettamente necessaria quando, per ragioni di estrema urgenza derivante da eventi imprevedibili dall'amministrazione aggiudicatrice, i termini per le procedure aperte o per le procedure ristrette o per le procedure competitive con negoziazione non possono essere rispettati.

A tal riguardo, rileva, inoltre, il disposto di cui all'art. 163 d.lgs. 50/2016, recante le procedure in caso di somma urgenza e di protezione civile. Il Codice dei contratti pubblici, in tale articolo, prevede che l'esecuzione dei lavori di somma urgenza possa essere affidata in forma diretta ad uno o più operatori economici individuati dal responsabile del procedimento o dal tecnico dell'amministrazione competente.

Costituisce circostanza di somma urgenza, ai fini di tale articolo, anche il verificarsi degli eventi di cui all'art. 2, co. 1, legge 24 febbraio 1992, n. 225, ora abrogato dal d.lgs. 2 gennaio 2018, n. 1, recante Codice della protezione civile e nello stesso trasposto all'art. 7, che richiede l'adozione di

misure indilazionabili, e nei limiti dello stretto necessario imposto da tali misure. La circostanza di somma urgenza, in tali casi, è ritenuta persistente finché non risultino eliminate le situazioni dannose o pericolose per la pubblica o privata incolumità derivanti dall'evento, e comunque per un termine non superiore a quindici giorni dall'insorgere dell'evento, ovvero entro il termine stabilito dalla eventuale declaratoria dello stato di emergenza; in tali circostanze ed entro i medesimi limiti temporali le amministrazioni aggiudicatrici possono procedere all'affidamento di appalti pubblici di lavori, servizi e forniture con le procedure previste dall'art. 163.

Nel caso di specie, il riferimento è alla delibera del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020, con la quale è stato dichiarato ai sensi e per gli effetti dell'art. 7, co. 1, lett. c), e dell'art. 24, co. 1, del citato d.lgs. 1/2018, per sei mesi, lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili.

La procedura prevede una semplificazione tanto con riguardo alla comunicazione del possesso dei requisiti di partecipazione quanto con riferimento al debito di controllo della P.A., nonché con riguardo ai limiti economici degli appalti affidabili in via diretta ai sensi di tale disciplina. In generale, ogni procedura che non sia strettamente di immediata necessità viene posticipata e rimessa ad un controllo successivo, in tempi compatibili con l'emergenza incorsa.

Inoltre, in ipotesi tutt'altro che astratta, considerate le esigenze sorte in occasione dell'attuale emergenza sanitaria, limitatamente agli appalti pubblici di forniture e servizi di importo pari o superiore a 40.000 euro, per i quali non siano disponibili elenchi di prezzi definiti mediante l'utilizzo di prezzari ufficiali di riferimento, laddove i tempi resi necessari dalla circostanza di somma urgenza non consentano il ricorso alle procedure ordinarie, gli affidatari si impegnano a fornire i servizi e le forniture richiesti ad un prezzo provvisorio stabilito consensualmente tra le parti e ad accettare la determinazione definitiva del prezzo a seguito di apposita valutazione di congruità. Su tutto quanto sopra, viene affidato all'ANAC il ruolo di controllore della correttezza e del rispetto dei presupposti, in un termine congruo compatibile con la gestione della situazione di emergenza.

In conclusione, si ricorda che il Governo, in seguito la delibera dello stato di emergenza, tra i tanti provvedimenti adottati, è intervenuto con il d.l. 17 marzo 2020, n. 18, disponendo misure di potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. Con riguardo al tema oggetto della presente analisi, il decreto ha disposto, in considerazione della situazione emergenziale e al fine di consentire l'adeguata tempestività degli interventi, l'autorizzazione a ricorrere, nei casi ivi previsti, alle procedure di cui agli articoli 63 e 163 d.lgs. 50/2016.

Svolta questa doverosa premessa, resasi necessaria dal contesto in cui si presenta il volume, gli autori dei contributi qui introdotti, proficuamente operando ed applicando quanto discusso nel corso del

Master in diritto sanitario, si sono dedicati allo studio ed all'approfondimento della disciplina degli appalti in sanità.

In particolare, gli autori hanno analizzato i caratteri delle centrali di committenza e le criticità del processo di centralizzazione, alla luce della disciplina dell'Unione Europea, nazionale e regionale, nonché i termini del ricorso all'affidamento diretto e il ruolo dell'ANAC di controllo sulla regolarità degli appalti in sanità.

I temi affrontati evidenziano l'evoluzione della disciplina a favore di una maggiore efficienza ed economicità delle procedure di appalto, con particolare riguardo agli acquisti di forniture in sanità, esigenze certamente attuali in un contesto di emergenza in cui l'efficacia del sistema viene messa a dura prova e rappresenta essa stessa un fondamentale strumento di contenimento del contagio.

LE CENTRALI DI COMMITTENZA NEL DIRITTO DELL'UNIONE EUROPEA E IL PECULIARE FENOMENO DELL'AFFIDAMENTO DIRETTO

Laura Spotorno

SOMMARIO: 1. Premessa – 2. La centralizzazione degli acquisti nell'ordinamento italiano prima dell'intervento dell'Unione Europea (breve cenni introduttivi) – 3. L'intervento normativo dell'Unione Europea in materia di appalti pubblici con particolare interesse all'introduzione delle centrali di committenza – 3.1. La nuova direttiva 24/2014/UE sugli appalti pubblici che abroga la direttiva 2004/18/CE – 4. la tutela della salute nella legislazione europea (breve cenni) – 5. Il peculiare fenomeno dell'affidamento diretto nelle ASL. Orientamenti della giurisprudenza nazionale e della Corte di Giustizia dell'Unione Europea – 5.1. Compatibilità o meno degli affidamenti diretti con la direttiva 2014/24/UE – 6. Considerazioni conclusive.

1- Premessa.

La contrattazione pubblica in genere e, più nello specifico, per quanto qui di interesse, l'appalto in sanità, rappresenta uno degli ambiti che incidono maggiormente sulla spesa pubblica. Infatti, tutti gli enti che gravitano nel mondo della sanità in qualità di amministrazioni aggiudicatrici non potranno fare a meno di procurarsi i beni e i servizi necessari a garantire la tutela della salute dei cittadini. Tutto questo dovrà necessariamente avvenire nell'ottica del rispetto delle norme nazionali e di quelle sovranazionali che, ad oggi, disciplinano la materia degli appalti. In particolare vedremo come la normativa nazionale sia stata notevolmente influenzata dal diritto europeo, il quale, nonostante avesse già iniziato ad occuparsi di appalti, ancor prima dell'emanazione delle direttive del 2004 e, successivamente, delle direttive del 2014, è certamente con quest'ultime che ha iniziato ad intervenire in modo più marcato nella normativa degli Stati membri, recependo un meccanismo, quale quello della centrale di committenza, che era già ben in uso in diversi Stati dell'unione europea. Vedremo, quindi, come il legislatore europeo nel recepire uno strumento, come già detto, ampiamente in uso negli Stati dell'Unione Europea, lo abbia inserito nel quadro europeo giustificandone l'impiego sulla base dei principi fondanti l'Unione Europea quale la libera concorrenza, il principio di non discriminazione, la pubblicità, la trasparenza, l'economicità, l'efficacia, l'efficienza, la trasparenza e la lotta alla corruzione.

2. Le ragioni della centralizzazione: vantaggi e svantaggi e la centralizzazione degli acquisti nell'ordinamento italiano prima dell'intervento dell'Unione Europea (brevi cenni introduttivi).

Da sempre, l'esigenza di acquistare beni e servizi nell'ambito della pubblica amministrazione ha spinto il legislatore alla ricerca di strumenti e meccanismi idonei a trovare le soluzioni più consone per soddisfare una molteplicità di bisogni: da un lato quello di garantire l'acquisto degli stessi, necessari al funzionamento della Pubblica Amministrazione, dall'altro, quello preminente di contenere la spesa pubblica. L'esigenza del risparmio, infatti, è stata, fin da subito, una delle principali esigenze cui il legislatore si è trovato a dover far fronte. Peraltro, la centralizzazione degli acquisti consente una riduzione efficace, nonché il controllo delle risorse pubbliche che vengono impiegate²⁹².

Centralizzare gli acquisti significa prevedere dei centri unici di acquisto a cui le pubbliche amministrazioni possono rivolgersi, per acquistare i beni o i servizi di cui necessitano. In questo modo, l'ordinamento individua correttamente i soggetti a cui affidare il compito di concludere dei contratti, le cui prestazioni saranno destinate ad altri enti²⁹³.

Sono molteplici le ragioni che portano a considerare la centralizzazione come un'ottima soluzione a cui guardare nell'ambito degli acquisti pubblici. Grazie ad essa, infatti, le pubbliche amministrazioni contraenti si trovano nella condizione di concludere contratti e convenzioni di volume maggiore; possono altresì ridurre le spese per le procedure di acquisto in quanto anch'esse diminuiscono. Si riduce, inoltre, il numero degli intermediari e si ottengono prezzi più bassi a parità di prestazioni. Per di più, si può beneficiare di economie di scala, nonché di una riduzione importante degli enti coinvolti nel compimento delle funzioni amministrative.

Pertanto, un primo aspetto positivo della centralizzazione lo si può individuare proprio nel risparmio. Non solo. Le centrali di committenza garantiscono, inoltre, la qualità della prestazione, oltre che l'efficienza della spesa. Tali aspetti si incrementano poiché la procedura contrattuale viene gestita da soggetti esperti, quali sono le centrali di committenza, in quanto queste conoscono i prodotti, i mercati, le norme e, quindi, va da sé che in una tale situazione le piccole medie imprese, essendo prive della professionalità necessaria, risulteranno essere degli acquirenti decisamente meno efficienti. Questo è il motivo per cui sarebbe bene che l'attività negoziale venisse svolta da coloro in possesso di formazione e conoscenza adeguata, oltre che in modo professionale e permanente.

²⁹² L. CASTELLANI, F. DECAROLIS, G. ROVIGATTI, *“Il processo di centralizzazione degli acquisti pubblici: tra evoluzione normativa e evidenza empirica”*, studio pubblicato su open.luiss.it ,14 ottobre 2017, p. 2.

²⁹³ Consigliere P. GRAUSO, p. 1 *“Gli acquisti di beni e servizi in sanità - Le centrali di committenza”*, Relazione tenuta nell'ambito del corso di formazione *“Il diritto della sanità: problematiche attuali”* organizzato dall'Ufficio Studi, massimario e formazione della Giustizia amministrativa, e svoltosi a Napoli presso il T.A.R. Campania il 9 e 10 maggio 2019.

Altri aspetti che inducono ad incoraggiare l'impiego delle centrali di committenza sono ricollegabili all'esigenza del rispetto della legge, nonché al contrasto alla corruzione.

Quanto al primo profilo, la normativa prevista in materia di contratti pubblici è particolarmente complessa e questo certamente agevola coloro che, della stessa, abbiano una buona conoscenza. Tali soggetti non potranno che essere quelli che, abitualmente e in modo professionale, svolgano l'attività contrattuale così come accade per le centrali di committenza. Invece, relativamente al problema del contrasto alla corruzione, con la centralizzazione si perviene ad una riduzione considerevole delle procedure concorsuali e, contemporaneamente, assistiamo ad una riduzione concreta delle occasioni di corruzione, oltre che ad una diminuzione dei soggetti da sottoporre a controllo. In questo modo, si ottiene maggiore trasparenza, in quanto vi sarà maggiore facilità a confrontare le condizioni contrattuali previste in contratti con oggetti analoghi o simili.

Inoltre, è anche possibile assistere alla conclusione di contratti che, di fatto, non siano necessari. E questo può verificarsi quando gli stessi vengano previsti al solo fine di soddisfare l'interesse di controparte, invece del preminente interesse pubblico. Anche in questo caso, la centralizzazione degli acquisti viene in soccorso, scoraggiando la conclusione di tali accordi²⁹⁴.

La centralizzazione consente, altresì, di poter usufruire delle tecnologie più moderne oltreché di supporti informatici specifici per l'attività contrattuale, rispetto ai quali buona parte delle amministrazioni non avrebbe l'esigenza di doversene dotare. Ovviamente tale circostanza andrà sempre a discapito delle piccole imprese, le quali non disporranno dei mezzi informatici più adeguati per far fronte a tale circostanza. Proprio a fronte di tale esigenza, con d.m. 24 febbraio 2000²⁹⁵ veniva istituita la "Consip S.p.a"²⁹⁶ che, per la pubblica amministrazione, ha predisposto un Mercato informatico. L'utilizzo da parte delle centrali di committenza dei mezzi di comunicazione elettronica è, inoltre, sempre stato incoraggiato dal legislatore, così come, peraltro, positivizzato nell'art. 40 comma 1 del d.lgs. 18 aprile 2016, n. 50²⁹⁷, altresì conosciuto come "*Codice dei contratti pubblici*".

La centralizzazione, pertanto, offre ottime risposte a quella che è la necessità di migliorare non solo l'efficacia, bensì anche l'efficienza dell'attività volta a procurarsi i beni e servizi in quanto essa, contenendo l'aggregazione della domanda, permette di incrementare il potere contrattuale

²⁹⁴ B.G. MATTARELLA, *La centralizzazione delle committenze*, in *Giornale di diritto amministrativo*, 5/2016, p. 613 ss.

²⁹⁵ Emanato in esecuzione dell'art. 26 della legge 23 dicembre 1999, n. 488.

²⁹⁶ "*Concessionaria Servizi Informativi Pubblici*" nasce come società di servizi informatici che, successivamente, predisporrà un mercato informatico proprio per la pubblica amministrazione.

²⁹⁷ Art. 40 comma 1 d.lgs. n. 50/2016: "*Obbligo di uso di mezzi di comunicazione elettronici nello svolgimento di procedure di aggiudicazione*": Le comunicazioni e gli scambi di informazioni nell'ambito delle procedure di cui al presente codice svolte da centrali di committenza sono eseguiti utilizzando mezzi di comunicazione elettronici ai sensi dell'art. 5-bis del d.lgs. 7 marzo 2005, n. 82 del "*Codice dell'amministrazione digitale*".

dell'amministrazione e di conseguire condizioni economiche decisamente più favorevoli sul mercato²⁹⁸.

Oltre ai tanti vantaggi che la centralizzazione offre, vi sono, però, anche aspetti problematici di cui è bene dare conto.

Tra gli svantaggi, possiamo individuare i tempi della conclusione delle procedure contrattuali, nonché l'alterazione dei mercati. Quest'ultimo aspetto, idoneo a danneggiare le piccole imprese, può essere risolto attraverso la suddivisione in lotti. Invece, per quanto riguarda lo svantaggio relativo alle tempistiche delle procedure, in realtà le centrali di committenza, se strutturate in modo adeguato, sono in grado di determinare importanti riduzioni delle stesse²⁹⁹.

Nonostante ciò i vantaggi prevalgono, decisamente, sugli aspetti problematici. Infatti il legislatore italiano aveva già molto tempo prima dell'intervento dell'Unione Europea – di cui diremo infra – valutato i considerevoli benefici del meccanismo di accentramento degli acquisti. I primi interventi del legislatore italiano in materia di centralizzazione degli stessi si avranno con l'emanazione della legge del 23 dicembre 1999 n. 488 la quale, all'art. 26, inizialmente prevedeva un obbligo di approvvigionamento per le amministrazioni statali e periferiche dello Stato, attraverso l'uso delle convenzioni stipulate dal MEF. Successivamente, tale obbligo verrà tramutato in facoltà³⁰⁰ prevedendo così, per le amministrazioni pubbliche, la possibilità di far ricorso alle convenzioni stipulate, *ex art.* 1 della stessa legge.

Pertanto, la centralizzazione degli acquisti si radica nel nostro ordinamento con il d.m. 24 febbraio del 2000, che, nell'ottica di una razionalizzazione degli acquisti della pubblica amministrazione, istituisce la Consip S.p.a. quale centrale di acquisti nazionale interamente partecipata dal Ministero dell'economia e delle finanze, volta a stipulare le Convenzioni nazionali per l'acquisto di beni e servizi specifici³⁰¹.

3. L'intervento normativo dell'Unione Europea in materia di appalti pubblici con particolare interesse all'introduzione delle centrali di committenza.

L'Unione Europea non rimane indifferente al fenomeno della centralizzazione e preso atto dell'estensione di tale evento in gran parte degli Stati membri, ne percepisce le potenzialità e decide di farla propria, proponendola come meccanismo da impiegare negli appalti pubblici, con

²⁹⁸ Consigliere P. GRAUSO, cit., p. 1.

²⁹⁹ B.G. MATTARELLA, cit., p. 614.

³⁰⁰ Legge n. 350/2003 art. 3 comma 166.

³⁰¹ Per una maggiore disamina della normativa nazionale e della sua evoluzione, si rimanda al successivo capitolo a cura di Elisa Palermo.

l’emanazione di direttive *ad hoc*³⁰², vale a dire con lo strumento con cui l’Unione Europea interviene nelle normative nazionali con l’obiettivo di armonizzarle, e non di omogeneizzarle, lasciando, quindi, gli Stati membri nella completa libertà di decidere come meglio attuare le disposizioni in esse contenute. E così il primo intervento in materia di centralizzazione degli acquisti lo avremo, da parte della Comunità Europea, nel 2004 a seguito dell’emanazione della direttiva 2004/18/CE³⁰³.

Le ragioni che spingono il legislatore europeo a fare proprio uno strumento organizzativo, ampiamente impiegato dagli Stati membri, quale è la centralizzazione degli acquisti, sono esplicitate nel Considerando 15 di tale direttiva. In esso la Comunità Europea dà atto dell’esistenza del fenomeno della centralizzazione delle committenze in molti Stati dell’Unione Europea e rileva come queste tecniche permettano – in considerazione del volume degli acquisti – l’efficacia della commessa pubblica, oltre all’aumento della concorrenza. Per questo motivo la Comunità Europea riconosce la necessità di intervenire a livello comunitario, introducendo una definizione comunitaria di centrale di committenza destinata alle amministrazioni aggiudicatrici³⁰⁴. All’articolo 1 paragrafo 10 della presente direttiva compare per la prima volta, sullo scenario legislativo europeo, la definizione di

³⁰² Direttiva 2004/17/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 31 marzo 2004 che coordina le procedure di appalto degli enti erogatori di acqua e di energia, degli enti che forniscono servizi di trasporto e servizi postali; direttiva 2004/18/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 31 marzo 2004 relativa al coordinamento delle procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici di lavori, di forniture e di servizi. Ed è quest’ultima la direttiva di cui tratteremo.

³⁰³ Direttiva 2004/18/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 31 marzo 2004 relativa al coordinamento delle procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici di lavori, di forniture e di servizi e recepita dal legislatore italiano con il d.lgs. n. 163/2006 ossia il “*Codice dei contratti pubblici*”. Nella proposta di direttiva del Parlamento Europeo e del Consiglio, relativa al coordinamento delle procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici di forniture, di servizi e di lavori, presentata dalla Commissione 11 luglio 2000 rileva, in particolare, il considerando 1. In tale considerando, infatti, si dà conto delle richieste avanzate dalle amministrazioni aggiudicatrici e degli operatori economici nel dibattito nate dal Libro Verde adottato dalla Commissione il 27 novembre 1996. Infatti le amministrazioni aggiudicatrici, nonché gli operatori economici, chiedevano semplificazione e modernizzazioni. A tal proposito è bene ricordare che prima dell’avvento della direttiva 2004/18/CE esistevano ben 3 direttive, rispettivamente la direttiva 92/50/CEE volta a coordinare le procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici; la direttiva 93/36/CEE, che coordinava le procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici di forniture e la direttiva 93/37/CE relativa alle procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici di lavori. Tale scenario determinava una discreta confusione nel panorama degli appalti pubblici rispetto al quale la Commissione, riconoscendo l’esigenza di fare chiarezza, prevede la necessità di una rifusione delle stesse in un unico testo.

³⁰⁴ Direttiva 2004/18/CE: Considerando 15 nel quale si afferma altresì che: «(...). Occorre altresì fissare le condizioni in base alle quali, nel rispetto dei principi di non discriminazione e di parità di trattamento, le amministrazioni aggiudicatrici che acquistano i lavori, forniscono e/o servizi facendo ricorso ad una centrale di committenza possono essere considerate come aventi rispettato le disposizioni della presente direttiva». Inoltre rileva altresì il Considerando 19 contenuto nella “*Proposta di direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio relativa al coordinamento delle procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici di forniture, di servizi, e di lavori*” in cui si afferma che: Talune nuove tecniche di committenza si sono sviluppate negli Stati membri e rispondono alle esigenze delle amministrazioni aggiudicatrici. Appare pertanto opportuno prevedere una definizione comunitaria di tali tecniche, designate come accordi quadro, e prevedere disposizioni specifiche che permettano un nuovo confronto competitivo tra le parti dell’accordo quadro in sede di aggiudicazione degli appalti pubblici basati su tale accordo, in modo da garantire alle amministrazioni aggiudicatrici la sicurezza degli approvvigionamenti, a un rapporto qualità-prezzo ottimale. Onde garantire il rispetto del principio di parità di trattamento ed evitare la compartimentazione dei mercati, il nuovo confronto competitivo deve avvenire nel rispetto delle disposizioni specifiche che disciplinano la pubblicità, i termini e le condizioni di presentazione delle offerte. Nella stessa ottica, la durata massima degli accordi quadro non può essere superiore a tre anni, tranne in quei casi debitamente giustificati dalle amministrazioni aggiudicatrici in cui, in conseguenza della natura dell’appalto, si rende necessaria una durata maggiore.

centrale di committenza: «una centrale di committenza è una amministrazione aggiudicatrice che: acquista forniture e/o servizi destinati ad amministrazioni aggiudicatrici, o aggiudica appalti pubblici o conclude accordi quadro di lavori, forniture o servizi destinati ad amministrazioni aggiudicatrici». L'articolo 11³⁰⁵ della direttiva 2004/18/CE prevede la possibilità, per le amministrazioni aggiudicatrici, di ricorrere ad una centrale di committenza al fine di acquistare lavori, forniture e/o servizi. Al secondo paragrafo l'articolo in commento precisa che il ricorso alle centrali di committenza, da parte delle amministrazioni aggiudicatrici, è compatibile con tale direttiva laddove la centrale di committenza abbia rispettato la direttiva stessa³⁰⁶. In questa prima fase, il legislatore europeo è spinto dall'esigenza di intervenire per regolamentare gli aspetti collegati alla spesa. Infatti interviene predisponendo una dettagliata disciplina delle singole fasi di gara.

A fronte dell'emanazione di tale direttiva, si è assistito ad un notevole incremento della centralizzazione degli acquisti. Questo ha fatto sì che si sentisse la necessità di intervenire ulteriormente in materia di appalti pubblici.

Nel Libro Verde del 2011³⁰⁷, la Commissione Europea affronta le diverse tematiche dedicate alla centralizzazione degli acquisti. Si cercano strategie e risposte per migliorare il meccanismo della centralizzazione. Lo si fa esaminando le conseguenze dell'impatto della direttiva 2004/18/CE al fine di individuare le soluzioni più consone alle esigenze delle amministrazioni aggiudicatrici, andando incontro alle loro richieste, senza dimenticare, però, la delicata posizione delle piccole medie imprese (nel proseguo anche PMI) su cui torneremo tra poco.

Il paragrafo 2.4³⁰⁸ del Libro Verde rileva come una delle problematiche maggiormente sentite dalle parti comuni sia una carenza, a livello europeo, degli strumenti relativi all'aggregazione della domanda, nonché il coordinamento tra le amministrazioni aggiudicatrici degli appalti pubblici. Infatti si è notato come l'aggregazione della domanda offra numerose aspetti positivi³⁰⁹, ma anche che le direttive vigenti erano già provviste di tutti gli strumenti necessari per poter garantire l'aggregazione della stessa. Tra tali strumenti spicca, certamente, la centrale di committenza la quale è affiancata da altri strumenti, che pur non essendo stati ideati per l'aggregazione della domanda, di fatto, sono idonei

³⁰⁵ Articolo 11 direttiva 2004/18/CE: “Appalti pubblici e accordi quadro stipulati da centrali di committenza”.

³⁰⁶ Considerando 16 direttiva 2004/18/CE: “Al fine di tener conto delle diversità esistenti negli Stati membri, occorre lasciare a questi ultimi la facoltà di prevedere la possibilità per le amministrazioni aggiudicatrici di ricorrere ad accordi quadro, a centrali di committenza, ai sistemi dinamici di acquisizione ad aste elettroniche e al dialogo competitivo, quali sono definiti e disciplinati dalla presente direttiva”.

³⁰⁷ Libro Verde “sulla modernizzazione della politica dell'UE in materia di appalti pubblici. Per una maggiore efficienza del mercato europeo degli appalti. Bruxelles”, 27.1.2011 COM (2011) 15 definitivo.

³⁰⁸ Paragrafo 2.4 “Strumenti adeguati per l'aggregazione della domanda e gli appalti comuni, Libro Verde, cit., p. 25 ss.

³⁰⁹ Tra i benefici dell'aggregazione della domanda rinviamo al paragrafo 1 e ricordiamo, comunque, i minori costi di produzione a vantaggio dei contribuenti europei, le economie di scala, un maggiore potere di acquisto da parte delle amministrazioni pubbliche e la possibilità per queste ultime di condividere esperienze e competenze oltre ai rischi e costi correlati. *Libro Verde*, cit., p. 25

ad essere utilizzati a tale scopo³¹⁰. Altro aspetto affrontato dalla Commissione riguarda la cooperazione transfrontaliera tra le amministrazioni aggiudicatrici dei diversi Stati membri. Essa, infatti, combattendo la frammentazione dei mercati europei lungo i confini nazionali, garantirebbe un'ulteriore integrazione dei mercati degli appalti. Inoltre, l'appalto comune transfrontaliero, quale nuovo strumento UE per aggregare la domanda, andrebbe comunque valutato sempre tenendo conto dell'esigenza di non limitare la concorrenza nei mercati degli appalti, che potrebbe determinare un danno alle PMI, circostanza che potrebbe essere evitata prevedendo, per esempio, la divisione degli appalti in lotti.

Proprio in merito alla particolare posizione delle PMI, il Libro Verde riconosce la particolare importanza delle stesse nell'economia europea, tanto da definirle «*quali la spina dorsale dell'economia dell'UE*» e, per questo motivo, cerca di individuare delle soluzioni per garantirne la loro presenza e partecipazione attiva al mondo degli appalti. Esse presentano «*grandi potenzialità di creazione di posti di lavoro, di crescita e di innovazioni*» e infatti, proprio in considerazione di ciò, la Commissione sottolinea come uno degli obiettivi delle direttive sugli appalti pubblici sia proprio quello di aprire il mercato degli stessi agli operatori economici, indipendentemente dalle loro dimensioni. Per questo motivo, proprio al fine di cercare di andare incontro alle PMI, favorendone l'ingresso nell'ambito degli appalti pubblici, la Commissione, nel 2008, ha pubblicato il “*Codice europeo di buone pratiche per facilitare l'accesso delle PMI agli appalti pubblici*” oltre a offrire già, nel Libro Verde, degli spunti di riflessioni a favore delle PMI³¹¹.

3.1. La nuova direttiva 2014/24/UE sugli appalti pubblici che abroga la direttiva 2004/18/CE.

Sempre nell'ottica di migliorare il settore degli appalti pubblici, l'Unione Europea interviene nuovamente in tale materia e lo fa emanando tre direttive³¹², tutte del Parlamento Europeo e del Consiglio. In particolare, la 2014/24/UE, riguardante proprio il settore degli appalti pubblici, abroga la precedente direttiva 2004/18/CE e verrà recepita dal legislatore italiano nell'attuale codice dei contratti pubblici³¹³. Come sopra precisato, la nuova direttiva nasce dalla proposta del Parlamento Europeo e del Consiglio. In tale proposta³¹⁴ si afferma, quale obiettivo della nuova direttiva, quello di semplificare e introdurre una maggiore flessibilità nell'ambito delle procedure dedicate agli appalti

³¹⁰ Tra questi vi rientrano, per esempio, la possibilità di concludere contratti quadro a cui possono partecipare diverse amministrazioni aggiudicatrici.

³¹¹ *Libro Verde*, cit., p. 30 ss.

³¹² Direttiva 26 febbraio 2014, n. 2014/23/UE, “*sull'aggiudicazione dei contratti di concessione*”; Direttiva 26 febbraio 2014, n. 2014/24/UE “*sugli appalti pubblici*”; Direttiva 26 febbraio 2014, n. 25/2014/UE “*sulle procedure di appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia e dei trasporti e dei servizi postali*”.

³¹³ D.lgs. 18 aprile 2016, n. 50 : “*Codice dei contratti pubblici*”

³¹⁴ Commissione europea Bruxelles, 20.12.2011 COM(2011) 896 definitivo: “*Proposta di direttiva del Parlamento Europeo e del Consiglio sugli appalti pubblici*”.

pubblici. A tal fine, infatti, vengono introdotti sei specifici strumenti e tecniche di appalto, destinati agli appalti aggregati ed elettronici a favore delle amministrazioni aggiudicatrici. Tali strumenti sono: accordi quadro, centrali di committenza, aste elettroniche, sistemi dinamici di acquisizione, cataloghi elettronici e appalti comuni.

La direttiva 2014/24/UE al Considerando 69 dà conto della diffusione delle centrali di committenza nella maggior parte degli Stati membri e rileva come, dato l'ampio volume di acquisti, le tecniche di centralizzazione possano contribuire ad aumentare la concorrenza e ad aiutare a professionalizzare la commessa pubblica. A tal fine, nella suddetta premessa, si precisa la necessità di prevedere una definizione di centrale di committenza a livello di Unione Europea, destinata alle amministrazioni aggiudicatrici, oltre a precisare che le centrali di committenza operano in due diversi modi. Esse, da un lato, dovrebbero agire come grossisti immagazzinando, comprando, e rivendendo; dall'altro, dovrebbero essere poste nella condizione di agire quali intermediari, gestendo sistemi dinamici di acquisizione, aggiudicando appalti o concludendo accordi quadro ad uso delle amministrazioni aggiudicatrici. In alcuni casi, il ruolo di intermediario potrebbe prevedere lo svolgimento autonomo delle procedure di aggiudicazione, senza che da parte delle amministrazioni aggiudicatrici interessate giungano istruzioni particolareggiate; in altri casi, invece, il ruolo di intermediario potrebbe svolgersi attuando le procedure di aggiudicazione in base alle istruzioni delle amministrazioni aggiudicatrici interessate, a loro nome e per loro conto.

Sarebbe altresì necessario prevedere delle regole al fine di ripartire, tra le centrali di committenza e le amministrazioni aggiudicatrici, che fanno ricorso ad essa direttamente o indirettamente, la responsabilità di vigilare sull'osservanza degli obblighi derivanti dalla direttiva in commento³¹⁵.

Il Considerando 70 riconosce alle amministrazioni aggiudicatrici la facoltà di aggiudicare ad una centrale di committenza un appalto pubblico di servizi per la fornitura di attività di centralizzazione delle committenze senza essere obbligate ad applicare le procedure previste nella direttiva in questione.

Venendo all'esame degli articoli della direttiva stessa, in primo luogo rileva certamente l'articolo 2 comma 1 nn. 14, 15 e 16. In particolare, al punto 16 dell'articolo in esame, la centrale di committenza viene qualificata quale «*amministrazione aggiudicatrice che fornisce attività di centralizzazione delle*

³¹⁵ Considerando 69 nella sua terza parte parte infatti prevede che: « (...) *Nel caso in cui la responsabilità esclusiva per lo svolgimento delle procedure di appalto competa alla centrale di committenza, la stessa è anche esclusivamente e direttamente responsabile della legittimità delle procedure. Se un'amministrazione aggiudicatrice gestisce alcune parti della procedura, ad esempio la riapertura della gara nell'ambito di un accordo quadro o l'aggiudicazione dei singoli appalti basata su un sistema dinamico di acquisizione, la stessa amministrazione dovrebbe continuare ad essere responsabile per le fasi che gestisce*».

committenze e, se del caso, attività di committenza». Inoltre viene dato rilievo sia all'attività di centralizzazione delle committenze³¹⁶, sia all'attività di committenza ausiliarie³¹⁷.

A differenza della direttiva 2004/18/CE, nel nuovo atto legislativo viene introdotta l'attività di committenza ausiliaria, in quanto l'attività di centralizzazione delle committenze previste dall'art. 2 comma 1 della nuova direttiva coincide con quella della direttiva 2004/18/CE poiché comprende l'attività di intermediario e di grossista³¹⁸. Uno dei problemi che possono verificarsi, relativamente all'attività di committenza ausiliaria, riguarda l'aspetto definitorio, poiché potrebbe risultare non facile riuscire a distinguerla dalla attività intermediaria tipica delle centrali di committenza. In tal senso si potrebbe affermare che, da un lato, l'attività tipica della centralizzazione si compia tramite l'intermediazione a favore della centralizzazione, mentre l'attività di committenza ausiliaria, pur essendo attività di intermediazione, venga svolta nei confronti della amministrazione aggiudicatrice interessata. In questo caso, perciò, verrebbe a mancare l'attività di centralizzazione, in quanto risulterebbe riferita solamente ad una ben determinata e individuata amministrazione aggiudicatrice.

La direttiva, inoltre, dedica gli articoli 37, 38³¹⁹ e 39 alle centrali di committenza, definendone gli aspetti diritto sostanziale.

Nella normativa introdotta dalla nuova direttiva viene rafforzato il ricorso alle centrali di committenza, sia di carattere transnazionale che di carattere nazionale. Nei sopracitati tre articoli, vengono individuate diverse possibilità di scelta per gli Stati membri in relazione alla gestione degli acquisti.

L'articolo 37 paragrafo 1 prevede che gli Stati membri consentano alle amministrazioni aggiudicatrici di acquistare servizi e/o forniture da una centrale di committenza che offra l'attività di centralizzazione delle committenze. Al paragrafo 2 del medesimo articolo si prevede altresì che gli Stati dell'Unione Europea riconoscano alle amministrazioni aggiudicatrici la possibilità di acquistare, lavori, forniture e servizi «*mediante contratti aggiudicati da una centrale di committenza, mediante sistemi dinamici di acquisizione gestiti da una centrale di committenza*»; oppure si prevede il ricorso ad accordo quadro – nella misura di cui all'art. 33³²⁰ paragrafo 2 comma 2 – concluso da una centrale di committenza (di cui all'art. 2 paragrafo 1, punto 14, lettera b)). In ultimo, tale articolo prevede che senza applicare le procedure previste da tale direttiva, le amministrazioni aggiudicatrici possano

³¹⁶ Art. 2 n. 14 «attività svolta su base permanente in una delle seguenti forme: a) l'acquisizione di forniture e/o servizi destinati ad amministrazioni aggiudicatrici».

³¹⁷ Art. 2 n. 15 «attività che consistono nella prestazione di supporto alle attività di committenza in particolare nelle forme seguenti: a) infrastrutture tecniche che consentano alle amministrazioni aggiudicatrici di aggiudicare appalti pubblici o di concludere accordi quadro per lavori, forniture o servizi».

³¹⁸ M.E. COMBA «Aggregazione di contratti e centrali di committenza: la disciplina europea ed il modello italiano» in *Urbanistica e appalti*, 10/2016, p. 1056.

³¹⁹ Art. 38 direttiva 2014/24/UE: «Appalti congiunti occasionali».

³²⁰ Art. 33 direttiva 2014/24/UE: «Accordi quadro».

«aggiudicare a una centrale di committenza un appalto pubblico di servizi per la fornitura di attività di centralizzazione delle committenze».

Particolarmente interessante è l'articolo 39³²¹ della direttiva, il quale incentiva la centralizzazione a livello transnazionale, così come peraltro affrontato dal Considerando 73 della direttiva in commento. In esso la centralizzazione è lo strumento attraverso il quale promuovere la cooperazione tra i diversi Stati membri. Peraltro il legislatore italiano ha previsto, all'art. 37 d.lgs n. 50/216 dal nostro codice dei contratti pubblici, che le stazioni appaltanti possano ricorrere ad una centrale di committenza localizzata nel territorio di un altro Stato membro.

Le nuove direttive emanate dell'Unione Europea, pur ponendosi nel solco delle direttive del 2004, cercano di trovare soluzioni adeguate per far fronte alle problematiche insite nella centralizzazione. Così, vengono introdotti meccanismi volti a correggere gli svantaggi tipici della centralizzazione i cui effetti, per esempio, incidono sulle PMI operando, pertanto, sulla eccessiva centralizzazione e su fenomeni di riduzione della concorrenza che opera a svantaggio delle PMI.

In conclusione, quindi, si può osservare che la nuova direttiva nata sull'esempio di quella precedente dà conto dei risultati della centralizzazione; rileva la tendenza negli Stati membri da parte dei committenti pubblici ad una forte aggregazione della domanda al fine di perseguire obiettivi quali l'economia di scala, prezzi e costi delle transazioni più bassi oltre ad un miglioramento e maggiore professionalità nella gestione degli appalti³²². Nonostante ciò ha ben presente i pericoli della centralizzazione tanto che nell'ultima parte del Considerando 59 della stessa, si premura di sottolineare l'esigenza di un costante monitoraggio sia dell'aggregazione della domanda che della centralizzazione delle committenze *«al fine di evitare una eccessiva concentrazione del potere di acquisto e collusioni, nonché di preservare la trasparenza e la concorrenza e la possibilità di accesso al mercato per le PMI»*.

4. La tutela della salute nella legislazione europea (brevi cenni).

L'art. 168 TFUE (*ex art. 152 del TCE*) che apre il titolo XVI dedicato alla *“Sanità Pubblica”*, al paragrafo 1 prevede che venga garantito un livello elevato di protezione della salute umana nella definizione e attuazione di tutte le politiche e attività dell'Unione. Tale paragrafo prosegue affermando che *«l'Unione completa l'azione degli Stati membri volta a ridurre gli effetti nocivi per*

³²¹ Art. 39 direttiva 2014/24/UE: *“Appalti che coinvolgono amministrazioni aggiudicatrici di Stati membri diversi”*.

³²² Obiettivo, questo, che il legislatore europeo ritiene possa essere *«raggiunto concentrando gli acquisti in termini di numero di amministrazioni aggiudicatrici coinvolte, oppure in termini di fatturato e di valore nel tempo»*, Considerando 59 direttiva 2014/24/UE.

la salute umana (...)». Inoltre l'azione dell'Unione Europea è orientata a completare la politica nazionale degli Stati membri ed è diretta a migliorare la sanità pubblica, oltre che a intervenire sulla prevenzione delle malattie, affezioni e sulla eliminazione delle fonti di pericolo per la salute fisica e mentale. Al paragrafo 2 del medesimo articolo si precisa, altresì, che «*L'Unione incoraggia la cooperazione tra gli Stati membri nei settori di cui al presente articolo e, ove necessario, appoggia la loro azione. In particolare incoraggia la cooperazione tra gli Stati membri per migliorare la complementarietà dei loro servizi sanitari nelle regioni di frontiera*». Inoltre al paragrafo 7 sempre dell'art. 168 TFUE si afferma che «*L'azione dell'Unione rispetta le responsabilità degli Stati membri per la definizione della loro politica sanitaria e per l'organizzazione e la fornitura di servizi sanitari e di assistenza medica. Le responsabilità degli Stati membri includono la gestione dei servizi sanitari e dell'assistenza medica e l'assegnazione delle risorse loro destinate. (...)*».

Nonostante possa sembrare singolare, anche nelle direttive in materia di appalti troviamo dei riferimenti alla salute.

Invero, il considerando 41 presente sia nella direttiva 2004/218/CE che nella direttiva 2014/24/UE³²³, stabilisce espressamente che: «*Nessuna disposizione della presente direttiva dovrebbe vietare di imporre o di applicare misure necessarie alla tutela dell'ordine, della moralità e della sicurezza pubblica, della salute, della vita umana e animale (...) a condizione che dette misure siano conformi al TFUE*». In particolare nella direttiva 2014/24/UE al Considerando 99, relativamente ai criteri di aggiudicazione o alle condizioni di esecuzione dell'appalto, si rinviene un riferimento proprio al tema della salute e agli aspetti sociali. Infatti possono essere oggetto dei criteri di aggiudicazione o delle condizioni di esecuzione dell'appalto le misure intese alla tutela della salute del personale coinvolto nei processi produttivi, nonché alla promozione dell'integrazione sociale di persone svantaggiate o di membri di gruppi vulnerabili nel personale incaricato dalla esecuzione dell'appalto o alla formazione riguardante le competenze richieste per l'appalto. Tutto questo, però, a condizione che riguardino i lavori, le forniture o i servizi oggetto dell'appalto. Inoltre, il Considerando in commento prosegue prevedendo che queste condizioni o criteri potrebbero riferirsi all'assunzione di disoccupati o di giovani nel corso dell'esecuzione dell'appalto da aggiudicare. Tanto è vero che le amministrazioni aggiudicatrici, nelle specifiche tecniche, potrebbero prevedere dei requisiti di natura sociale atti a caratterizzare direttamente il prodotto o il servizio in questione. Tali requisiti potrebbero essere individuati nella accessibilità di persone con disabilità o nella progettazione adeguata per tutti gli utenti.

La salute pubblica è contemplata, altresì, all'art. 57 paragrafo 3 della direttiva 2014/24/UE. Tale articolo, inserito nella sottosezione 1 «*Criteri di selezione qualitativa*», ai paragrafi 1 e 2 individua i

³²³ Considerando 6.

casi in cui le amministrazioni aggiudicatrici sono obbligate a dover escludere un operatore economico dalla procedura di appalto, laddove gli stessi abbiano tenuto comportamenti contrari ai principi fondanti le politiche dell'Unione Europea³²⁴. Il paragrafo 3 del medesimo articolo, invece, individua ipotesi di deroga ai casi di esclusione, stabilendo che gli Stati membri, in via eccezionale, abbiano la possibilità di prevedere una deroga alle esclusioni obbligatorie previste dai paragrafi 1 e 2 in caso di «*esigenze imperative connesse a un interesse generale quali la salute pubblica e la tutela dell'ambiente*».

Pertanto, è evidente che il legislatore sovranazionale non si limiti solamente a disciplinare gli aspetti propri degli appalti, ma è ben consapevole del fatto che, oltre all'esigenza di disciplinare e regolamentare le modalità di operative di esecuzione degli appalti, ad essi sono necessariamente collegati altri aspetti, che rientrano nella più ampia politica di intervento dell'Unione Europea come la tutela dell'ambiente, la tutela dei lavoratori nonché la salute pubblica³²⁵.

5. Il peculiare fenomeno dell'affidamento diretto nelle ASL. Orientamenti della giurisprudenza nazionale e della Corte di Giustizia dell'Unione Europea

L'affidamento diretto, ossia la possibilità da parte di una azienda sanitaria locale di affidare, ad un soggetto del terzo settore, un determinato servizio senza prima procedere ad un bando di gara, negli ultimi anni ha suscitato diverse perplessità, che sono state portate dinnanzi all'attenzione delle Corti nazionali e sovranazionali.

³²⁴ Infatti tale articolo, tra i criteri di selezione qualitativa, prevede i casi in cui gli operatori economici abbiano partecipato ad una organizzazione criminale; ipotesi di corruzione, frode di reati terroristici, riciclaggio, lavoro minorile o nel caso in cui l'operatore economico non abbia ottemperato agli obblighi relativi al pagamento di imposte o contributi previdenziali. Tra l'altro la direttiva 2014/24/UE amplia le ipotesi di esclusione rispetto a quelle previste dalla direttiva precedente, la 2004/18/TCE, in quanto vengono aggiunte due nuove fattispecie di reato che sono i reati terroristici (previsto dal paragrafo 1 lett. d)) e il lavoro minorile paragrafo 1 lett. f) sempre dell'art. 57 della direttiva 2014/24/UE.

³²⁵ La salute pubblica è contemplata altresì nella “*Carta fondamentale dell'Unione Europea*”, il testo a seguito del trattato di Lisbona è stato introdotto nel par. 1 dell'art. 6 del TUE nel quale oltre ad affermare che l'Unione riconosce i diritti, le libertà e i principi sanciti nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, la stessa ha lo stesso valore giuridico dei trattati. Ebbene all'art. 35 “*Protezione della salute*” della “*Carta fondamentale dei diritti dell'Unione Europea*” si legge: «*Ogni persona ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali. Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana*». La base giuridica di tale articolo non è altro che l'art. 168 del TFUE e sono tre gli obiettivi strategici della politica sanitaria dell'UE:

- 1) Promuovere un buono stato di salute: prevenire le malattie e incoraggiare stili di vita sani, affrontando le problematiche della nutrizione, dell'attività fisica, del consumo di alcool, di tabacco e di droghe, dei rischi ambientali e delle lesioni da incidenti; con l'invecchiamento della popolazione anche le esigenze sanitarie specifiche degli anziani richiedono maggiore attenzione.
- 2) Proteggere i cittadini dalle minacce per la salute: rafforzare la vigilanza nonché la preparazione alle epidemie e al bioterrorismo migliorando altresì la capacità di reagire alle nuove sfide per la salute come ad esempio i cambiamenti climatici.
- 3) Sostenere sistemi sanitari dinamici: aiutare i sistemi sanitari degli Stati membri a raccogliere le sfide poste dall'invecchiamento della popolazione e dalle crescenti aspettative dei cittadini nonché dalla mobilità dei pazienti e degli operatori sanitari.

Invero, sono stati diversi i casi di rinvii pregiudiziali avanzati dai giudici italiani alla Corte di Giustizia Europea.

Nel 2014 la Corte di Giustizia UE, si è pronunciata su un rinvio pregiudiziale, avanzato dal Consiglio di Stato³²⁶. Quest'ultimo rimetteva all'attenzione della Corte sovranazionale il seguente quesito: *“Dica la Corte di Giustizia se gli articoli 49, 56, 105, 106 del TFUE ostano ad una norma interna che prevede che il trasporto sanitario sia affidato in via prioritaria alle associazioni di volontariato, Croce Rossa Italiana ed alle altre istituzioni o enti pubblici autorizzati, per quanto sulla base di convenzioni che stabiliscano l'esclusiva erogazione dei rimborsi delle spese effettivamente sostenute”*.

La vicenda trae origine da una delibera³²⁷ della Regione Liguria, con la quale veniva approvato l'accordo quadro regionale per la regolamentazione dei rapporti tra aziende sanitarie e ospedaliere, nonché le associazioni di volontariato e la Croce Rossa Italiana. Tale accordo attribuiva, altresì, ai direttori generali delle aziende sanitarie locali, l'incarico di rinnovare, o adeguare, le convenzioni già in essere. L'Asl n. 5 “Spezzino”, in attuazione delle presenti direttive, recepiva l'accordo quadro e sottoscriveva le convenzioni per i trasporti sanitari di urgenza ed emergenza, con le associazioni di volontariato aderenti all'ANPAS oltre che con la Croce Rossa Italiana. Avverso le delibere della Regione Liguria e dell'Asl n. 5 “Spezzino”, proponevano ricorso al T.A.R. Liguria la San Lorenzo Soc. Coop Sociale e la Croce Verde Cogema cooperativa sociale Onlus. Il T.A.R. accoglieva il ricorso nel merito. Con tale pronuncia l'organo di primo grado, infatti, accoglieva il ricorso in quanto riteneva che l'accordo quadro, nonostante prevedesse una modesta onerosità, avesse le caratteristiche di un appalto pubblico. Pertanto, l'affidamento diretto senza gara compiuto dall'Asl n. 5 “Spezzino” contrastava con i principi sanciti nel TFUE agli artt. 49, 56, 105.

Tale pronuncia veniva impugnata d'innanzi al Consiglio di Stato con tre atti di appello distinti³²⁸, da parte della Regione Liguria, ANPAS e Asl n. 5 “Spezzino”. Gli appellanti denunciavano l'aspetto riguardante l'onerosità dell'accordo quadro in quanto, sostenevano, il rimborso delle spese sostenute non costituiva una contropartita dei servizi di trasporto sanitario, necessario per poter qualificare l'accordo come oneroso. Tali pagamenti, infatti, non avrebbero superato il rimborso delle spese sostenute, i quali non venivano previsti in via forfettaria e preventiva. Pertanto contestavano l'esigenza di dover dar corso ad una procedura di evidenza pubblica e, in via subordinata, chiedevano la rimessione della questione pregiudiziale alla Corte di Giustizia, relativamente alla corretta interpretazione degli artt. 75-bis e 75-ter della legge regionale Liguria n. 41/2006, oltre che alla loro

³²⁶ Cons. Stato, Sez. III, 27 febbraio 2013, n. 1195 ordinanza emessa a fronte dell'appello proposto avverso la sentenza emessa dal T.A.R. Liguria, Sez. II, 26 aprile 2012, n. 565.

³²⁷ Delibera n. 283 del 9 febbraio 2010.

³²⁸ I tre ricorsi verranno riuniti a seguito di ordinanza interlocutoria del Consiglio di Stato, Sez. III, ord. 27 febbraio 2013, n. 1195.

compatibilità con il diritto dell'Unione Europea. Il Consiglio di Stato, come già riportato in apertura del paragrafo, rimetteva la questione all'attenzione della Corte di Giustizia UE ³²⁹.

Orbene, la Corte di Giustizia UE, dopo aver dedicato una attenta analisi alla normativa nazionale, partendo dal dato costituzionale e affrontando la normativa regionale, con sentenza C-113/13³³⁰ afferma il seguente principio: «*Gli articoli 49 TFUE e 56 TFUE devono essere interpretati nel senso che non ostano ad una normativa nazionale che, come quella in discussione nel procedimento principale, prevede che la fornitura dei servizi di trasporto sanitario di urgenza ed emergenza debba essere attribuita in via prioritaria e con affidamento diretto, in mancanza di qualsiasi pubblicità, alle associazioni di volontariato convenzionate, purché l'ambito normativo e convenzionale in cui si svolge l'attività delle associazioni in parola contribuisca effettivamente alla finalità sociale e al perseguimento degli obiettivi di solidarietà ed efficienza di bilancio su cui detta disciplina è basata*».

La Corte di Giustizia dell'Unione Europea perviene a tale principio dopo un'ampia argomentazione³³¹ che inizia riconoscendo che, in generale, un sistema di convenzioni come quello previsto dalla legge regionale Liguria conduce ad un risultato in contrasto con i principi del Trattato, ma comprende, altresì, che le giustificazioni addotte a fondamento della particolare organizzazione del trasporto sanitario richiamano il principio di universalità, di solidarietà, di efficienza economica e di adeguatezza. Infatti, il ricorso prioritario alle associazioni di volontariato è volto a garantire che tale servizio, qualificabile come servizio di interesse generale, venga garantito e assicurato in condizioni di equilibrio economico e, soprattutto, a livello del bilancio. La Corte prosegue riconoscendo che, nonostante il diritto dell'Unione Europea non incida sulla competenza degli Stati membri, relativamente alla configurazione dei loro sistemi di sanità pubblica e previdenziali, questi «*non possono introdurre restrizioni all'esercizio delle libertà fondamentali nell'ambito delle cure sanitarie ma, nel valutare questo divieto bisogna tenere presente che la vita e la salute delle persone rivestono*

³²⁹ Infatti le questioni pregiudiziali sottoposte all'attenzione della Corte erano le seguenti:

1) *Se gli articoli 49, 56, 105, e 106 del TFUE ostano ad una norma interna che prevede che il trasporto sanitario sia affidato [da parte delle amministrazioni pubbliche competenti] in via prioritaria alle associazioni di volontariato, Croce Rossa Italiana ed alle altre istituzioni o enti pubblici autorizzati, per quanto sulla base di convenzioni che stabiliscano l'esclusiva erogazione dei rimborsi delle spese effettivamente sostenute;*

2) *Se il diritto dell'Unione in materia di appalti pubblici - nel caso in esame, trattandosi di contratti esclusi [dalla direttiva 2004/18], i principi generali di libera concorrenza, non discriminazione, [di appalti pubblici nel settore] del servizio di trasporto sanitario, dovendo qualificarsi come oneroso un accordo quadro, quale [l'accordo quadro regionale], che preveda il rimborso anche di costi fissi e durevoli nel tempo. Punto 31 della sentenza della Corte di Giustizia UE. Pertanto la Corte di Giustizia UE al punto 32 prosegue prevedendo che: «Con le due questioni poste, che è d'uopo esaminare congiuntamente, il giudice del rinvio chiede, in sostanza, se le disposizioni del diritto dell'Unione in materia di appalti pubblici e le regole di concorrenza del Trattato debbano essere interpretate nel senso che ostano ad una normativa nazionale che, come quella in discussione nel procedimento principale, prevede che le amministrazioni locali debbano affidare la fornitura dei servizi di trasporto sanitario di urgenza ed emergenza in via prioritaria e di affidamento diretto, in mancanza di qualsiasi forma di pubblicità, alle associazioni di volontariato convenzionate, le quali, per la fornitura di detti servizi, ricevono unicamente il rimborso delle spese effettivamente sostenute a tal fine nonché di una frazione dei costi fissi e durevoli nel tempo».*

³³⁰ Corte di Giustizia UE, Sez. V, 11 dicembre 2014, C - 113/13.

³³¹ Si vedano, a tal proposito, i punti dal 52 al 63 della decisione in commento.

una importanza primaria tra i beni e gli interessi protetti dal Trattato e che spetta agli Stati membri, i quali dispongono di un margine di potere discrezionale, decidere il livello al quale intendono garantire la tutela della sanità pubblica e il modo in cui tale livello deve essere raggiunto»³³². Prosegue al punto 59 affermando che: «Di conseguenza, uno Stato membro può ritenere, nell'ambito del potere discrezionale di cui dispone per stabilire il livello di tutela della sanità pubblica e organizzare il proprio sistema di sicurezza sociale, che il ricorso alle associazioni di volontariato corrisponda alla finalità sociale del servizio di trasporto sanitario d'urgenza e che sia idoneo a contribuire al controllo dei costi legati a tale servizio». Pertanto, alle associazioni di volontariato viene richiesto di perseguire gli obiettivi precisamente individuati, ossia obiettivi di finalità sociale, di solidarietà ed efficienza di bilancio e che le stesse non traggano alcun profitto dalle loro prestazioni, questo, a prescindere dal rimborso di costi variabili, fissi e durevoli nel tempo.

Perciò, dopo la pronuncia della Corte di Giustizia UE, la vicenda torna nuovamente all'attenzione del Consiglio di Stato il quale, facendo proprio il principio elaborato dalla Corte sovranazionale, compie l'accertamento in concreto che la Corte di Giustizia aveva richiesto e accoglie gli appelli. In particolare, il Consiglio di Stato statuisce che il ricorso in via prioritaria alle associazioni di volontariato e alla Croce Rossa Italiana, così come previsto dall'art. 75-ter all'epoca dell'insorgere di tale controversia, rappresenti una modalità organizzativa idonea a garantire il perseguimento degli obiettivi di efficienza economica e di solidarietà sociale³³³.

5.1. Compatibilità o meno degli affidamenti diretti con la direttiva 2014/24/UE.

La direttiva 2014/24/UE, che abroga la precedente direttiva in materia di appalti pubblici, ossia la 2004/18/CE, e recepita dal legislatore italiano con il d.lgs. 50/2016, cd. "*Codice dei contratti pubblici*", ha introdotto alcune novità per quanto riguarda la normativa inerente al trasporto sanitario. Infatti, prima delle riforme del 2014, la direttiva 2004/18/CE trovava applicazione quando il valore dell'affidamento fosse un valore sopra-soglia. Il servizio di trasporto sanitario veniva inserito nell'allegato II A categoria 2, ossia nei servizi di trasporto terrestre, inclusi i servizi con furgoni blindati e i servizi di corriere, ad esclusione del trasporto di posta. Inoltre, il servizio di trasporto sanitario era altresì previsto nell'allegato II B categoria 25 dedicata ai servizi sanitari e sociali, a seconda che prevalesse, da un punto di vista economico, l'attività medica svolta durante il trasporto o il trasporto di per sé. Questa distinzione faceva sì che, a seconda della prevalenza dell'una o

³³² Punto 56 della sentenza della Corte di Giustizia UE C-113/13.

³³³ P. DE ANGELIS, *L'affidamento senza gara del servizio di trasporto sanitario*, in *Giornale di diritto amministrativo*, 2/2016, p. 249 ss.; R. CARANTA, *Affidamento dei servizi di ambulanza al no-profit*, in *Urbanistica appalti*, 5/2015, p. 508 ss. e C. COLELLI, *Corte di Giustizia e affidamento diretto del trasporto sanitario alle associazioni di volontariato*, in *Urbanistica e appalti*, 4/2015, p. 377 ss.

dell'altra circostanza, trovasse applicazione un diverso regime. Pertanto, nel caso in cui fosse prevalso il servizio sanitario, avrebbe trovato applicazione il regime *ex art. 21* "Appalti di servizi elencati all'allegato II B" della direttiva 2004/18/CE, che prevedeva un regime alleggerito. Nel caso, invece, in cui fosse prevalso il servizio di trasporto, avrebbe trovato applicazione il regime ordinario previsto dalla direttiva sopra citata.

Con l'avvento della direttiva 2014/24/UE, si riconosce che alcuni servizi, come quelli rientranti nell'ambito sanitario e, in particolare, il trasporto sanitario, siano servizi che presentino, di fatto, peculiarità tali da richiedere una disciplina specifica. Infatti, per tali servizi viene introdotta una normativa innovativa, specifica e semplificata rispetto a quella prevista dalla direttiva precedente. La *ratio* di questa particolare disciplina trae origine dalla consapevolezza dell'Unione Europea del fatto che, nella tradizione normativa di molti Stati membri, è radicata una coscienza sociale che trova un riconoscimento nelle normative di settore (quale quella del cd. "terzo settore") volta a individuare nelle associazioni di volontariato, una partecipazione attiva alla vita sociale della comunità integrando, in questo modo, i principi generali presenti nella maggior parte delle tradizioni normative degli Stati membri espressamente riconosciuti, tra l'altro, dalla stessa Unione Europea. Tali principi, rinvenibili nella nostra Costituzione ma altresì richiamati, come già detto, dalla normativa dell'Unione Europea, possono essere individuati, per esempio, nell'attuazione del principio di solidarietà orizzontale, nel mantenimento della qualità dei servizi sanitari e sociali, nel rispetto dei vincoli di bilancio e nelle esigenze di solidarietà sociale. Per questi motivi il legislatore europeo è ben consapevole della presenza di tali principi nelle tradizioni normative degli Stati membri, ognuno dei quali provvederà a darvi attuazione in base alle modalità più consone alle proprie tradizioni ed esigenze. Ne consegue che l'ambito sanitario, proprio per queste sue peculiarità, non potrà essere sottoposto alle regole di carattere generale della direttiva in commento, ma, al fine di garantirne una adeguata applicabilità negli Stati dell'Unione, dovranno essere previste delle deroghe al regime ordinario.

Veniamo, così, all'analisi della direttiva 2014/24/UE.

Tale direttiva, come già anticipato, presenta dei principi innovativi. In particolare, dal Considerando 28³³⁴ della stessa, si desume che la nuova direttiva non andrebbe applicata in relazione ad alcuni

³³⁴ «La presente direttiva non dovrebbe applicarsi a taluni servizi di emergenza se effettuati da organizzazioni e associazioni senza scopo di lucro, in quanto il carattere particolare di tali organizzazioni sarebbe difficile da preservare qualora i prestatori di servizi dovessero essere scelti secondo le procedure di cui alla presente direttiva. La loro esclusione, tuttavia, non dovrebbe essere estesa oltre lo stretto necessario. Si dovrebbe pertanto stabilire esplicitamente che i servizi di trasporto dei pazienti in ambulanza non dovrebbero essere esclusi. In tale contesto è inoltre necessario chiarire che nel gruppo 601 «Servizi di trasporto terrestre» del CPV non rientrano i servizi di ambulanza, reperibili nella classe 8514. Occorre pertanto precisare che i servizi identificati con il codice CPV 85143000-3, consistenti esclusivamente in servizi di trasporto dei pazienti in ambulanza, dovrebbero essere soggetti al regime speciale previsto per i servizi sociali e altri servizi specifici («regime alleggerito»). Di conseguenza, anche gli appalti misti per la

servizi di emergenza, laddove questi vengano svolti da organizzazioni e associazioni senza scopo di lucro in quanto, in virtù delle peculiari caratteristiche di tali organizzazioni, se gli operatori in tale settore venissero scelti sulla base delle regole previste dalla direttiva in commento, allora risulterebbe assai difficile salvaguardare le caratteristiche proprie delle stesse. La loro esclusione, continua il Considerando 28, non si dovrebbe estendere oltre allo stretto necessario. Pertanto bisognerebbe prevedere esplicitamente che il servizio di trasporto dei pazienti in ambulanza non dovrebbe essere escluso. Questi servizi, infatti, risulterebbero concettualmente distinti rispetto ai servizi di trasporto terrestre che, in generale, sono assoggettati al regime speciale previsto per i servizi sociali nonché ad altri servizi specifici (cd. regime alleggerito). Sicché, tali servizi andrebbero assoggettati al regime alleggerito previsto dalla nuova direttiva.

Inoltre, quanto indicato in tale Considerando, viene ripreso dall'art. 10 lett. h) della direttiva 2014/24/UE, rubricato "*Esclusione specifiche per gli appalti di servizi*". Tale articolo precisa che la direttiva non debba trovare applicazione in relazione ad appalti pubblici di servizi concernenti i servizi di difesa civile, i servizi di protezione civile, nonché i servizi di prevenzione contro i pericoli forniti da organizzazioni e associazioni senza scopo di lucro, ad eccezione dei servizi di trasporto dei pazienti in ambulanza. Infatti, per quest'ultimi dovrà trovare applicazione il regime alleggerito previsto dagli artt. 74-77³³⁵, riferiti agli appalti di servizi sociali che vengono previsti e descritti dettagliatamente nell'allegato XIV della direttiva stessa.

Più recentemente, la Corte di Giustizia ha avuto modo di pronunciarsi nuovamente sulla materia degli affidamenti diretti, sempre aventi ad oggetto il trasporto sanitario di pazienti compiuto però, in questo caso, in situazioni di emergenza. Lo ha fatto con la sentenza del 21 marzo 2019 C-465/17.

Il caso, affrontato dalla Corte in tale decisione, traeva origine da una vicenda sorta in Germania e riguardava, più precisamente, il Comune della cittadina di Solingen il quale nel 2016 decideva di aggiudicare, nuovamente, l'appalto dei servizi di soccorso per 5 anni. L'oggetto dell'appalto prevedeva l'utilizzo di veicoli di soccorso municipali, da un lato, per gli interventi di emergenza, con il compito principale di prestare assistenza a pazienti che necessitano di cure urgenti mediante soccorritori qualificati, coadiuvati da un soccorritore sanitario e, dall'altro, per il trasporto in ambulanza, con il compito principale di prestare assistenza e cure a pazienti mediante un soccorritore sanitario coadiuvato da un aiuto soccorritore. Il comune di Solingen non pubblicava un bando sulla Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea. Pertanto, si contestava al Comune di aver aggiudicato un

prestazione di servizi di ambulanza in generale dovrebbero essere soggetti al regime alleggerito se il valore dei servizi di trasporto dei pazienti in ambulanza fosse superiore al valore di altri servizi di ambulanza».

³³⁵ L'art. 74 della direttiva 2014/24 apre il Titolo III dedicato ai "*Particolari regimi di appalto*" Capo I "*Servizi sociali e altri servizi specifici*"

appalto controverso, senza aver provveduto prima alla pubblicazione di un bando sulla Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea³³⁶.

Tale vicenda giungeva all'attenzione della Corte di Giustizia UE, la quale veniva adita al fine di pronunciarsi in merito a diverse questioni pregiudiziali, tra cui anche l'interpretazione dell'articolo 10 lett. h) in questo specifico contesto.

La Corte di Giustizia, al punto 26 della decisione in commento, stabilisce che non rientra nel concetto di "servizi di difesa" o "servizi di protezione civile" l'assistenza ai pazienti in situazioni di emergenza in un veicolo di soccorso da parte di un paramedico/soccorritore sanitario, nonché il trasporto in ambulanza qualificato. Preciso questo, la Corte afferma che *«alla luce delle considerazioni che precedono, si deve concludere che sia l'assistenza di pazienti in situazione di emergenza in un veicolo di soccorso da parte di un paramedico/soccorritore sanitario, sia il trasporto in ambulanza qualificato rientrano nella nozione di "prevenzione contro i pericoli" ai sensi dell'art.10, lettera h) della direttiva 2014/24»*³³⁷. La Corte prosegue nella disamina del caso e, condividendo le conclusioni dell'avvocato generale, afferma che l'assistenza di pazienti in situazioni di emergenza, la quale venga fornita in un veicolo di soccorso da un paramedico/soccorritore sanitario, rientra nella categoria dei servizi di salvataggio³³⁸. A questo punto la Corte, sempre riprendendo le conclusioni dell'avvocato generale, sostiene che il trasporto in ambulanza qualificato non possa rientrare nell'ambito dei servizi di ambulanza poiché non corrisponderebbe al trasporto di pazienti in situazione di emergenza. Infatti, l'art. 10 lett. h) letto alla luce del suo considerando 28, prevede che l'esclusione delle norme di aggiudicazione degli appalti pubblici, prevista da tale disposizione a favore dei servizi di prevenzione contro i pericoli, possa applicarsi solo a determinati servizi di emergenza forniti da organizzazioni o associazioni senza scopo di lucro, e che essa non deve essere estesa oltre lo stretto necessario. Pertanto ne deriva che l'inapplicabilità delle norme di aggiudicazione degli appalti pubblici di cui all'art. 10 lettera h) di tale direttiva è inscindibilmente legata all'esistenza di un servizio di emergenza. Inoltre la presenza di personale qualificato a bordo di un'ambulanza, per la Corte, non sarebbe di per sé sufficiente a dimostrare l'esistenza di un servizio di ambulanza rientrante nella categoria dei servizi di ambulanza identificati con il codice CPV 85143000-3. Vero è che l'urgenza può essere dimostrata, perlomeno in potenza, nel caso in cui ci sia la necessità di dover trasportare un paziente per il quale ci sia il rischio di un peggioramento del suo stato di salute durante il trasporto. Solo a queste condizioni, allora, il trasporto in ambulanza potrebbe rientrare nella deroga di applicazione delle norme di aggiudicazione degli appalti pubblici di cui all'art. 10 lett. h) della presente direttiva. Invero, al punto 50 della sentenza, la Corte precisa che: *«il trasporto in ambulanza qualificato può costituire*

³³⁶ Punto 11 e ss. della sentenza in commento.

³³⁷ Punto 36 della decisione in commento.

³³⁸ Identificato con il codice CPV 75252000-7.

un “servizio di ambulanza” rientrante nel CPV 85143000-3, di cui all’articolo 10, lett. h), della direttiva 2014/24, soltanto quando, da un lato, detto trasporto sia effettivamente assicurato da personale debitamente formato in materia di pronto soccorso e, dall’altro, esso riguardi un paziente per il quale esiste un rischio di peggioramento dello stato di salute durante detto trasporto». Pertanto, la Corte di Giustizia Europea giunge ad enunciare il seguente principio:

- 1) *L’articolo 10, lettera h), della direttiva 2014/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 26 febbraio 2014, sugli appalti pubblici e che abroga la direttiva 2004/18/CE, deve essere interpretato nel senso che rientrano nella deroga da esso prevista all’applicazione delle norme di aggiudicazione degli appalti pubblici l’assistenza prestata a pazienti in situazione di emergenza in un veicolo di soccorso da parte di un paramedico/soccorritore sanitario, di cui al codice CPV [Common Procurement Vocabulary (vocabolario comune per gli appalti pubblici)] (...) (servizi di salvataggio), nonché il trasporto in ambulanza qualificato, comprendente, oltre al servizio di trasporto, l’assistenza prestata a pazienti in un’ambulanza da parte di un soccorritore sanitario coadiuvato da un aiuto soccorritore, di cui al codice CPV (...) (servizi di ambulanza), a condizione, con riferimento a detto trasporto in ambulanza qualificato, che esso sia effettivamente assicurato da personale debitamente formato in materia di pronto soccorso e che riguardi un paziente per il quale esiste un rischio di peggioramento dello stato di salute durante tale trasporto».*

6. Considerazioni conclusive.

Concludendo si rileva come, l’Unione Europea, abbia avuto un ruolo decisamente importante nel cercare di armonizzare le normative degli Stati membri, intervenendo con direttive in materia di appalti pubblici. Ancora più interessante è il fatto che abbia deciso di intervenire recependo il modello delle centrali di committenza dopo aver osservato e rilevato l’impiego, nella maggior parte degli Stati membri, di diversi modelli e meccanismi di centri unici per gli acquisti nell’ambito della pubblica amministrazione; e ciò, a dimostrazione del fatto che tale meccanismo rappresentasse lo strumento evidentemente ritenuto più idoneo, dagli stessi, per il perseguimento di principi propri dell’Unione Europea, quali la concorrenza e il contenimento della spesa pubblica.

Altro aspetto interessante è certamente rappresentato dall’affidamento diretto, il quale, pur rappresentando un’alternativa alle centrali di committenza, è un fenomeno ben presente all’interno degli Stati membri e particolarmente sentito nell’ambito sanitario, rispetto al quale l’Unione Europea

viene costantemente interrogata dai giudici nazionali relativamente alla sua compatibilità con le direttive in materia di appalti³³⁹.

BIBLIOGRAFIA

R. CARANTA, *Affidamento dei servizi di ambulanza al no-profit*, in *Urbanistica appalti*, 5/2015, p. 508 ss

L. CASTELLANI, F. DECAROLIS, G. ROVIGATTI, “*Il processo di centralizzazione degli acquisti Pubblici: Tra evoluzione Normativa e Evidenza Empirica*”, studio pubblicato su Open.luiss.it ,14 ottobre 2017 p. 2

C. COLELLI, *Corte di Giustizia e affidamento diretto del trasporto sanitario alle associazioni di volontariato*, in *Urbanistica e appalti*, 4/2015, p. 377 ss.

M. E. COMBA “*Aggregazione di contratti e centrali di committenza: la disciplina europea ed il modello italiano*” in *Urbanistica e appalti*, 10/2016, p. 1056

P. DE ANGELIS, *L'affidamento senza gara del servizio di trasporto sanitario*, in *Giornale di diritto amministrativo*, 2/2016, p. 249 ss;

P. GRAUSO, “*Gli acquisti di beni e servizi in sanità - Le centrali di committenza*”, Relazione tenuta nell'ambito del corso di formazione “il diritto della sanità: problematiche attuali” organizzato dall'Ufficio Studi, massimario e formazione della Giustizia amministrativa, e svoltosi a Napoli presso il T.A.R. Campania il 9 e 10 maggio 2019, P. 1.

B. G. MATTARELLA, *La centralizzazione delle committenze*, in *Giornale di diritto amministrativo*, 5/2016, p. 613 ss.

³³⁹ Per una maggiore disamina dell'evoluzione dell'affidamento diretto nel nostro ordinamento, si rimanda al successivo capitolo 5 a cura di Cinzia Armani.

IL PROCESSO DI CENTRALIZZAZIONE DEGLI ACQUISTI DI BENI E SERVIZI IN SANITÀ IN ITALIA

Elisa Palermo

SOMMARIO: **1.** L'istituzione di Consip e lo sviluppo del processo di centralizzazione degli acquisti nella contrattualistica pubblica. – **2.** Il nuovo Codice dei contratti pubblici e le Centrali Uniche di Committenza qualificate. – **3.** Differenze tra centralizzazione degli acquisti ed aggregazione della domanda: i lotti di gara a tutela delle Piccole Medie Imprese. – **4.** Modelli e tipologie di CUC nell'ordinamento nazionale. I rapporti tra la centrale di committenza e la stazione appaltante: profili di responsabilità. – **5.** Le centrali di committenza in sanità.

1. L'istituzione di Consip e lo sviluppo del processo di centralizzazione degli acquisti nella contrattualistica pubblica.

Il settore degli acquisti pubblici riveste un ruolo economico di forte rilievo, poiché la spesa per l'acquisizione di beni, servizi e lavori interessa una quota significativa di risorse pubbliche. Conseguentemente è corretto affermare che gli appalti pubblici sono una leva fondamentale delle politiche economiche e di bilancio della pubblica amministrazione e che la crisi economico-finanziaria ne ha conseguentemente imposto il controllo e la razionalizzazione in termini di spesa pubblica, dando il via ad un susseguirsi di riforme, mediante cui ridurre le risorse impiegate.

È in tale contesto che si inserisce la centralizzazione delle funzioni di acquisto che, muovendo da una logica di riduzione e controllo di impiego delle risorse pubbliche, è arrivata a creare nel tempo, come vedremo, economie di scala e riduzione del numero di enti coinvolti nell'esercizio delle funzioni amministrative.

La tendenza a cui si è dato avvio sin dalla fine degli anni '90 era quindi quella di concentrare gli acquisti delle P.A. in capo a pochi soggetti, operanti quali *Centrali Uniche di Committenza* (CUC), vale a dire centri unici di acquisto da destinare ad altri enti ovvero stazioni appaltanti che concludessero contratti le cui prestazioni fossero destinate ad altri enti, in ogni caso ottenendo il duplice obiettivo di aggregazione della domanda da un lato e professionalizzazione del personale operante dall'altro.

In realtà il processo di centralizzazione e razionalizzazione della spesa per gli acquisti in Italia trova le sue origini molto prima della crisi finanziaria che interessò il 2008. Già con la legge finanziaria per

l'anno 2000³⁴⁰, infatti, i governi italiani, con la disposizione contenuta all'articolo 26, comma 3, imponevano alle amministrazioni centrali e periferiche dello Stato (rimanevano escluse le restanti pubbliche amministrazioni) di approvvigionarsi utilizzando le Convenzioni stipulate dal Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF). Inoltre, tutte le PP.AA. erano vincolate, nell'attività di contrattualistica pubblica, al rispetto dei parametri di qualità e prezzo (*benchmark*) per l'acquisto di beni comparabili con quelli oggetto di convenzionamento.

La stipula di convenzioni nazionali per l'acquisto di specifici beni e servizi venne così attribuita, con il collegato d.m. 24 febbraio 2000³⁴¹, alla concessionaria di servizi informatici pubblici Consip Spa, una società partecipata interamente dal MEF, costituita l'11 agosto 1997 per la gestione delle attività informatiche delle amministrazioni dello Stato e il cui oggetto sociale venne ampliato nel 2000 con il succitato decreto ministeriale, configurandone il ruolo di centrale di acquisto nazionale.

In altre parole, il Ministero cessava di occuparsi in maniera diretta del sistema delle convenzioni quadro, fino a quel momento svolta dal Provveditorato Generale dello Stato, e ne esternalizzava la gestione, ricorrendo ad una società di diritto privato a totale partecipazione pubblica.

L'obiettivo originario del legislatore era quello di dare a Consip la responsabilità diretta di molteplici fasi del processo di acquisto, riducendo oneri e costi a carico delle singole amministrazioni, che avrebbero potuto ricorrere direttamente alle convenzioni per l'approvvigionamento o sfruttarne i parametri prezzo-qualità, come limite massimo.

La legge finanziaria 488/1999 riconduceva gli obiettivi di fondo del processo di razionalizzazione della spesa pubblica nei seguenti fini: *i)* definizione delle strategie di acquisto; *ii)* redazione di convenzioni competitive per le pubbliche amministrazioni (PP.AA.); *iii)* promozione dell'utilizzo dell'*e-procurement* nelle PP.AA.; *iv)* definizione di modelli innovativi di *e-procurement*; *v)* somministrazione di strumenti di monitoraggio alle PP.AA. Non erano chiaramente esplicitate dunque tra gli obiettivi né la centralizzazione degli acquisti pubblici, né la necessità di contenimento della spesa pubblica. È infatti solo con le leggi finanziarie del 2001, 2002 e 2003³⁴² che tali finalità entrano a far parte del disegno di riorganizzazione degli appalti pubblici in Italia.

E così, con le finanziarie succitate, l'ambito di applicazione delle Convenzioni Consip, in termini di obbligatorietà dell'utilizzo delle stesse, venne ampliato a tutte le amministrazioni pubbliche indicate all'articolo 1 del d.lgs. 29/1993, fra le quali spiccavano anche le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale. In particolare la l. 212/2003 sancì la nullità dei contratti stipulati in violazione dell'obbligo di adesione alle convenzioni e la responsabilità amministrativa personale per il

³⁴⁰ Legge 23 dicembre 1999 n. 488 - Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2000).

³⁴¹ Decreto ministeriale 24 febbraio 2000 - Conferimento a Consip Spa dell'incarico di stipulare convenzioni e contratti quadro per l'acquisto di beni e servizi per conto delle amministrazioni dello Stato.

³⁴² L. 388/2000 art. 58, l. 488/2001 art. 24, l. 212/2003 art. 24.

sottoscrivente. Queste disposizioni furono oggetto di contestazione, in particolare da parte delle Regioni, che ricorsero alla Corte Costituzionale conducendo il legislatore a fare un passo indietro su alcune disposizioni, fra le quali l'obbligo di utilizzo delle convenzioni, che venne ricondotto ai soli acquisti caratterizzati dall'alta qualità dei servizi e dalla bassa intensità di lavoro. Tale disposizione avrebbe dovuto trovare conferma in un successivo d.P.C.M., tuttavia mai emanato e così la situazione si fece incerta e le convenzioni Consip vennero di fatto bloccate.

Nel corso degli anni 2004-2005 alcune Regioni (Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Toscana) avviarono le prime operazioni di aggregazione della spesa regionale centrando l'attenzione in particolare sul monitoraggio della spesa sanitaria.

Con la legge finanziaria 2007³⁴³ vennero ufficialmente introdotte nel sistema degli appalti pubblici le *centrali di acquisto regionali*, che operavano per gli enti e le amministrazioni (inclusi enti e aziende del SSN) del territorio regionale, queste vennero così poste nella stessa posizione di Consip e prese così forma un *sistema a rete*, in cui la Regione esercitava un'attività di indirizzo e di controllo e la centrale di acquisto eseguiva le proprie funzioni, realizzando gli obiettivi di razionalizzazione regionali, con particolare enfasi sulla spesa sanitaria.

Con la legge finanziaria 2008³⁴⁴ il ruolo di Consip Spa è stato ulteriormente rafforzato ed è stata conferita alla Società la funzione di elaborazione di indicatori e parametri di spesa da mettere a disposizione delle P.P.A.A., nonché la funzione di predisposizione di modelli di comportamento che garantissero adeguati livelli di efficienza nell'attività di programmazione degli acquisti di beni e servizi. Inoltre il MEF veniva incaricato di individuare annualmente le tipologie di beni e servizi sprovviste di una vigente convenzione e per le quali le amministrazioni statali dovevano delegare Consip all'espletamento di procedure di gara di importi superiori alle soglie comunitarie.

Di particolare rilievo anche l'intervento della legge finanziaria 2013³⁴⁵ con cui le amministrazioni pubbliche e le società inserite nel conto economico consolidato della pubblica amministrazione vennero tutte ricomprese nell'obbligo di approvvigionamento per mezzo delle convenzioni o accordi quadro, resi disponibili da Consip e dalle centrali di committenza regionali. Per gli acquisti di importo inferiore alle soglie comunitarie veniva invece esteso a tutte le amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del d.lgs. 165/2001³⁴⁶ e alle Autorità Amministrative Indipendenti l'obbligo di provvista tramite il mercato elettronico della pubblica amministrazione (MEPA), gestito da Consip, o ricorrendo

³⁴³ L. 27 dicembre 2006 n. 296 - Finanziaria 2007 - art. 1, commi 455 e 456.

³⁴⁴ L. 24 dicembre 2007 n. 244 - Finanziaria 2008 - art. 2, commi 569- 574, comma 591 e art. 3, comma 15.

³⁴⁵ L. 24 dicembre 2012 n. 228 - Finanziaria 2013 - art. 1, commi 149-158.

³⁴⁶ D.lgs. 165/2001 art. 1, comma 2 "Per amministrazioni pubbliche si intendono tutte le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e scuole di ogni ordine e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità montane, e loro consorzi e associazioni, le istituzioni universitarie, gli Istituti autonomi case popolari, le Camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le amministrazioni, le aziende e gli enti i del Servizio sanitario nazionale [...]".

agli strumenti di *e-procurement* messi a disposizione dalla centrale regionale di acquisto³⁴⁷.

Il programma di razionalizzazione e centralizzazione per il perseguimento di obiettivi di finanza pubblica è poi proseguito con gli interventi adottati nell'ambito della manovra di *spending review*, attuata anch'essa attraverso la legge di stabilità 2013³⁴⁸, che ha stabilito come primario obiettivo l'attuazione di un programma di riduzione in termini monetari della spesa per l'acquisto di beni e servizi.

Con il d.lgs. 24 aprile 2014, n. 66, il legislatore ha proseguito il disegno di regionalizzazione dell'accentramento degli acquisti avviato dalla finanziaria del 2007 e, a far data dal 1° gennaio 2015, è stato così istituzionalizzato il ruolo di aggregatore della spesa in capo a Consip Spa e il ruolo di centrale di acquisto, su modello di quest'ultima, in capo a ciascuna Regione e agli ulteriori soggetti che avessero dimostrato il possesso dei requisiti prescritti da ANAC³⁴⁹. Con lo stesso d.lgs. 66/2014 il legislatore aveva infatti anche previsto l'istituzione di un elenco dei soggetti aggregatori, nell'ambito dell'Anagrafe Unica delle stazioni appaltanti, di cui avrebbero fatto parte i soggetti sopra citati, lista quest'ultima tenuta da ANAC e che avrebbe elencato un numero complessivo di massimo 35 soggetti svolgenti attività di centrale di committenza, da considerarsi *qualificati*, in quanto dotati di una serie di requisiti fissati con apposito decreto del Presidente del Consiglio e di cui avrebbero fatto automaticamente parte, per legge, Consip e una centrale di committenza per ogni Regione. Da un punto di vista economico il progetto venne finanziato attraverso l'istituzione di un Fondo per l'aggregazione degli acquisti (destinato al finanziamento delle attività svolte dai soggetti aggregatori), nonché da un apposito stanziamento emesso nel 2014 a favore di Consip Spa.

Ulteriore rimodulazione del Codice dei contratti pubblici del 2006³⁵⁰ venne apportata dalla legge di stabilità per il 2016³⁵¹ che sottrasse all'obbligo di ricorso al MEPA o ad altri mercati elettronici previsti, gli acquisti di beni o servizi di importo pari o inferiore a 1.000 euro e contestualmente aggiunse le manutenzioni tra i servizi oggetto di acquisto o negoziazione tramite gli strumenti messi a disposizione da Consip Spa. Recentemente tale soglia è stata ri-modificata a cura della Legge di Bilancio 2019³⁵², che ha innalzato la soglia per procedere agli affidamenti diretti, senza ricorso agli strumenti del mercato elettronico da 1.000 a 5.000 euro.

³⁴⁷ D.p.r. 207/2010 - art. 328.

³⁴⁸ D.l. n. 52/2012 e n. 95/2012 e l. 228/2012.

³⁴⁹ L. 89/2014, articolo 9, comma 5 che ha convertito il d.lgs. n. 66/2014: "Ai fini del perseguimento degli obiettivi di finanza pubblica attraverso la razionalizzazione della spesa per l'acquisto di beni e di servizi, le Regioni costituiscono ovvero designano, entro il 31 dicembre 2014, ove non esistente, un soggetto aggregatore secondo quanto previsto al comma 1. In ogni caso il numero complessivo dei soggetti aggregatori presenti sul territorio nazionale non può essere superiore a 35." Si noti che non vengono menzionati i lavori tra gli acquisti pubblici in capo ai Soggetti Aggregatori, tuttavia restano dubbi interpretativi della norma, poiché l'acquisto di lavori non viene espressamente escluso e i Soggetti Aggregatori regionali acquistano lavori.

³⁵⁰ Art. 33, comma 3-bis, d.lgs. 163/2006.

³⁵¹ L. 28 dicembre 2015, n. 208.

³⁵² L. 30 dicembre 2018, n. 145, di modifica dell'articolo 1, comma 450, della l. 296/2006.

2. Il nuovo Codice dei contratti pubblici e le centrali uniche di committenza qualificate.

Abbiamo visto come il processo di centralizzazione ha subito una continua e frammentata serie di modifiche normative che, nell'arco di quindici anni, ha conferito una nuova fisionomia giuridica ed organizzativa al settore degli acquisti pubblici. In principio il legislatore europeo altro non fece che prendere atto della situazione, di fatto e di diritto, già presente in molti Stati membri, fra cui l'Italia, dettando una disciplina comune che cristallizzasse l'istituto delle centrali di committenza, dapprima con le direttive CE 17 e 18 del 2004, recepite dal legislatore nazionale con il d.lgs. 163/2006³⁵³ (Codice dei contratti pubblici), che assegnava alla centrale di committenza la duplice veste di centrale di acquisto e stazione appaltante e in ultimo con le direttive UE 23, 24 e 25 recepite in Italia con l'entrata in vigore del d.lgs. 50/2016³⁵⁴ (nuovo Codice dei contratti pubblici), abrogativo del precedente.

La tendenza delle nuove direttive europee del 2014 è tesa alla aggregazione della domanda da parte dei committenti pubblici, finalizzata al conseguimento di economie di scala e al miglioramento della professionalità nella gestione degli appalti. È dal recepimento delle ultime direttive europee che l'Italia ha iniziato ad elaborare il Nuovo Codice Appalti (d.lgs. 50/2106), muovendosi in due principali direzioni: da un lato la qualificazione delle imprese partecipanti³⁵⁵ alle gare di acquisto pubbliche, tramite la fissazione di una serie di requisiti funzionali e qualitativi che gli aspiranti fornitori devono possedere per l'assegnazione della commessa, dall'altro la qualificazione altresì delle pubbliche amministrazioni³⁵⁶, in particolare quelle con funzione di stazione appaltante.

E così il legislatore italiano, con l'articolo 1, comma 1, lett. *cc*) e *dd*), della legge delega 11/2016³⁵⁷, dopo aver elencato i principi di semplificazione, innovazione e trasparenza su cui fondare il Nuovo Codice Appalti delineava, quali obiettivi dallo stesso perseguiti, la *razionalizzazione della spesa pubblica*, la *centralizzazione e l'efficientamento degli acquisti* e la *qualificazione delle stazioni appaltanti*, quest'ultima vista come mezzo per la realizzazione dei primi due obiettivi, tramite la

³⁵³ D.lgs. 12 aprile 2006, n. 163 - Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE, successivamente abrogato dall'entrata in vigore del d.lgs. 18 aprile 2016, n. 50 - Nuovo Codice degli Appalti.

³⁵⁴ D.lgs. 18 aprile 2016, n. 50 - Nuovo Codice degli Appalti in attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure di appalto dei settori speciali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture.

³⁵⁵ D.lgs. 50/2016 - art. 83 - I criteri di selezione e il soccorso istruttorio: "1. I criteri di selezione riguardano esclusivamente a) i requisiti di idoneità professionale; b) la capacità economica e finanziaria; c) le capacità tecniche e professionali [...]"

³⁵⁶ D.lgs. 50/2016 art. 38 - Qualificazione delle stazioni appaltanti e centrali di committenza.

³⁵⁷ L. 28 gennaio 2016 n. 11 - Deleghe al Governo per l'attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 26 febbraio 2014, sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture.

concretizzazione di adeguate forme di centralizzazione delle committenze e la conseguente riduzione del numero delle stazioni appaltanti, effettuata per mezzo di un sistema di qualificazione delle stesse, con possibilità, a seconda del livello di qualificazione conseguito dalla stazione, di gestire contratti di maggiore o minore complessità.

Dunque, con il Nuovo Codice Appalti i concetti di aggregazione e centralizzazione delle committenze si sono fusi con l'altro fondamentale concetto di qualificazione delle stazioni appaltanti, dando il risultato di meno stazioni appaltanti, ma con standard qualitativi, di efficienza e professionalità, più elevati. E così con il d.lgs. 50/2016 le stazioni appaltanti ai sensi dell'articolo 37, comma 1, del Codice³⁵⁸ hanno la possibilità di procedere in maniera diretta ed autonoma agli acquisti di importi inferiori alle soglie comunitarie, mentre per gli acquisti sopra soglia è necessaria la qualifica ai sensi dell'articolo 38, per procedere mediante gli strumenti telematici di negoziazione. Le stazioni appaltanti non qualificate ricorrono ad una centrale di committenza.

Il modello accentrato presenta tuttavia due principali criticità:

- da un lato la limitazione della libertà di scelta delle singole amministrazioni, le cui specifiche esigenze di acquisto potrebbero non essere adeguatamente soddisfatte dall'acquisto centralizzato. La normativa per stemperare questa rigidità ha previsto una deroga, riconoscendo alle amministrazioni obbligate ad aderire alla Convenzione in essere la possibilità di procedere ad acquisti autonomi con l'autorizzazione motivata resa dall'organo di vertice amministrativo e inviata alla Corte dei Conti, qualora il bene o servizio oggetto di convenzione non soddisfi lo specifico fabbisogno, per carenza di caratteristiche essenziali (legge n. 208/2015, articolo 1, comma 510)³⁵⁹;
- dall'altro la centralizzazione rischia di ostacolare l'accesso al libero mercato delle Piccole Medie Imprese (PMI), garantendo la partecipazione solo alle imprese di grandi dimensioni in possesso dei requisiti di capacità economico-finanziaria richiesti dalla normativa, pregiudicando in tal modo il principio di libera concorrenza, tema che introdurremo nel prossimo paragrafo (*vedi infra* § 3).

Già con il d.lgs. 66/2014 il legislatore aveva previsto l'istituzione di un elenco, tenuto da ANAC, dei soggetti aggregatori (*vedi supra* § 1) considerati "qualificati" sulla base del possesso di requisiti specifici fissati da decreto del Presidente del Consiglio. La legge delega 11/2016 ha ampliato il

³⁵⁸ D.lgs. 50/2016 - art. 37, comma 1 "Le stazioni appaltanti, fermi restando gli obblighi di utilizzo di strumenti di acquisto e di negoziazione, anche telematici, previsti dalle vigenti disposizioni in materia di contenimento della spesa, possono procedere direttamente e autonomamente all'acquisizione di forniture e servizi di importo inferiore a 40.000 euro e di lavori di importo inferiore a 150.000 euro, nonché attraverso l'effettuazione di ordini a valere su strumenti di acquisto messi a disposizione dalle centrali di committenza (e dai soggetti aggregatori). Per effettuare procedure di importo superiore alle soglie indicate al periodo precedente, le stazioni appaltanti devono essere in possesso della necessaria qualificazione ai sensi dell'articolo 38 [...]"

³⁵⁹ Tuttavia la portata della deroga è stata mitigata dalla adozione del decreto MEF pubblicato in GU il 13 marzo 2019, che individua le **prestazioni principali oggetto delle Convenzioni Consip** e le **relative caratteristiche essenziali**, che fungono altresì da parametro per motivare il discostamento della PA da una Convenzione Quadro, per cui le amministrazioni obbligate potranno ricorrere ad acquisti in autonomia solo in caso di esigenze specifiche di approvvigionamento non soddisfatte dalle caratteristiche elencate nel decreto.

processo, dando come obiettivo al legislatore quello di raggiungere la “razionalizzazione delle procedure di spesa, attraverso l’applicazione di criteri di qualità, efficienza e professionalizzazione delle stazioni appaltanti [...] prevedendo l’istituzione di un apposito sistema gestito da ANAC [...] teso a valutarne l’effettiva capacità tecnica e organizzativa, sulla base di parametri obiettivi”.

Sono differenti gli approcci utilizzati dal legislatore per la verifica dei requisiti di qualificazione, rispettivamente delle imprese aspiranti fornitrici e delle stazioni appaltanti. Per le prime il sistema di certificazione di qualità resta in capo ad organismi accreditati di diritto privato costituiti in Spa (Società Organismi di Attestazione - SOA), con conseguente esternalizzazione del compito di valutare l’adeguatezza tecnico-professionale dell’impresa. Per le stazioni appaltanti invece il processo di professionalizzazione delle stesse è rimesso alla responsabilità diretta della amministrazione, che tiene monitorati i diversi requisiti organizzativi disposti, in relazione ai livelli di qualificazione previsti, per l’ottenimento della certificazione di qualità, secondo lo standard ISO 9001³⁶⁰. Ne consegue il riconoscimento dell’autonomia per la singola amministrazione nella scelta del livello di qualificazione verso cui tendere, in base alle proprie caratteristiche e risorse organizzative e alle proprie esigenze di acquisto, individuale o attraverso l’aggregazione con altre stazioni. Per questo in dottrina si suole parlare di qualificazione flessibile e a geometria variabile, anzidetta multilivello, in cui il legislatore si è svincolato da rigide qualificazioni predeterminate dall’alto, conferendo maggiore libertà alle singole amministrazioni, che diventano parte attiva nel sistema di *procurement*, orientando la propria capacità di acquisto coerentemente ai propri obiettivi e esigenze.

In questo sistema di autogoverno, la stazione appaltante non ottiene la propria qualificazione *una tantum*, ma la stessa avrà durata quinquennale. Nel corso dei cinque anni, inoltre, ANAC potrebbe modificare la qualificazione della stazione appaltante ad un livello superiore o inferiore, in base alla rilevazione di cambiamenti organizzativi sopravvenuti o su istanza della stessa amministrazione.

Tutt’altro che secondario appare, nel sistema dinamico di qualificazione delle stazioni appaltanti sopra descritto, il ruolo di ANAC a cui il Codice espressamente delega le funzioni di gestione del sistema di qualificazione (definizione dei requisiti tecnico-organizzativi necessari alla qualificazione, iscrizione nell’elenco delle qualificate, tenuta, pubblicità e aggiornamento dell’elenco), con conferimento di poteri di vigilanza, controllo e ispettivi oltre che di valutazione ai fini della premialità delle stazioni appaltanti. Si ricorda che ANAC, oltre alle funzioni già assunte in materia di materia di vigilanza e controllo a seguito del passaggio delle funzioni della *Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture (AVCP)*, svolge così anche vere e proprie funzioni regolatorie, nell’ambito dell’attività di *Soft Regulation*³⁶¹ che le viene conferita e che rappresenta una grande

³⁶⁰ *International Organization for Standardization*, un sistema di gestione delle attività secondo uno standard internazionale certificato da organismi accreditati per lo specifico scopo.

³⁶¹ Conferimento ad ANAC del potere/dovere di adozione di linee guida vincolanti (su tematiche su cui l’Autorità abbia specifico potere, come nel caso dei requisiti di qualificazione) e/o non vincolanti (su qualsiasi tematica del Codice, ex art.

innovazione del Codice Appalti del 2016. Per l'approfondimento delle funzioni di ANAC e la descrizione dei requisiti richiesti per la qualificazione delle stazioni appaltanti, si rimanda al capitolo di Daniele Pizzo.

3. Differenze tra centralizzazione degli acquisti ed aggregazione della domanda: i lotti di gara a tutela delle Piccole Medie Imprese.

All'origine della centralizzazione degli acquisti, in Italia, tra il 1999 e il 2004, nessuna normativa aveva stabilito che gli appalti dovessero essere suddivisi in lotti, valendo unicamente le norme generali sulla concorrenza. Con la direttiva 2004/18/CE venne evidenziata l'esigenza di garantire maggiormente la libera concorrenza in sede di appalti pubblici sopra determinate soglie e il legislatore italiano, recependo la direttiva europea, introdusse nel d.lgs. 163/2006, all'articolo 2, comma 1-bis, l'obbligo per le stazioni appaltanti di ricorso alla suddivisione degli appalti in lotti funzionali o prestazionali, imponendo altresì un obbligo di motivazione in caso di mancato frazionamento.

La nuova direttiva europea 2014/24/CE, nei considerando 2 e 59, mette in grande risalto la necessità di garantire ulteriormente la concorrenza, a favore della partecipazione agli appalti pubblici, delle Piccole Medie Imprese (PMI). Tali indirizzi del legislatore europeo sono stati trasposti nell'art. 51 del d.lgs. 50/2016³⁶² che fornisce una disciplina di maggior dettaglio, rispetto al Codice del 2006, rafforzando la tutela delle PMI. Non più dunque la semplice enunciazione di un principio, ma la creazione di procedure che definiscano i passaggi attraverso cui giungere alla definizione del numero e delle dimensioni dei lotti per ogni gara, anche se, in realtà, il documento che avrebbe dovuto definire tali procedure non ha ad oggi ancora visto la luce.

Abbiamo trattato nei paragrafi precedenti dei concetti di *centralizzazione* e di *aggregazione* degli acquisti pubblici, partendo dal concetto che non solo l'aggregazione della spesa è necessaria nel caso in cui la stazione appaltante difetti dei requisiti di qualificazione per l'acquisto autonomo di beni e servizi, per cui la stessa dovrà aggregarsi ad una stazione qualificata, ai sensi dell'articolo 38 del

213, comma 2), attuative del Codice degli Appalti e pubblicate in Gazzetta Ufficiale.

³⁶² Nuovo Codice Appalti (d.lgs. 50/2016) art. 51, commi 2 e ss: "2. Le stazioni appaltanti indicano, altresì, nel bando di gara o nella lettera di invito, se le offerte possono essere presentate per un solo lotto, per alcuni lotti o per tutti. 3. Le stazioni appaltanti possono, anche ove esista la possibilità di presentare offerte per alcuni o per tutti i lotti, limitare il numero di lotti che possono essere aggiudicati a un solo offerente, a condizione che il numero massimo di lotti per offerente sia indicato nel bando di gara o nell'invito a confermare interesse, a presentare offerte o a negoziare. Nei medesimi documenti di gara indicano, altresì, le regole o i criteri oggettivi e non discriminatori che intendono applicare per determinare quali lotti saranno aggiudicati, qualora l'applicazione dei criteri di aggiudicazione comporti l'aggiudicazione ad un solo offerente di un numero di lotti superiore al numero massimo. 4. Le stazioni appaltanti possono aggiudicare appalti che associano alcuni o tutti i lotti al medesimo offerente, qualora abbiano specificato, nel bando di gara o nell'invito a confermare interesse, che si riservano tale possibilità e indichino i lotti o gruppi di lotti che possono essere associati, nonché le modalità mediante cui effettuare la valutazione comparativa tra le offerte sui singoli lotti e le offerte sulle associazioni di lotti".

Codice Appalti vigente, ma di più, l'istituto della aggregazione appare servente al principio di razionalizzazione della spesa pubblica, che sta alla base di tutto il sistema.

Tuttavia, alla luce di quanto detto all'inizio di questo paragrafo in relazione alla normativa sulla libera concorrenza, appare ora opportuno sottolineare che centralizzazione e aggregazione non sono sinonimi. Centralizzare le procedure di acquisto, come avvenuto in Italia con l'istituzione di Consip prima e di altre centrali di committenza poi, al fine di garantire una determinata qualificazione tecnico-organizzativa in capo alle centrali di committenza e un conseguente miglior controllo sulla spesa pubblica, non significa necessariamente che le stazioni appaltanti possano aggregare gli appalti in lotti di dimensioni tali da pregiudicare la partecipazione delle PMI. Si avverte come l'aggregazione e la centralizzazione delle committenze debbano essere attentamente monitorate al fine di preservare la trasparenza e la concorrenza degli acquisti pubblici.

Come asserito dall'economista italiano Gustavo Piga, se da un lato la centralizzazione è necessaria per ottenere la aggregazione degli appalti pubblici, al fine di generare vantaggiose economie di scala, non può invece affermarsi, al contrario, che la centralizzazione debba essere dedicata alla aggregazione delle gare in lotti di grandi dimensioni, potendosi realizzare la centralizzazione degli appalti senza ricorrere alla aggregazione della domanda, con l'avvio di gare centralizzate ma suddivise in lotti di piccole dimensioni. Certo è che la gestione del frazionamento di un'opera su più contratti richiede un alto livello di competenza da parte delle stazioni appaltanti, di cui i requisiti di qualificazione non potranno non tenere conto.

Per la trattazione di una controversia giudiziale in tema di suddivisione in lotti si rimanda al capitolo di Giulia Bertolissi.

4. Modelli e tipologie di CUC nell'ordinamento nazionale - I rapporti tra la centrale di committenza e la stazione appaltante: profili di responsabilità.

Abbiamo sin qui trattato dell'evoluzione normativa riguardante la contrattualistica pubblica e, in particolare, della centralizzazione degli acquisti, incontrando varie tipologie e conseguenti terminologie quali centrale di committenza, stazione appaltante, soggetto aggregatore. Facciamo ora chiarezza, con un breve *focus* sulla grande famiglia delle Centrali Uniche di Committenza (CUC).

Il legislatore europeo con la direttiva 2014/24/CE ha voluto disciplinare in maniera più dettagliata il fenomeno della centralizzazione precisando: *i*) la definizione di centrale di committenza; *ii*) i relativi modelli di funzionamento; *iii*) gli strumenti a disposizione delle CUC; *iv*) le modalità di affidamento delle attività di committenza; *v*) le cosiddette attività ausiliarie di committenza; *vi*) l'istituto dell'appalto congiunto.

Il legislatore italiano ha recepito le indicazioni della direttiva europea all'interno del Nuovo Codice Appalti, definendo l'*attività di centralizzazione* delle committenze come una attività di committenza svolta su base permanente. Il carattere di continuità delle attività svolte, che distingue l'attività di centralizzazione da quella di *appalto congiunto occasionale*, rappresenta la principale novità.

Non è invece una novità la declinazione della centrale di committenza in due possibili modelli di funzionamento, distinti dalla diversa ampiezza del ruolo svolto dalla CUC:

- Il cd. *modello intermediario*: la centrale di committenza aggiudica appalti pubblici o conclude accordi quadro di lavori, forniture o servizi destinati ad amministrazioni aggiudicatrici. Procede alla stesura e alla pubblicazione della documentazione di gara, riceve i plichi contenenti le offerte, nomina la commissione di gara, valuta le offerte, verifica i requisiti, procede all'aggiudicazione e gestisce l'eventuale contenzioso sulla procedura di aggiudicazione. La stipula del contratto resta solo eventuale, qualora lo stesso sia destinato ad una pluralità di amministrazioni aggiudicatrici. In questo caso la CUC dovrà anche occuparsi del monitoraggio della fase di esecuzione del contratto.

- Il cd. *modello grossista*: la centrale di committenza acquista forniture e/o servizi destinati ad amministrazioni aggiudicatrici e dunque procede sempre alla stipula contrattuale e alla gestione della sua fase esecutiva.

Inoltre, la centrale di committenza potrà sempre gestire, per conto delle amministrazioni aggiudicatrici, *sistemi dinamici di acquisizione*.

All'interno dell'ampio *genus* delle Centrali Uniche di Committenza se ne possono distinguere diverse tipologie, operanti con finalità solo in parte equiparabili, come di seguito descritto.

La *Stazione Unica Appaltante (SUA)* - istituita con l. 13 agosto 2010, n. 136 "Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia". Si tratta di una centrale che opera secondo il modello intermediario, in ambito regionale e infraregionale e che riceve dall'ente beneficiario, per il quale cura l'aggiudicazione di contratti pubblici, istruzioni e collaborazione nella redazione dei documenti di gara. I rapporti tra la SUA e l'Ente aderente sono regolati da apposite *convenzioni*³⁶³.

I *Soggetti Aggregatori* - ovvero le centrali di committenza iscritte nell'apposito elenco istituito nell'ambito dell'anagrafe unica delle stazioni appaltanti, tenuto da ANAC e costituito di massimo 35 soggetti comprendenti, oltre alla centrale nazionale Consip Spa³⁶⁴, una centrale per ogni Regione ed ulteriori centrali in possesso dei requisiti previsti. Anche queste operano secondo il modello intermediario.

³⁶³ Le convenzioni intercorrenti tra SUA e ente beneficiario disciplinano l'ambito di operatività, le modalità di rimborso dei costi sostenuti dalla SUA, gli oneri di eventuali contenziosi, l'obbligo per l'ente di comunicare alla SUA eventuali varianti in corso di esecuzione del contratto.

³⁶⁴ Consip Spa opera come centrale di committenza nazionale in attuazione del Programma di razionalizzazione degli acquisti per conto del MEF.

La finalità comune con cui operano è sempre rinvenibile nel perseguimento degli obiettivi di finanza pubblica, ma le regole che disciplinano i diversi sistemi variano in base:

- alla natura soggettiva dell'amministrazione (amministrazione dello Stato, enti del SSN, territoriali, previdenziali, scuole università, altre amministrazioni);
- alla natura oggettiva dell'acquisto (categorie merceologiche oggetto di aggregazione, beni e servizi informatici, altre categorie).

Tuttavia, il Codice detta disposizioni specifiche su alcuni aspetti, che vanno sempre rispettate:

- In materia di *programmazione* si determina la necessità di assicurare un raccordo tra la programmazione degli acquisti delle stazioni appaltanti e la pianificazione delle attività dei soggetti aggregatori e delle centrali di committenza.
- In materia di *qualificazione*, prevedendone il riconoscimento di diritto in capo a Consip Spa e ai soggetti aggregatori regionali.
- In materia di *semplificazione*, promuovendo un sistema di reti di committenza che comporti il più ampio ricorso alle gare e agli affidamenti telematici e l'effettiva partecipazione delle Piccole Medie Imprese.
- In materia di *commissioni giudicatrici*, l'articolo 77 del Codice prevede l'istituzione di un'apposita sezione speciale dell'Albo dei Commissari.

La centrale di committenza che, ricordiamo, può essere una amministrazione aggiudicatrice o un ente aggiudicatore, è soggetta all'applicazione del Codice degli Appalti.

Negli appalti sopra la soglia comunitaria, nell'ambito dei rapporti tra centrale di committenza operante secondo il modello intermediario, che svolge la procedura ad evidenza pubblica e stazione appaltante beneficiaria della prestazione, quest'ultima può acquistare lavori, beni o servizi mediante:

- *Contratti chiusi*, aggiudicati dalla centrale di committenza, che svolge integralmente la fase di evidenza pubblica, mentre sarà la stazione appaltante responsabile della fase di esecuzione contrattuale.

- *Sistemi dinamici di acquisizione* gestiti da una centrale di committenza. In questo caso l'appalto viene aggiudicato direttamente dalla stazione appaltante beneficiaria, rimanendo in capo alla centrale di committenza l'onere di mettere a disposizione l'infrastruttura tecnologica, pubblicare l'avviso di indizione e le attività di ammissione dei candidati ritenuti idonei.

- *Accordi Quadro*, conclusi da una centrale di committenza, nell'ambito dei quali la singola stazione appaltante effettuerà l'ordine di acquisto³⁶⁵.

³⁶⁵ Gli accordi quadro possono essere aggiudicati: (a) ad un unico fornitore o ad una pluralità di fornitori, con condizioni tutte fissate, ovvero (b) ad un unico fornitore o ad una pluralità di fornitori, con la riapertura del confronto competitivo (c) possibilità di concludere un accordo quadro multi-fornitore che, pur avendo condizioni tutte fissate, consente - in presenza di circostanze predeterminate - di riaprire il confronto competitivo. La singola stazione appaltante: nel caso *sub* (a) effettuerà direttamente un ordine di acquisto, senza procedere ad una nuova aggiudicazione, nel caso *sub* (b) invece, dopo avere svolto il confronto competitivo, procederà ad una nuova aggiudicazione. Nel caso *sub* (c) l'amministrazione,

La stazione appaltante potrà usufruire, secondo il proprio livello di qualificazione, degli *strumenti*³⁶⁶ sopra descritti, messi a disposizione dalla centrale di committenza.

Nell'ambito dei rapporti intercorrenti tra amministrazione, stazione appaltante e centrale di committenza, un breve cenno merita il tema del regime della responsabilità, in caso di violazione della normativa sugli appalti pubblici.

La direttiva 2004/18/CE precisava che “le amministrazioni che acquistano facendo ricorso ad una centrale di committenza sono considerate in linea con la direttiva, a condizione che la centrale l'abbia rispettata”. L'interpretazione letterale della norma creava un elemento di incertezza a carico delle amministrazioni, che si trovavano a correre il rischio di venire travolte dagli effetti della violazione della direttiva da parte della centrale e che non potevano avere l'onere di verificare la legittimità dell'operato di quest'ultima. L'articolo 33 del previgente Codice Appalti nazionale (d.lgs. 163/2006) disciplinava la tematica in maniera ancora più laconica, affermando che le centrali di committenza erano tenute al rispetto del Codice. Tuttavia, l'orientamento italiano in tema di responsabilità era meno ancorato al significato letterale e più in linea con le recenti direttive e il giudice amministrativo ritenne che la centrale di committenza, in caso di gestione esclusiva della procedura di gara, ne fosse l'unica e diretta responsabile, mentre le amministrazioni, per conto delle quali la centrale aveva agito, erano destinatarie degli effetti sostanziali e processuali della gara³⁶⁷.

A risolvere l'incertezza interpretativa descritta è intervenuta, ancora una volta, la direttiva 2014/24/CE con l'articolo 37, paragrafo 2, con cui ha precisato che “Una amministrazione aggiudicatrice rispetta i suoi obblighi ai sensi della presente direttiva quando acquista forniture o servizi da una centrale di committenza che offre l'attività di centralizzazione delle committenze [...]”. Anche il Nuovo Codice degli Appalti (d.lgs. 50/2016) ha recepito il concetto, introducendo il principio generale per il quale ciascuna stazione appaltante è responsabile dell'adempimento degli obblighi derivanti dal Codice, unicamente per quanto riguarda le parti da essa svolte a proprio nome e per proprio conto.

Ne deriva che, in caso di ricorso ad una centrale di committenza, l'amministrazione non ha alcun onere di verifica circa il corretto adempimento da parte della CUC ai propri obblighi. Si tratta di una novità di non poco conto, che avrebbe probabilmente meritato una disciplina di maggior dettaglio in sede nazionale, dove al contrario la norma non è stata compiutamente recepita.

valutate le circostanze che consentono o meno di riaprire il confronto competitivo, opterà per una delle alternative precedentemente esposte.

³⁶⁶ Strumenti di acquisto, ovverosia tutti quegli strumenti, realizzati da una centrale di committenza e messi a disposizione della singola amministrazione, che non richiedono apertura del confronto competitivo. Strumenti di negoziazione, ovverosia quegli strumenti, realizzati da una centrale di committenza e messi a disposizione della singola amministrazione, che richiedono apertura del confronto competitivo.

³⁶⁷ Così il Cons. St., sez. III, 10 giugno 2016, n. 2497 e Cons. St., sez. III, 9 luglio 2013, n. 3639.

5. Le centrali di committenza in sanità.

Per tutto quanto esposto sin ora, si può dunque affermare che il ricorso alle centrali di committenza è assunto progressivamente da fattore organizzativo ad istituto di diritto positivo, in nome non più solo dei principi di economicità ed efficacia dell'azione amministrativa, ma anche di revisione della spesa pubblica e di contrasto all'illegalità. Numerosi sono stati gli interventi della Corte Costituzionale che, chiamata a pronunciarsi sui modelli di acquisto centralizzato, ha riconosciuto alle norme statali, impositive dell'obbligo di adozione dei prezzi delle convenzioni Consip, per gli acquisti autonomi, la natura di principi fondamentali di coordinamento della finanza pubblica, ancorché limitativa dell'autonomia degli enti nella gestione della spesa³⁶⁸.

Ancora, è stato riconosciuto in capo alle amministrazioni il diritto di recesso da un contratto dalle stesse stipulato autonomamente, qualora fossero intervenute successivamente convenzioni Consip riportanti parametri economici migliorativi rispetto all'importo negoziato³⁶⁹.

Non diversamente la Corte si è pronunciata sui vincoli agli acquisti delle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), stabiliti dalla l. 208/2015 (Legge di stabilità 2016) all'articolo 1, commi 548 e 549, prendendo le mosse dallo storico conflitto fra l'esigenza di assicurare l'universalità e la completezza del sistema assistenziale e la limitatezza delle risorse finanziarie disponibili. Così la Suprema Corte nella sentenza n. 162/2017 ha sancito come lecita la obbligatorietà al ricorso agli strumenti di acquisto che, pur rispettando le esigenze minime di carattere primario e fondamentale del settore sanitario, coinvolgenti il nucleo irriducibile del diritto alla salute costituzionalmente protetto, si pongono di fatto come un limite oggettivo alla pienezza della tutela sanitaria, in ragione dell'esigenza di contenimento della spesa pubblica.

Certo non è nuovo il concetto, ormai consolidato, di diritto alla salute come diritto finanziariamente condizionato e, anche con riferimento alla materia degli appalti pubblici applicata al settore del SSN, è indiscusso il potere del legislatore statale di imporre agli enti autonomi vincoli alle politiche di bilancio per ragioni di coordinamento finanziario. Tali limitazioni, seppur connesse ad obiettivi nazionali e subordinate a obblighi comunitari, si traducono, inevitabilmente, in limitazioni indirette all'autonomia di spesa degli stessi enti.

L'acquisto centralizzato in sanità è uno strumento su cui il legislatore fa grande affidamento per contenere una spesa che altrimenti sarebbe fuori controllo. La pratica e le legislazioni di alcune Regioni hanno visto la comparsa delle prime centrali di committenza regionali già intorno alla metà degli anni 2000, molto prima del Codice dei contratti pubblici del 2006, poi sviluppatasi formalmente con la Finanziaria del 2007 (vedi *supra* § 1). Oggi si possono trovare a livello regionale diverse forme

³⁶⁸ Corte Cost. n. 36/2004; n. 417/2005; n. 162/2007.

³⁶⁹ Corte Cost. n. 124/2015.

di centralizzazione di acquisto, ma con una serie di schemi ricorrenti che si alternano fra loro e che vedono talora la realizzazione di uffici o strutture interne alla Regione, che operano in nome e per conto delle aziende sanitarie ed ospedaliere del territorio di riferimento; altre volte la creazione di enti pubblici autonomi qualificati, incardinati all'interno del Servizio Sanitario Regionale (SSR) o in società *in house*; altre volte ancora conferendo le funzioni di centrale di committenza per il SSR a società *in house* già esistenti e titolari di una pluralità di funzioni; in alcuni casi la Regione costituisce un'azienda sanitaria unica o assegna ad una delle aziende sanitarie regionali il ruolo di capofila-centrale di committenza.

Dunque, anche per quanto riguarda il Servizio Sanitario Nazionale, si ribadisce che le aziende sanitarie non possono procedere ad acquisti autonomi e devono coordinarsi necessariamente con le centrali di committenza regionali. Emblematica a tal riguardo la sentenza del Consiglio di Stato, sez. III, del 5 ottobre 2015, n. 4638 con cui la Suprema Corte ha affrontato il tema della possibilità per una ASL di procedere all'acquisto di servizi senza ricorrere alla centrale di committenza regionale o senza chiedere la preventiva autorizzazione a procedere autonomamente. La decisione ha ribadito il vincolo di dipendenza delle singole stazioni appaltanti con le centrali di committenza, confermando la necessità per la pubblica amministrazione di integrare le funzioni programmatiche dei servizi da affidare esternamente.

Abbiamo trattato al paragrafo 2 delle criticità del sistema di accentramento degli acquisti con particolare riferimento al rischio di mancato soddisfacimento delle esigenze di flessibilità della stazione appaltante, che potrebbe trovarsi insoddisfatta dagli acquisti di tipo massivo della centrale di committenza. Tuttavia, gli interventi normativi che si sono susseguiti in poco più di un decennio hanno ribadito con forza l'obbligo di ricorso alle centrali di committenza in capo alle aziende del Servizio Sanitario Nazionale.

Dapprima la legge 296/2006 (Finanziaria 2007) all'articolo 1, comma 449 sancì il vincolo di approvvigionamento tramite le convenzioni stipulate dalla centrale di committenza regionale di riferimento e in subordine – in assenza di convenzioni regionali operative o capienti – tramite gli accordi-quadro stipulati da Consip Spa.

Il d.l. 6 luglio 2012, n. 95 recante “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”, al Titolo III “Razionalizzazione e riduzione della spesa sanitaria”, con l'articolo 15, comma 13, lett. d), disponeva l'obbligo, per gli enti del SSN, di ricorso agli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione da Consip Spa o, se disponibili, dalle centrali di committenza regionali di riferimento, per gli acquisti di categorie merceologiche presenti nella piattaforma Consip, di importo pari o superiore a 1.000 euro. Veniva inoltre sancita la nullità dei contratti stipulati in violazione di tale disposizione, con conseguente configurazione di illecito disciplinare e responsabilità amministrativa a carico del dipendente.

Con il d.l. 98/2011, articolo 17, convertito in legge n. 111/2011, il legislatore, volendo realizzare un sistema di monitoraggio e rilevazione della spesa sanitaria, ha imposto da un lato alle Regioni di adottare le misure necessarie al contenimento di spesa e, dall'altro, alle aziende sanitarie di rinegoziare i contratti in essere per adeguarne i prezzi, in conformità a quelli individuati delle centrali di committenza, con facoltà di recesso senza oneri, in caso di mancato accordo col fornitore.

Ancora, con il d.l. 24 aprile 2014, n. 66 recante "Misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale", al Titolo II, Capo I, dedicato alla "Razionalizzazione della spesa pubblica per beni e servizi", all'articolo 9, comma 3 rimetteva a successivi decreti attuativi l'individuazione di beni e servizi e delle soglie di acquisto, per i quali dover ricorrere alle centrali di committenza regionali o nazionali e così con il d.P.C.M. 11 luglio 2018, delle venticinque categorie merceologiche, per l'approvvigionamento delle quali gli enti del SSN sono obbligati a ricorrere alla centrale regionale e, subordinatamente, a Consip Spa, diciotto si identificavano in medicinali, dispositivi medici, apparecchiature sanitarie e servizi dedicati alle sole aziende sanitarie.

Infine, la Legge 208/2015 (Finanziaria 2016), con l'articolo 1, comma 548 ha rafforzato l'obbligo di ricorso alle convenzioni delle centrali di committenza regionali e nazionali, affermando che la violazione costituisce illecito disciplinare e causa di responsabilità per danno erariale, disposizione mitigata unicamente dalla deroga della autorizzazione resa dall'organo di vertice, nelle modalità previste (*vedi supra* § 2).

In conclusione, è assodato dalla giurisprudenza più recente il ruolo sussidiario di Consip Spa rispetto alle centrali regionali, per gli enti del SSN. Inoltre, non è imposto un coordinamento tra le iniziative assunte a livello nazionale quelle intraprese dai soggetti aggregatori regionali che, a ben vedere, potranno attivarsi a propria volta anche contestualmente all'avvio di una gara Consip³⁷⁰.

BIBLIOGRAFIA

L. Castellani, F. Decarolis, G. Rovigatti, *Il processo di centralizzazione degli acquisti pubblici. Tra evoluzione normativa ed evidenza empirica*, in *Merc. conc. reg.*, 2017, p. 588.

L. Fiorentino, *Le centrali di committenza e la qualificazione delle stazioni appaltanti*, in *Giornale di Diritto Amministrativo*, 4, 2016.

M.P. Guerra, *Dalla spending review ad un sistema di public procurement?*, *ASTRID Rassegna*, 20, 2016.

A. Cancrini, M. D'Alberti, *Appalti Pubblici e Antitrust*, *treccani.it*, 17.09.2009

P. Grauso, *Gli acquisti di beni e servizi in sanità - Le Centrali di Committenza*, in *giustizia-amministrativa.it*, 2019

³⁷⁰ Cons. Stato, sez. III, 28 giugno 2017, n. 3162.

REGIONALIZZAZIONE DELLE CENTRALI DI COMMITTENZA ED ESTERNALIZZAZIONE DEGLI ACQUISTI NELLA REGIONE VENETO

Giulia Bertolissi

SOMMARIO: **1.** Brevi riflessioni introduttive. – **2.** Principi costituzionali e fonti normative di rilievo regionale. – **2.1.** Il Sistema a rete negli accordi Stato-Regioni e i modelli regionali. – **3.** Su Azienda Zero, Centrale di committenza della Regione Veneto e garante dell'efficientamento dei servizi sanitari. – **4.** Il caso di Azienda Zero: sentenza del Consiglio di Stato, n. 1486/2019. Dimensione dei lotti, principio di concorrenza e contrasto alla formazione del "mercato chiuso". – **5.** Osservazioni conclusive.

1. Brevi riflessioni introduttive.

Il sistema della centralizzazione degli acquisti, operante a livello comunitario prima ancora che statale, ha necessariamente segnato il passaggio dalla concentrazione nelle mani di un'unica "stazione appaltante" (Consip) della gran parte delle commesse pubbliche, ovvero di quelle maggiormente rilevanti sotto il profilo economico, ad una pluralità di "Centrali di committenza" che agiscono in concorrenza tra loro nei differenti settori merceologici di interesse delle amministrazioni aggiudicatrici.

Le c.d. "Centrali di acquisto" configurano i soggetti specializzati nell'attività contrattuale cui le pubbliche amministrazioni in genere si rivolgono, *ex art. 3, comma 34 del Codice degli appalti*, al fine di a) acquistare forniture e/o servizi destinati ad amministrazioni aggiudicatrici o altri enti aggiudicatori, o, b) aggiudicare appalti pubblici o concludere accordi quadro di lavori, forniture o servizi destinati ad amministrazioni aggiudicatrici o altri enti aggiudicatori. Tale innovativo strumento di razionalizzazione della spesa pubblica ha inciso, in linea con le previsioni del legislatore del Codice unico degli appalti e contestualmente ad un momento storico di crisi finanziaria, sui costi di gestione delle amministrazioni pubbliche, riducendoli, oltre a semplificare le procedure di acquisto di beni e servizi.

La tendenza di fondo volta al perseguimento di una gestione associata delle funzioni di acquisto che connotano le identità locali e regionali va letta quale riflesso operativo della *spending review*: ciò è confermato, sotto il profilo giuridico, dalle numerose disposizioni finalizzate alla riduzione, riorganizzazione ed eliminazione delle articolazioni politiche (organi politici) ed amministrative di tali enti, con il risultato finale di compromissione del principio di autodeterminazione degli enti locali a fronte dell'esigenza di contenimento della spesa pubblica.

Ciò detto in premessa, si procede ad una disamina delle fonti di rilievo regionale cui rimandare la definizione dei modelli organizzativi delle Centrali di committenza, posto che l'attuale quadro normativo statale relativo alle procedure di acquisto lascia ampio spazio di regolamentazione in capo ai legislatori regionali.

2. *Principi costituzionali e fonti normative di rilievo regionale.*

Come avvenne per il modello francese, anche lo Stato italiano ha recepito l'istituto delle Centrali di committenza nel Codice dei contratti quale espressa adozione del diritto comunitario pur avendo, però, già alla fine degli anni Novanta, emanato una serie di disposizioni riferite a modelli regionali centralizzati di acquisto. Quest'ultimo dato rileva al solo fine di individuare correttamente la *ratio* dell'istituto: per un verso, infatti, è rinvenibile nella ricerca regionale di affermare maggiori spazi di autonomia normativa a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione e, per altro verso, discende dalle forti esigenze di contenimento della spesa comuni a tutti i livelli territoriali e antecedenti alla riforma del 2001.

Quanto al riparto delle competenze legislative fra Stato e Regioni in tema di approvvigionamento, va detto, anzitutto, che ci si deve riferire all'art. 117 della Costituzione. L'individuazione delle competenze statali o regionali a legiferare si basa, nel nostro ordinamento costituzionale, sul riparto per materie così come elencate ai commi 2, 3 e 4 della disposizione menzionata. Più precisamente, l'articolo elenca, in ordine e tassativamente, le materie di competenza legislativa esclusiva dello Stato e quelle di competenza legislativa concorrente e, infine, al comma 4, individua, con riferimento a tutte le materie non espressamente individuate dai commi precedenti, una potestà legislativa regionale di carattere residuale. Poiché la funzione acquisti non è espressamente contemplata in alcuno degli elenchi sopra richiamati, la si potrebbe far ricadere, *prima facie* ed erroneamente, nell'alveo della potestà regionale residuale. Ad ogni buon conto, per il solo fatto di essere una "non materia", al pari dei contratti pubblici, ciò non significa che debba, di *default*, essere ricompresa nelle materie di cui al comma 4 dell'art. 117 della Costituzione.

La collocazione della funzione di centralizzazione degli acquisti nel vigente assetto delle competenze normative di Stato e Regioni rimanda a quelle interpretazioni dottrinali e giurisprudenziali che si sono succedute negli anni, a partire dal 2001, e riferibili alle materie di "competenza trasversale". A tale proposito vale la pena prendere in esame la posizione della Corte Costituzionale, che in più occasioni è intervenuta dando alcune interessanti indicazioni riguardo il *modus operandi* e l'ambito di intervento della controversa funzione "trasversale", rigettando, in linea generale, le tesi a sostegno della riconducibilità della disciplina degli acquisti da parte delle Regioni e degli enti dipendenti e strumentali delle stesse nella competenza legislativa regionale residuale, *ex art.* 117, comma 4.

La Corte ha, invece, posto l'accento sul fatto che la disciplina dei modelli di acquisto di beni e servizi possa essere ricompresa all'interno del più vasto *nomen* degli appalti pubblici, specificando che “le procedure di evidenza pubblica, anche alla luce delle direttive della Comunità Europea [...], hanno assunto un rilievo fondamentale per la tutela della concorrenza tra i vari operatori economici interessati alle commesse pubbliche³⁷¹”. Continua la Corte, “Viene in rilievo, a questo proposito, la disposizione di cui all'art. 117, secondo comma, lettera e), della Costituzione, secondo la quale spetta allo Stato legiferare in via esclusiva in tema di tutela della concorrenza³⁷²”. La Corte, ponendo in rilievo la valenza assunta dalle procedure ad evidenza pubblica, anche in rapporto a quanto disposto dalle direttive europee in tema di appalti pubblici, sottolinea che è proprio attraverso il corretto svolgimento di queste ultime procedure che vengono garantiti gli interessi di cui sono portatrici le imprese interessate agli appalti e, di conseguenza, si realizza la funzione di tutela della concorrenza tra gli operatori.

Il supremo Giudice delle leggi conclude sull'argomento come segue: “Al riguardo la giurisprudenza di questa Corte (sentenze nn. 14 e 272 del 2004) ha posto in evidenza che si tratta di una competenza trasversale, che coinvolge più ambiti materiali, si caratterizza per la natura funzionale (individuando, più che degli oggetti, delle finalità in vista delle quali la potestà legislativa statale deve essere esercitata) e vale a legittimare l'intervento del legislatore statale anche su materie, sotto altri profili, di competenza regionale³⁷³”. In altre parole, le materie trasversali operano in autonomia, a prescindere da schemi di riparto rigidi tra legislazione statale e regionale e hanno la facoltà di interferire in settori di competenza regionale ove, però, gli spazi lasciati alla disciplina regionale variano in funzione della natura e del tipo di intervento statale, il quale deve essere in ogni caso commisurato ai canoni di proporzionalità e adeguatezza rispetto al fine da perseguire.

Stante la finalità di approfondire quale sia l'assetto vigente delle potestà legislative della funzione acquisti, è necessario considerare anche il fisiologico contemperamento che la tutela della concorrenza trova nelle esigenze dettate dalla funzione di coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario. Trattasi, quest'ultima, di una potestà concorrente, inserita nell'elenco di materie di cui al comma 3 dell'art. 117 della Costituzione, rispetto alla quale le Regioni emanano la normativa di dettaglio, demandando allo Stato esclusivamente la definizione dei “principi fondamentali”. Posto che, come anticipato in premessa, la *ratio* principale che ha guidato il legislatore nell'introduzione di un sistema di acquisti gestito dalle Centrali di committenza regionali trova il suo fondamento

³⁷¹ Così Corte cost. n. 345/2004, punto 6.2 del Considerato in diritto, in materia di procedure di evidenza pubblica, tutela della concorrenza e di limiti della competenza residuale delle Regioni sull'ordinamento dei propri uffici.

³⁷² Così Corte cost. n. 345/2004, punto 6.2 del Considerato in diritto, *ut supra*.

³⁷³ Cfr., rispettivamente, Corte cost. sentt. nn. 14 e 272/2004.

nell'esigenza di razionalizzare la spesa pubblica e, quindi, l'impiego di risorse pubbliche, va da sé che ciò si possa concretamente realizzare solo attraverso il coordinamento delle procedure di approvvigionamento di beni e servizi.

Alla luce della mancata assegnazione della funzione di acquisto né alla potestà esclusiva dello Stato, né a quella concorrente, risulta evidente, da un lato, che il sistema degli acquisti centralizzati, unitamente alle annesse procedure, non possa essere ricondotto automaticamente nell'alveo delle materie oggetto della potestà residuale delle Regioni, *ex art. 117, comma 4, della Costituzione*; per altro lato, appare allo stesso modo corretto cercare di individuare dei parametri che fungano da limite al potere legislativo nazionale, al fine di impedire controproducenti, per non dire illegittime, invasioni della potestà normativa regionale laddove quest'ultima goda di una riserva costituzionale di competenza.

La natura trasversale, propria della materia della centralità degli acquisti, funge, quindi, da ago della bilancia nell'autorizzare interventi statali anche in settori che, sulla Carta, risultano essere di esclusiva competenza regionale, evitando di incorrere in un'indebita compressione dell'autonomia regionale. La chiave di volta per l'adozione di politiche proficue per tutto il territorio nazionale sta in una collaborazione tra Stato e Regioni non necessariamente fondata su atti di natura legislativa ma su, ad esempio, accordi, come è nel Sistema a rete designato dal Legislatore con il D.L. 24 aprile 2014, n. 66, convertito e modificato dalla L. n. 89 del 2014, contenente “*misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale*” e definito comunemente come decreto IRPEF.

I principi dettati dal Legislatore statale con l'obiettivo di regolare i compiti e le funzioni dei soggetti aggregatori di rilevanza locale sono stati recepiti dagli ordinamenti regionali in tempi e modi differenti. La legge n. 296 del 2006 aveva previsto che le Regioni, singolarmente o con altre, potessero costituire delle Centrali di acquisto che fungessero da Centrali di committenza, ai sensi di quanto disposto dall'art. 33 del Codice dei contratti, “in favore delle amministrazioni ed enti regionali, degli enti locali, degli enti del Servizio sanitario nazionale e delle altre pubbliche amministrazioni aventi sede nel medesimo territorio³⁷⁴”. La creazione di tali Centrali risultava, però, in capo alle Regioni, come una mera facoltà e, di conseguenza, non tutte si erano adeguate alle disposizioni statali. In tale contesto normativo si inserisce, successivamente, l'art. 9 della legge n. 89 del 2014 che ha introdotto l'elemento di novità dell'obbligo di iscrizione all'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), presso la Banca dati nazionale dei contratti pubblici *ex art. 62-bis del Codice dell'amministrazione digitale*, non solo, come già previsto con legge n. 221 del 2012, dei nominativi delle stazioni appaltanti presenti sul territorio, ma anche, ed ecco la novità, dei soggetti aggregatori in un apposito nuovo

³⁷⁴ Come previsto dall'art. 1, comma 455, della Legge Finanziaria per il 2007.

elenco nell'ambito dell'AUSA³⁷⁵. L'obbligo di iscriversi in questo particolare elenco grava su Consip S.p.A. e su una Centrale di committenza per ciascuna Regione, se costituita ai sensi dell'articolo 1, comma 455, della Legge Finanziaria n. 296 del 2006.

Riassumendo, quindi, la Regione che abbia già costituito una Centrale di acquisto con funzioni di aggregazione è tenuta a designare tale Centrale come soggetto aggregatore ed iscriverlo all'AUSA. Il Legislatore prevede, inoltre, un'alternativa, introducendo la possibilità di stipulare con il Ministero dell'economia e delle finanze un'apposita convenzione attraverso la quale affidare alla Consip la funzione di Centrale di committenza per gli enti del proprio territorio regionale così come statuito dall'articolo 9, comma 6, della legge n. 89 del 2014³⁷⁶. Oltre a ciò, in conformità a quanto previsto dal secondo comma dell'art. 9 della medesima legge, le Centrali di committenza differenti dalla Consip e dalle Centrali di acquisto regionali sono obbligate, al pari di queste ultime, a registrarsi nell'apposito elenco dei soggetti aggregatori istituito presso l'AUSA³⁷⁷.

Diverso tema, che merita un accenno, riguarda la sussistenza o meno della possibilità per le pubbliche amministrazioni di indire autonome procedure per l'approvvigionamento di beni e servizi, in deroga al generale obbligo di avvalersi delle cc.dd. "Convenzioni Consip", da intendersi quali convenzioni

³⁷⁵ Art. 9, comma 1, legge n. 89 del 2014: "Nell'ambito dell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti di cui all'articolo 33-ter del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, operante presso l'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, è istituito, senza maggiori oneri a carico della finanza pubblica, l'elenco dei soggetti aggregatori di cui fanno parte Consip S.p.A. e una centrale di committenza per ciascuna Regione, qualora costituita ai sensi dell'articolo 1, comma 455, della legge 27 dicembre 2006, n. 296".

³⁷⁶ Art. 9, comma 6, legge n. 89 del 2014: "In alternativa all'obbligo di cui al comma 5 e ferma restando la facoltà per le Regioni di costituire centrali di committenza anche unitamente ad altre secondo quanto previsto all'articolo 1, comma 455, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, le Regioni possono stipulare con il Ministero dell'economia e delle finanze apposite convenzioni per la disciplina dei relativi rapporti sulla cui base Consip S.p.A. svolge attività di centrale di committenza per gli enti del territorio regionale, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 1, comma 455, della legge 27 dicembre 2006, n. 296.

³⁷⁷ Art. 9, comma 2, legge n. 89 del 2014: "I soggetti diversi da quelli di cui al comma 1 che svolgono attività di centrale di committenza ai sensi dell'articolo 33 del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163 richiedono all'Autorità l'iscrizione all'elenco dei soggetti aggregatori. I soggetti aggregatori di cui al presente comma possono stipulare, per gli ambiti territoriali di competenza, le convenzioni di cui all'articolo 26, comma 1, della legge 23 dicembre 1999, n. 488, e successive modificazioni. L'ambito territoriale di competenza dei soggetti di cui al presente comma coincide con la Regione di riferimento esclusivamente per le categorie merceologiche e le soglie individuate con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di cui al comma 3. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da emanarsi entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, previa intesa con la Conferenza unificata sono definiti i requisiti per l'iscrizione tra cui il carattere di stabilità dell'attività di centralizzazione, nonché i valori di spesa ritenuti significativi per le acquisizioni di beni e di servizi con riferimento ad ambiti, anche territoriali, da ritenersi ottimali ai fini dell'aggregazione e della centralizzazione della domanda. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da emanarsi entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, previa intesa con la Conferenza unificata, è istituito il Tavolo tecnico dei soggetti aggregatori, coordinato dal Ministero dell'economia e delle finanze, e ne sono stabiliti i compiti, le attività e le modalità operative".

sottoscritte non solo da Consip, ma anche dalle Centrali di committenza regionali, di cui all'art. 26, comma 3, della legge n. 488 del 1999.

Con riferimento a tale norma del 1999, è rilevante precisare che consente alle pubbliche amministrazioni, oltre che la possibilità di far ricorso alle Convenzioni Consip, anche l'opportunità di utilizzare distinte procedure telematiche per l'acquisto di beni e servizi, facendo ricorso a strumenti negoziali alternativi, servendosi dei parametri di qualità- prezzo delle Convenzioni Consip come limiti massimi. Pur tuttavia, è necessario tenere presente che tali procedure hanno un costo, sia in termini temporali che economici, e, quindi, occorre valutare se effettivamente sia conveniente seguire un iter alternativo a quello delle Convenzioni Consip già disponibili.

Il Consiglio di Stato, Sezione V, con la nota sentenza n. 1937 del 2018, si è espresso sull'obbligatorietà del ricorso alle cc.dd. "Convenzioni Consip", asserendo che, fermo restando l'obbligo, in via generale, di aderire alle convenzioni in questione – al fine di razionalizzare i processi di acquisizione di beni e servizi pubblici e contenere la spesa pubblica –, permane la facoltà per le pubbliche amministrazioni di attivare propri strumenti di scelta del contraente, nella precipua ipotesi in cui tale opzione sia orientata a conseguire condizioni economiche più convenienti rispetto a quelle previste dalle Convenzioni Consip. Il Consiglio di Stato ha riaffermato il principio per cui il dovere di ricorrere alle Convenzioni Consip può essere legittimamente derogato nel rispetto dei principi di buon andamento, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa³⁷⁸.

2.1 Il Sistema a Rete negli accordi Stato-Regioni e i modelli regionali.

Le Regioni, accanto alla Centrale di committenza statale Consip, possono costituire centri di approvvigionamento unitamente ad altre Regioni, le quali operano quali Centrali di committenza *ex art. 33 del Codice dei contratti pubblici*, in favore delle amministrazioni ed enti regionali, degli enti locali, degli enti del Servizio sanitario nazionale e delle pubbliche amministrazioni aventi sede nel medesimo territorio.

La Consip S.p.a. e le Centrali regionali costituiscono insieme un sistema a rete caratterizzato dalla cooperazione nell'adozione di piani di riduzione della spesa pubblica e dalla condivisione di sistemi informatici per l'acquisizione di beni e servizi. Il controllo dei risultati raggiunti nonché l'approvazione annuale dei programmi per lo sviluppo della rete delle Centrali di acquisto spetta alla Conferenza Stato–Regioni che, nel quadro del patto di stabilità interno, ha il compito di monitorare il perseguimento dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi prefissati, oltre a definire le modalità attraverso cui realizzare specifici programmi di attività.

³⁷⁸ Si rinvia, alla lettura, per esteso, della sentenza del Cons. Stato, n. 1937/2018.

L'Accordo del 24 gennaio 2008, repertorio n. 11/CSR, siglato tra Governo, Regioni e Province autonome per la costituzione del sistema a rete, ai fini dell'applicazione dell'articolo 1, commi 455-457, della L. n. 296 del 2007, rappresenta il primo atto volto alla predisposizione di strategie di sviluppo della rete per l'approvvigionamento di beni e servizi. Così recita l'accordo: "Per l'avvio del sistema a rete, sulla base della normativa richiamata e dall'analisi della realtà esistente o in via di realizzazione nell'ambito delle Regioni e delle Province autonome, viene predisposto un piano integrato di sviluppo della rete che – partendo da una armonizzazione complessiva dei compiti delle centrali di acquisto, basata sulla tipologia di enti a cui devono rivolgersi e sulle relative esigenze – preveda": l'implementazione della rete (art. 1), l'interoperabilità tra le piattaforme di acquisto (art. 2), sinergie tra i sistemi di acquisto (art. 3), l'adozione di un processo di gestione ed analisi della domanda (art. 4), la facilitazione dell'accesso delle imprese al mercato delle pubbliche forniture (art. 5), la costituzione di un portale di servizio verso la pubblica amministrazione (art. 6), l'istituzione di un tavolo tecnico paritetico di coordinamento attuativo dell'accordo nonché il monitoraggio del rispetto del divieto di creazione di nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica³⁷⁹.

Un dato importante che emerge dai contenuti dell'Accordo è sicuramente quello della valorizzazione delle competenze e delle attività delle Centrali di committenza già incardinate a livello regionale. Le Centrali attualmente operanti fungono da modello per le altre di nuovo insediamento e sono tenute a interagire con queste ultime condividendo le linee strategiche.

Il Ministero dell'economia e delle finanze ha un potere di intervento, nello sviluppo dei piani incentivanti del sistema a rete, temperato dalla presenza delle altre amministrazioni centrali competenti (non ultimo il CNIPA), dalle istituzioni di ciascuna Regione, da Consip e dalle altre Centrali di committenza regionali. L'intervento statale, volto alla previsione di azioni dirette alla realizzazione del sistema integrato, non ha natura impositiva di nuovi modelli ma opera nel rispetto di tutti i modelli di approvvigionamento dei beni e dei servizi già attivi su scala regionale o di pronta attivazione. Ruolo preponderante in questo percorso condiviso di efficientamento degli apparati burocratici e finalizzato al risparmio di spesa è svolto dagli assetti territoriali regionali e locali in cui si collocano i principali input e bisogni che lo Stato dovrà interpretare e soddisfare con azioni mirate. Il confronto ministeriale con gli operatori istituzionali locali si compie in conformità ai principi di differenziazione ed adeguatezza propri del processo di decentramento amministrativo di cui all'art. 118 della Costituzione.

Più di una disposizione dell'Accordo fa riferimento all'utilizzo di mercati elettronici, come il Portale "Acquisti in rete della P.A." e il c.d. MEPA, e di piattaforme telematiche con cui gestire la funzione

³⁷⁹ Per una disamina completa dell'Accordo si veda: Accordo, ai sensi dell'art. 4 del D.lgs. n. 281 del 1997, Repertorio n. 11/CSR del 28 gennaio 2008.

acquisti: già a partire dal 2001 i canali tradizionali di selezione dei contraenti sono stati affiancati dagli strumenti di *e-procurement*, quali il *market place* e le gare *on line*.

La scelta dei modelli di acquisizione dei beni e dei servizi e dei relativi profili organizzativi è demandata all'autonoma e discrezionale scelta delle Regioni, motivo per cui non è possibile delineare un modello unico. La funzione acquisti, connotata da un forte grado di diversità da territorio a territorio, può essere, in via generale, o gestita direttamente dagli uffici interni alle amministrazioni, oppure si verifica la sua c.d. "esternalizzazione" in capo ad un soggetto giuridico già esistente ovvero costituito *ad hoc* in relazione al fine da realizzare. Questa distinzione, a sua volta, si declina in ipotesi di esercizio associato delle attività di acquisto o di imputazione della funzione ad un soggetto di nuova istituzione.

Pur essendo, l'esperienza regionale, caratterizzata da una eterogeneità di forme organizzative mediante le quali attuare la centralizzazione degli acquisti di beni e servizi, è comunque possibile individuare una serie di assetti ricorrenti che sono tutti riconducibili alla nozione di Centrale di committenza indicata dall'art. 3, comma 25, del Codice dei contratti³⁸⁰:

- uffici regionali che aggregano la domanda di una pluralità di amministrazioni territoriali; in ambito sanitario, più specificamente, ci si riferisce alla realizzazione di strutture interne alle Regioni, le quali operano in nome e per conto delle Aziende sanitarie e ospedaliere del territorio cui si riferiscono;
- uffici interni alle Regioni o società per azioni che svolgono la funzione di aggregazione mediante lo svolgimento di bandi di gara che si esplicano sulle piattaforme telematiche utilizzate dalle amministrazioni interessate;
- amministrazioni o enti pubblici autonomi qualificati, spesso incardinati all'interno del Servizio Sanitario Regionale, ovvero di società *in house*; più in generale, amministrazioni che svolgono gare in qualità di consorzi di acquisto, a fronte della stipula di convenzioni o specifici accordi, ed eleggono, tra di esse, una stazione S.U.A. (Stazione Unica Appaltante);
- società *in house* già costituite, alle quali vengono conferite funzioni di Centrali di committenza per gli acquisti, ad esempio, a favore del Servizio Sanitario Regionale;
- consorzi o agenzie regionali, non rientranti formalmente nell'organigramma regionale, ma prive di personalità giuridica e caratterizzate da una forte dipendenza dall'ente della Regione di riferimento;
- società per azioni che operano secondo le regole del diritto privato e a capitale totalmente regionale;
- azienda sanitaria unica o identificazione del ruolo di capofila-Centrale di committenza in capo ad una delle aziende sanitarie regionali, anche seguendo un sistema rotativo che tenga in considerazione le relative competenze e la tipologia di acquisti oggetto di interesse;

³⁸⁰ Cfr. art. 3, comma 25, del D.lgs. n. 163 del 2006.

- stipula di convenzioni e adozione di accordi ai sensi dell'art. 15 della legge sul procedimento amministrativo (L. n. 241 del 1990) fra enti sanitari al fine di svolgere in maniera coordinata e condivisa l'attività di *procurement*.

Tale panoramica non è esaustiva delle diverse tipologie di modelli regionali esistenti nell'ordinamento italiano, posto che alcune realtà territoriali hanno optato per l'adozione di sistemi misti di centralizzazione in cui coesistono più Centrali di committenza le quali si occupano, ciascuna nel proprio ambito di riferimento, di effettuare acquisti esclusivamente per le amministrazioni che ad esse aderiscono e, di conseguenza, si rivolgono.

In attuazione di quanto statuito dalla normativa statale, molte Regioni hanno adottato apposite leggi regionali per l'istituzione di stazioni uniche appaltanti regionali qualificate quali soggetti aggregatori in applicazione dell'art. 9 della legge n. 89 del 2014. Le legislazioni di alcune Regioni hanno prodotto la comparsa delle prime Centrali di committenza locali già a partire dalla metà dell'anno 2000, in epoca antecedente, quindi, all'entrata in vigore del Codice dei contratti pubblici nell'anno 2006.

In materia di acquisti in sanità nell'esperienza regionale si possono rinvenire varie forme di centralizzazione di acquisto. A mero titolo esemplificativo, fra le realtà regionali più studiate vale la pena menzionare la Regione Campania³⁸¹, in cui è stata istituita una società interamente partecipata dalla Regione (SO.RE.SA.), delegata alla gestione di tutte le procedure di acquisto, anche per conto del S.S.R., a cui è riconosciuta la possibilità di indire procedure individuali solo previa autorizzazione e relativamente a prodotti carenti di un'iniziativa di acquisto centralizzato. Nella Regione Toscana, invece, tutte le procedure di acquisto sono gestite da una Centrale di committenza specializzata (ESTAR) a cui la Regione stessa demanda i propri compiti di ente aggregatore per gli acquisti sanitari, restando, perciò, la gestione delle procedure di acquisto imputata alle singole direzioni generali dell'ente. In Lombardia opera, quale Centrale di committenza, una società in *house* (ARCA SPA) e l'attivazione di procedure di acquisto individuali da parte delle singole aziende sanitarie è ammessa solo in presenza delle necessarie condizioni di fattibilità e convenienza, senza parametri predefiniti. In Emilia-Romagna è stata istituita un'Agenzia (Intercent-ER) per lo sviluppo dei mercati telematici della Regione stessa, con il compito di performare, razionalizzare e semplificare la spesa per beni e servizi delle Pubbliche Amministrazioni del territorio. In particolare, con riferimento alla spesa sanitaria, attraverso la gestione di un [sistema telematico di negoziazione](#) (*e-procurement*), della centralizzazione degli acquisti e standardizzazione della domanda nonché dell'elaborazione di strategie di gara innovative, l'Agenzia è riuscita ad ottimizzare l'approvvigionamento di beni e servizi pubblici.

³⁸¹ Si rinvia alla legge regionale della Regione Campania n. 24 del 2005.

Consip S.p.a. fornisce dei numeri che danno l'idea di come il Sistema nazionale degli approvvigionamenti pubblici, designato dal Legislatore con il D.L. 24 aprile 2014, n. 66, ha perseguito l'obiettivo della riduzione dei centri di spesa della Pubblica Amministrazione.

Consip contempla che: “Il numero di ‘stazioni appaltanti’ in ambito pubblico – ovvero gli enti che bandiscono gare – è stimato in circa 35mila unità che, per comportamenti di acquisto disomogenei e frammentati, non hanno beneficiato pienamente degli effetti di un’azione coordinata e sistematica di aggregazione della spesa, tra cui: economie di scala, riferimenti univoci di prezzo, trasparenza, maggiore controllo. Per tali motivi, una delle misure previste dal D.L. 66/2014 è stata l’istituzione di un elenco di 35 soggetti aggregatori: attualmente sono 32 e ne fanno parte Consip in qualità di Centrale acquisti nazionale, le 21 Centrali acquisti regionali, 9 Città metropolitane e 1 Provincia³⁸²”.

3. Su Azienda Zero, Centrale di committenza della Regione Veneto e garante dell'efficiamento dei servizi sanitari.

Con legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19, la Regione Veneto istituisce l'ente di governance della sanità regionale veneta denominato “Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto – Azienda Zero”³⁸³.

All'origine della sua istituzione, contestuale, tra le altre cose, alla ridefinizione dei confini territoriali delle Asl venete che sono passate da 21 a 9, vi è la necessità di applicare dei tagli alla spesa in ambito sanitario senza, però, incidere negativamente sulla qualità e sull'efficienza dei servizi offerti ai cittadini. L'Azienda Zero, in ottemperanza alle esigenze di razionalizzazione dei costi e delle risorse, opera sul territorio con la finalità di unificare e centralizzare le decisioni relative alla programmazione, alla gestione amministrativa, al coordinamento e alla governance delle nove Aziende socio- sanitarie. Le si attribuiscono, infatti, ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. a), della legge sopra menzionata, “le funzioni e le responsabilità della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA)”³⁸⁴.

Natura giuridica e *mission* di Azienda Zero sono contemplate nell'atto aziendale che, all'art. 1, punto 1.1, la definisce “un ente del servizio sanitario regionale, dotato di personalità giuridica di diritto pubblico, di autonomia amministrativa, patrimoniale, organizzativa, tecnica, gestionale e contabile”³⁸⁵. Peculiare, rispetto ad altre Centrali di committenza che si sono incardinate nell'ordinamento italiano, è l'essere nata come soggetto di mero coordinamento regionale in area sanitaria, avere, nel tempo, acquisito la gestione, in qualità di soggetto aggregatore, delle singole Asl

³⁸² Reperibile nel sito www.consip.it.

³⁸³ Legge regionale del Veneto, istitutiva di Azienda Zero, 25 ottobre 2016, n. 19.

³⁸⁴ Art. 2, comma 1, lett. a), legge regionale del Veneto, 25 ottobre 2016, n. 19.

³⁸⁵ Per un approfondimento sulla missione e sulla visione di Azienda Zero si rinvia al suo atto aziendale, in particolare all'articolo 1, punto 1.3.

ubicata a livello locale e, infine, essersi trasformata in una Centrale di acquisto che svolge i suoi compiti e persegue i propri fini in autonomia. L’Azienda Zero opera, di fatto, con una propria individualità soggettiva e ha dato vita ad un modello di centralizzazione che fino ad ora rappresenta ancora un *unicum* nel panorama giuridico del nostro Paese.

A proposito degli ambiziosi obiettivi che l’Azienda veneta si pone, l’art. 1, punto 1.3, dell’atto aziendale così recita: “La missione aziendale consiste nel garantire la razionalizzazione, l’integrazione e l’efficientamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e tecnico-amministrativi delle strutture regionali, impiegando nel processo le risorse ad esse assegnate in modo efficiente”. Altrettanto rilevante è ricordare quali sono i principi cardine cui l’attività della Centrale acquisti regionale veneta si ispira. In primo luogo, l’adeguatezza, la qualità e l’efficacia delle prestazioni offerte ai cittadini sulla base delle necessità espresse dalle altre Aziende e dagli altri enti del Servizio Sanitario Regionale. Si propone, inoltre, in termini di crescita competitiva dell’offerta delle prestazioni sanitarie regionali, di migliorare progressivamente gli standard qualitativi di queste ultime, di verificare con costanza i risultati raggiunti ed incentivare le attività di coordinamento delle Aziende ULSS.

Nell’assolvimento delle funzioni conferite, tale ente sovraordinato al Servizio Sanitario Regionale, perseguendo gli obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità, contribuisce, unitamente alle Aziende sanitarie locali, alla realizzazione della programmazione regionale.

4. Il caso di Azienda Zero: sentenza del Consiglio di Stato, Sez. III, n. 1486/2019. Dimensione dei lotti, principio di concorrenza e contrasto alla formazione del “mercato chiuso”.

La vicenda veneta dell’appalto multiplo per la fornitura dei pasti nelle mense degli ospedali regionali è sotto la lente d’ingrandimento dell’Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.AC.). Il Consiglio di Stato, con la sentenza n. 1486 del 2019³⁸⁶, ha bocciato il mega appalto, del valore di 303,5 milioni di Euro, indetto da Azienda Zero per la fornitura dei pasti negli ospedali veneti. La commessa era stata assegnata alla nota azienda vicentina Serenissima ristorazione, cui già apparteneva la maggioranza delle forniture, la quale, in conseguenza dell’aggiudicazione, si è trovata a detenere ben il 95% del mercato del settore. Serenissima ristorazione è un gruppo composto da 13 società, produce 30 milioni di pasti all’anno e può vantare un fatturato annuo che supera i 300 milioni di euro. Considerato che, prima dell’aggiudicazione, aveva già in gestione buona parte delle mense della Regione Veneto, con l’esito della gara ne ha acquisito praticamente il monopolio.

Di seguito il caso.

³⁸⁶ Cons. Stato, sentenza n. 1486/2019.

Il Direttore dell'Unità Operativa Acquisti Centralizzati della Regione Veneto indicava, a dicembre 2017, una “gara d'appalto a mezzo procedura aperta per l'affidamento del Servizio di Ristorazione per i fabbisogni di Aziende sanitarie del Veneto, per la durata di 5 anni, rinnovabile per ulteriori 2 anni”. La gara era suddivisa in 6 lotti territoriali e aggiudicataria è risultata la costituenda associazione temporanea di imprese tra Euroristorazione s.r.l. (capogruppo mandataria) e Serenissima ristorazione s.p.a. (mandante).

La seconda classificata, Società Dussmann Service s.r.l., decideva di impugnare la predetta aggiudicazione e gli atti indittivi della procedura innanzi al T.A.R. Veneto. In particolare, con riferimento al lotto n. 3, le doglianze espresse dalla ricorrente riguardavano, tanto per citarne alcune che in questo contesto rilevano più di altre, la valutazione della Commissione giudicatrice nella parte in cui aveva ritenuto congrua l'offerta formulata da Serenissima s.r.l.; l'illegittimità del disciplinare nella parte in cui non aveva previsto un limite al numero massimo di lotti ovvero il c.d. vincolo di aggiudicazione; l'aver utilizzato criteri di frazionamento dei lotti non “funzionali” né “prestazionali”, impedendo un effettivo confronto concorrenziale tra le imprese; in ultimo, sempre a titolo esemplificativo, oggetto di censura erano le modalità di erogazione del servizio indicate dalla stazione appaltante, le quali avrebbero obbligato l'aggiudicatario ad avvalersi di uno o più centri di cottura esterni alle Aziende sanitarie, a fronte della possibilità di utilizzare i locali e le cucine già esistenti all'interno dei presidi ospedalieri solo per la rigenerazione del cibo.

Il T.A.R. per il Veneto, sezione III, con la sentenza n. 556/2018³⁸⁷ respingeva, in tempi brevissimi, il ricorso, a suo giudizio, infondato.

Dussmann Service s.r.l. proponeva, quindi, appello avanti il Consiglio di Stato impugnando la pronuncia del Tribunale lagunare e domandandone l'annullamento e/o la riforma. A fondamento dell'appello erano riproposte sostanzialmente le medesime censure formulate nel primo grado di giudizio e la società soccombente denunciava l'erroneità della sentenza sotto sette rubriche di censura.

La sentenza n. 1486/2019 del Consiglio di Stato, pubblicata in data 4 marzo 2019, capovolgeva il verdetto del T.A.R. Veneto, accogliendo in pieno le motivazioni della appellante e annullando tutti gli atti relativi all'aggiudicazione a Serenissima del lotto n. 3 della gara d'appalto, con compensazione delle spese di lite. In particolare, i Giudici di palazzo Spada hanno annullato tre lotti su sei: il lotto n. 1, ospedali di Belluno e Marca Trevigiana, il lotto n. 6, ospedali di Dolo, Mirano e Noale, e il lotto n. 3, ospedali di Rovigo.

³⁸⁷ T.A.R. Veneto, sentenza n. 556/2018.

Nel merito della pronuncia, in punto di diritto, emerge, preliminarmente, in capo al Collegio giudicante romano, una visione generale sulla strutturazione delle prescelte regole di gara che non avrebbero rispettato principi fondamentali di matrice comunitaria, tra i quali menziona la libera concorrenza, l'imparzialità e la *par condicio* tra i partecipanti. Il Giudice d'Appello aggiunge, inoltre, che la Centrale di committenza per le unità sanitarie locali della Regione Veneto ha "dato luogo alla formazione di un vero e proprio 'mercato chiuso' di tutte le Aziende Sanitarie Locali della Regione, per un importo rilevantissimo e per un periodo prolungato (5 anni rinnovabili per ulteriori 2, oltre a sei mesi di ulteriore proroga tecnica)". I giudici usano un linguaggio molto forte parlando, addirittura, di "artata applicazione delle norme sugli appalti" e di "condizionamenti provenienti da intenzionali scelte di programmazione che appaiono finalizzate a orientare un certo assetto produttivo per un tempo indefinito³⁸⁸".

La società appellante aveva contestato la *lex specialis* per aver strutturato la gara in soli sei lotti, a fronte di valori economicamente molto elevati (fra i 31 e i 67 milioni di Euro), violando il principio della libera concorrenza a tal punto da limitare l'accesso al mercato del settore e condizionare l'esito della procedura ad esclusivo favore dell'azienda di ristorazione berica, nonché far rinunciare a concorrere molte altre grosse imprese specializzate. Ad oggi, non è ancora chiaro, ad esempio, perché Belluno e Treviso siano stati accorpati in un unico lotto, considerate le distanze delle due zone territoriali e la dimensione della domanda di 600.000 pasti ciascuna, tale per cui il fabbisogno equivale agli ospedali di Rovigo che, al contrario, sono accorpati in un solo lotto.

Elemento in più, per il Consiglio di Stato, a conferma delle conclusioni di cui sopra parrebbe essere l'inserimento, nel disciplinare di gare, di una clausola di favore nei confronti delle ditte partecipanti già dotate di un centro di cottura rispetto a quelle che utilizzavano le cucine già presenti negli ospedali. In altre parole, la Dussmann contestava l'illegittimità del capitolato speciale nella parte in cui indicava l'obbligo del concorrente ad avvalersi di uno o più centri di cottura esterni alle strutture delle Aziende sanitarie³⁸⁹ per la produzione ed il confezionamento dei pasti. I locali e le cucine esistenti presso i presidi ospedalieri dovrebbero essere utilizzati, secondo le previsioni di Azienda Zero, solo per la rigenerazione del cibo a seguito dell'opportuno adeguamento dei relativi locali. Cosa di non poco conto, inoltre, emersa nell'istruttoria, riguardava il costo più elevato del sistema di produzione richiesto c.d. "cook and chill" rispetto al metodo di cottura "fresco caldo". Di media, il primo costerebbe 1 Euro in più a persona al giorno. Non poca differenza di costi, insomma.

Le considerazioni che il Giudice di secondo grado fa discendere dall'"abnorme strutturazione dei lotti" valgono anche con riferimento all'immotivata ed indifferenziata imposizione, contenuta nella

³⁸⁸ Così si esprime il Cons. Stato, sempre nella sentenza n. 1486/2019.

³⁸⁹ Si vedano gli artt. 5,6 e 15 del capitolato speciale, come richiamati dal Cons.Stato, sentenza n. 1486/2019.

lex specialis di gara, di servirsi di centri di cottura esterni per l'intera attività di produzione e confezionamento dei pasti, con l'ulteriore aggravio, a totale carico delle Aziende sanitarie, di smantellare le cucine esistenti e funzionanti all'interno degli ospedali. Questo indirizzo perseguito dalla stazione appaltante è stato moto contrastato dai sindacati ed il Collegio romano si è chiesto, infatti, "Anche sotto il profilo economico...come mai, senza una reale analisi sulla loro eventuale disfunzionalità ovvero obsolescenza delle attrezzature e senza, anche qui, alcuna motivazione al riguardo, si sia decisa la rottamazione – con oneri complessivi di E 700.000 a carico delle Aziende sanitarie – di tutte le strutture di produzione dei pasti in precedenza funzionanti presso le strutture sanitarie della Regione Veneto".

Serenissima ristorazione s.p.a., mandante dell'A.T.I. aggiudicataria, era l'unica titolare di un centro esterno per cucinare in modalità "cook and chill" situato a Boara Pisani ed era, quindi, l'unica, tra le ditte concorrenti, ad adempiere alla condizione essenziale introdotta nel censurato capitolato d'appalto.

In assenza di ragioni e adeguate motivazioni a supporto della formazione di un numero limitato di lotti ovvero della totale esternalizzazione dell'attività di produzione e confezionamento dei pasti, il Consiglio di Stato si pronunciava qualificando l'intero impianto di gara quale espressione di una scelta discrezionale della Centrale veneta "viziata sotto il profilo funzionale in quanto manifestamente diretta ad attuare un notevole ed ingiustificato favore di uno dei concorrenti, in violazione delle regole della corretta concorrenza del mercato delle imprese del settore". Il Collegio giudicante si esprimeva in tal senso anche avendo considerato un ulteriore motivo di illegittimità della *lex specialis* nella parte in cui risultava carente della previsione del vincolo di aggiudicazione di cui all'art. 51, comma 3, del nuovo Codice dei contratti³⁹⁰. In applicazione di tale disposizione, infatti, il capitolato speciale avrebbe dovuto prevedere un numero massimo di lotti da aggiudicare ad un unico partecipante, il quale avrebbe, inoltre, dovuto possedere dei requisiti di partecipazione "maggiorati". Sono vari i profili di illegittimità riconosciuti dal Giudice d'Appello e tutti in violazione dei principi del *favor participationis*, della tutela della concorrenza, dell'equa e trasparente suddivisione dei lotti e del buon andamento della pubblica amministrazione.

L'articolo 2, comma 1-*bis*, del Codice dei contratti del 2006³⁹¹ stabilisce che le stazioni appaltanti, proprio per favorire l'accesso nel mercato delle piccole e medie imprese, sono tenute a suddividere

³⁹⁰ V. art. 51, comma 3, D.lgs. n. 50/2016 sul vincolo di aggiudicazione.

³⁹¹ Art. 2, comma 1-*bis*, D.lgs. n. 163/2006: "Nel rispetto della disciplina comunitaria in materia di appalti pubblici, al fine di favorire l'accesso delle piccole e medie imprese, le stazioni appaltanti devono, ove possibile ed economicamente conveniente, suddividere gli appalti in lotti funzionali. Nella determina a contrarre le stazioni appaltanti indicano la motivazione circa la mancata suddivisione dell'appalto in lotti. I criteri di partecipazione alle gare devono essere tali da non escludere le piccole e medie imprese". Il presente comma è stato introdotto dall'art. 44, comma 7, legge n. 214 del 2011, poi così modificato dall'art. 1, comma 2, legge n. 135 del 2012, poi dall'art. 26-*bis*, comma 1, legge n. 98 del 2013.

gli appalti in lotti che siano funzionali ed economicamente convenienti, oltre a prevedere clausole di partecipazione alle gare pubbliche che non escludano la partecipazione delle P.M.I. proprio per evitare la formazione di situazioni di monopolio o, ancor peggio, oligopolio.

Le strategie di aggregazione e concentrazione della domanda pubblica devono rispettare, quindi, regole e modalità di selezione del contraente tali da assicurare trasparenza, accesso al mercato e parità di trattamento tra gli operatori economici dei settori di riferimento. Viene da sé che l'assenza di un'adeguata suddivisione in lotti determini in capo alle amministrazioni aggiudicatrici l'obbligo di fornire le ragioni che stanno a fondamento di tale decisione nei documenti di gara: ecco perché si rischia di incorrere, come nel caso di specie, nella doglianza di illegittimità del bando per difetto di motivazione.

Considerato che la scelta di suddivisione di un contratto pubblico in lotti appartiene alla discrezionalità della Pubblica Amministrazione e “non è suscettibile di applicazione vincolata bensì si pone come parametro generale di valutazione da adottare in base ai casi specifici” (cfr. Cons. Stato, sentenza n. 272 del 2017)³⁹², ben si presta al sindacato del giudice amministrativo che opererà nei “noti limiti rappresentati dai canoni generali dell'agire amministrativo, ovvero della ragionevolezza e della proporzionalità, oltre che dell'adeguatezza dell'istruttoria” (cfr. Cons. Stato, sentenza n. 1038 del 2017³⁹³). Ciò detto, però, la giurisprudenza è pacifica nel contemplare tale discrezionalità non avulsa da limiti: la stazione appaltante, infatti, qualora, a seguito del suo discrezionale apprezzamento, opti per una non suddivisione dell'appalto in lotti, *ex art. 51, comma 1, del nuovo Codice dei contratti*³⁹⁴, ha comunque l'onere di adeguatamente motivare tale decisione³⁹⁵. In questa ipotesi, il sindacato giurisdizionale del Giudice amministrativo sarà limitato al vaglio del rispetto dei canoni generali caratterizzanti il suo agire, *ut supra* richiamati³⁹⁶.

Nella fattispecie oggetto della presente disamina che vede coinvolta Azienda Zero, Il Consiglio di Stato ha condannato l'irragionevole e immotivata scelta di suddivisione della gara in soli 6 lotti in proporzione al valore complessivo di Euro 303.510.618,83 dell'appalto, evidentemente molto

³⁹² Così testualmente, Cons. Stato, sentenza n. 272/2017.

³⁹³ Si rinvia alla celebre sentenza del Cons. Stato, n. 1038/2017.

³⁹⁴ Vale la pena riportare l'articolo 51, comma 1, D.lgs. n. 50/2016: “Nel rispetto della disciplina comunitaria in materia di appalti pubblici, sia nei settori ordinari che nei settori speciali, al fine di favorire l'accesso delle microimprese, piccole e medie imprese, le stazioni appaltanti suddividono gli appalti in lotti funzionali di cui all'articolo 3, comma 1, lettera q), ovvero in lotti prestazionali di cui all'articolo 3, comma 1, lettera g) in conformità alle categorie o specializzazioni nel settore dei lavori, servizi e forniture. Le stazioni appaltanti motivano la mancata suddivisione dell'appalto in lotti nel bando di gara o nella lettera di invito e nella relazione unica di cui agli articoli 99 e 139. Nel caso di suddivisione in lotti, il relativo valore deve essere adeguato in modo da garantire l'effettiva possibilità di partecipazione da parte delle microimprese, piccole e medie imprese. È fatto divieto alle stazioni appaltanti di suddividere in lotti al solo fine di eludere l'applicazione delle disposizioni del presente codice, nonché di aggiudicare tramite l'aggregazione artificiosa degli appalti”.

³⁹⁵ T.A.R. Lombardia, sentenza n. 906/2017.

³⁹⁶ Cfr. Cons. Stato, sentenza n. 1081/2016; T.A.R. Campania, sentenza n. 5550/2016; T.A.R. Lazio, sentenza n. 9952/2016.

elevato, oltre alla scelta operata dalla stazione appaltante di strutturarli su un'ampia estensione territoriale accorpendo tra loro più Aziende sanitarie e profili ospedalieri differenti. I dati presi in considerazione dal Collegio hanno portato a ritenere illegittimo l'operato della Centrale della Regione Veneto in quanto non supportato da una congrua illustrazione delle ragioni sottese all'indizione di una gara suddivisa in lotti dal valore non adeguato ad assicurare l'effettiva possibilità di partecipazione di microimprese, piccole e medie imprese (MIPMI). Poiché quello della suddivisione in lotti non è un obbligo inderogabile, come pure non è esclusa dal Legislatore la formazione di lotti di importo elevato, pur comportando una difficoltosa, se non impossibile, partecipazione delle piccole e medie imprese, va da sé che i Giudici di Palazzo Spada non hanno riscontrato negli atti dell'Azienda veneta le necessarie giustificazioni a fondamento della risultante "chiusura del mercato" nel settore della ristorazione ospedaliera territoriale. È mancata, per utilizzare un'espressione propria di una pronuncia del 2018 dello stesso Collegio, la "logicità e plausibilità delle ragioni stesse, in rapporto all'interesse pubblico perseguito in concreto"³⁹⁷.

5. *Osservazioni conclusive.*

A fonte delle riflessioni che accompagnano il precedente paragrafo sull'agire della Pubblica Amministrazione, soggetto anch'esso al giudicato del Giudice Amministrativo, se non connotato dall'ottemperanza ai principi comunitari così come declinati nel Codice dei contratti pubblici e nella legge sul procedimento amministrativo n. 241 del 1990, si deve comunque tenere a mente, come sfondo, quanto la giurisprudenza più recente ci insegna a proposito delle logiche consequenzialità connesse alla suddivisione delle gare pubbliche in lotti, con specifico riferimento all'ambito sanitario. Vale la pena condividere il seguente giudizio del Consiglio di Stato ad avviso del quale "nell'ambito sanitario il tema della suddivisione degli appalti in lotti risente del rapporto dialettico con l'obbligo legale di fare ricorso ad acquisiti centralizzati. La convivenza di interessi potenzialmente confliggenti – revisione della spesa e tutela della concorrenza, sullo sfondo del diritto alla salute – esige di essere regolata, caso per caso, attraverso la consueta opera di bilanciamento discrezionale affidata alle amministrazioni coinvolte nella scelta e filtrata all'esterno attraverso la motivazione degli atti di indizione della procedura di gara"³⁹⁸.

Potrebbe, quindi, alla luce di quanto rielaborato in questa sede, essere legittimo il *modus operandi* della stazione appaltante che, pur prevedendo lotti di importo elevato, in virtù del bilanciamento di cui sopra, è in grado di dimostrare negli atti di gara la non elusione dei principi, rispettivamente, della tutela della concorrenza, dell'interesse pubblico all'apertura del mercato ad un'ampia partecipazione

³⁹⁷ Leggi Cons. Stato, sentenza n. 5534/2018.

³⁹⁸ T.A.R. Toscana, sentenza n. 1162/2019.

degli operatori economici, del libero confronto tra le imprese, della non discriminazione, della trasparenza e della proporzionalità.

Tra le altre cose, è corretto far presente che la sentenza n. 1486/2019 del Consiglio di Stato, qui considerata, è ora al vaglio del giudizio della Suprema Corte di Cassazione a Sezioni Unite, con tutto ciò che ne consegue.

Sebbene l'immagine della Centrale di committenza veneta sia stata pregiudicata dal sindacato del Giudice di Appello, pur tuttavia, oltre alla doverosità di specificare che la sentenza non è ancora passata in giudicato in quanto cassata, ciò non significa non elogiarne l'operato in via generale con riferimento sia al conseguimento di un importante risparmio di spesa, sia al suo assurgere a modello organizzativo per molte altre Regioni italiane.

Una recente nota di Azienda Zero³⁹⁹ riporta i seguenti risultati raggiunti a riprova dell'efficienza della Centrale di committenza per le unità sanitarie locali della Regione Veneto: “Con le gare centralizzate effettuate dall'Azienda Zero della Regione Veneto nel 2018 si sono ottenuti risparmi che si attestano attorno all'11 per cento. Una razionalizzazione dei costi che ha permesso di risparmiare in un solo anno 135.608.558 euro rispetto al costo storico, ovvero al costo in essere nelle diverse Aziende, mantenendo, anzi migliorando e omogeneizzando, la qualità dei servizi”.

BIBLIOGRAFIA

A. ZITO, M. IMMORDINO, *Aggregazione e centralizzazione della domanda pubblica di beni: stato dell'arte e proposte di migliorie al sistema vigente*, in *Nuove autonomie*, 2018, II, p. 226 e ss.

B. G. MATTARELLA, *La centralizzazione delle committenze*, in *Giornale di diritto Amministrativo*, 2016, V, p. 613 e ss.

D. BOGGI, *Consip: una novità nella pubblica amministrazione*, Milano, 2006, p. 33 e ss.

D. COLACCINO, *L'approvvigionamento di beni e servizi tra modello Consip e centrali d'acquisto locali*, in L. FIORENTINO E B.G. MATTARELLA (a cura di), *L'esternalizzazione delle gestioni amministrative nelle pubbliche amministrazioni*, Rimini, 2007.

³⁹⁹ Nota di Azienda Zero, *Sanità. Gare di Azienda Zero risparmi per 135 milioni*, pubblicata nel sito www.ilgazzettino.it, domenica 14 aprile 2019.

F. DE LUCIA, *La deroga all'obbligo di ricorso alle "Convenzioni Consip"*, in *Giornale di diritto Amministrativo*, 2019, I, p. 114 e ss.

F. DI LASCIO, *L'acquisto di beni e servizi nel vigente sistema delle competenze legislative*, in *Giornale di diritto Amministrativo*, 2006, V, p. 475 e ss.

G. FIDONE, F. MATALUNI, *L'aggregazione dei soggetti aggiudicatori di contratti pubblici fra ragioni di integrità, specializzazione e riduzione della spesa*, in *Foro Amministrativo*, 2014, XI, p. 2995 e ss.

L. FIORENTINO, *Le centrali di committenza e la qualificazione delle stazioni appaltanti*, in *Giornale di diritto Amministrativo*, 2016, IV, p. 443 e ss.

M. MACRÍ, *Il nuovo sistema di acquisti di beni e servizi*, in *Giornale di diritto Amministrativo*, 2012, XII, p. 1167 e ss.

M. URBANI, *L'efficienza della committenza pubblica e il mercato unico*, in *Giornale di diritto Amministrativo*, 2014, XII, p.1150 e ss.

**DISCIPLINA DEGLI AFFIDAMENTI DIRETTI NELLA AZIENDA
SANITARIA DEI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI
E
MODALITÀ DI EROGAZIONE
ALTERNATIVE ALLA GARA**

Cinzia Armani

SOMMARIO: 1. Brevi riflessioni introduttive. – 2. L'affidamento dei servizi sociali nella normativa euro-unitaria e nazionale. – 3. Rapporto tra Codice dei contratti pubblici e Codice del Terzo settore. – 4. Le modalità di erogazione dei servizi sociali alternativi alla gara. – 5. Autorizzazione e accreditamento dei servizi e delle strutture sociali. – 6. Convenzioni con le Organizzazioni di volontariato e con Associazioni di Promozione sociale. – 7. La co-progettazione. – 8. Il sistema di accreditamento dei servizi socio-sanitari in Emilia Romagna. – 9. Osservazioni conclusive.

1. Brevi riflessioni introduttive.

Ai sensi dell'art. 128, comma 2, del d.lgs. 112/1998 (poi recepito all'art. 1 della legge n. 328/2000), per "servizi sociali" si intendono tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione dei servizi, gratuiti e a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona incontra nel corso della propria vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia.

L'ordinamento interno e quello dell'Unione Europea hanno manifestato un approccio diverso rispetto ai servizi sociali e alla loro nozione.

A livello europeo l'espressione "servizi sociali" sociali compare per la prima volta nella Carta dei diritti fondamentali di Nizza, all'art. 34, dove si afferma che "l'Unione riconosce e rispetta il diritto di accesso alle prestazioni di sicurezza sociale e ai servizi sociali che assicurano protezione in casi quali la maternità, gli infortuni sul lavoro, la dipendenza o la vecchiaia oltreché di perdita del posto di lavoro, secondo le modalità stabilite dal diritto comunitario e dalle legislazioni e prassi nazionali".

La legge Quadro sui servizi sociali 8 novembre 2000, n. 328 ha istituito un "sistema integrato di interventi e servizi sociali" da realizzarsi mediante politiche e prestazioni coordinate nei diversi settori della vita sociale, integrando servizi alla persona e al nucleo familiare con eventuali misure

economiche e mediante la definizione di percorsi attivi volti a ottimizzare l'efficacia delle risorse e a impedire sovrapposizioni di competenze e settorializzazioni delle risposte.

L'art. 5 del d.P.C.M. 30 marzo 2001, recante "atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona previsti all'art. 5 della legge 328/2000 prevede la competenza in materia di programmazione ed organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali è attribuita agli enti locali, alle Regioni e allo Stato con il coinvolgimento attivo degli organismi del Terzo settore⁴⁰⁰.

In seguito alla modifica del Titolo V della Costituzione è stata attribuita alle Regioni la potestà legislativa primaria in materia di organizzazione dei servizi sanitari e sociali e conservando in capo allo Stato la potestà esclusiva in materia di "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale – cd. Liveas – (art. 117, co. 2, lett. m.), Cost.), oltre alle funzioni di perequazione finanziaria (art. 119) e al potere sostitutivo in caso di mancata erogazione dei livelli essenziali (art. 120).

Tali previsioni mirano a garantire un livello di uniformità in tutto il territorio nazionale, demandando alle Regioni la definizione delle modalità di organizzazione dei servizi e la possibilità di prevedere ulteriori livelli di assistenza.

La disciplina dei servizi sociali è una delle maggiori novità introdotte dal Codice degli appalti d.lgs. 50/2016 rispetto alla precedente regolamentazione dei contratti pubblici. I servizi sociali si caratterizzano per l'articolazione del sistema delle fonti normative di disciplina sostanziale della materia e la plurisoggettività⁴⁰¹ degli attori di riferimento e, infine, dell'articolazione degli strumenti previsti dall'ordinamento di settore.

Occorre richiamare l'attenzione posta dall'ANAC sugli affidamenti dei servizi agli enti del Terzo Settore quando, con la deliberazione n. 32 del 20 gennaio 2016, ha emanato le Linee guida con lo scopo di fornire indicazioni operative alle amministrazioni aggiudicatrici e agli operatori del settore, al fine di realizzare i predetti obiettivi nel rispetto della normativa comunitaria e nazionale in materia di contratti pubblici e di prevenzione della corruzione, in particolare dei principi di libera circolazione delle merci, di libertà di stabilimento, libera prestazione dei servizi, nonché dei principi che ne

⁴⁰⁰ L'art. 1 della legge 106/2016 fornisce una compiuta definizione di Terzo settore, quale "complesso degli enti privati costituiti per il perseguimento senza scopo di lucro, di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale e che, in attuazione del principio di sussidiarietà e in coerenza con i rispettivi statuti o atti costitutivi, promuovono e realizzano attività di interesse generale, mediante forme di azioni volontaria e gratuita o di mutualità o di produzione e scambio di beni e servizi (art. 1, comma 1).

⁴⁰¹ La legge 328/2000 e ss.mm. evidenzia una architettura istituzionale multilivello, assegnando compiti e funzioni allo Stato, alle Regioni ed agli enti locali.

derivano (parità di trattamento, non discriminazione, riconoscimento reciproco, proporzionalità e trasparenza)⁴⁰².

Con la delibera in esame l’Autorità ha precisato che l’erogazione dei servizi alla persona può avvenire mediante diversi strumenti, la cui scelta è rimessa alla discrezionalità “dell’amministrazione procedente”⁴⁰³.

2. *L’affidamento dei servizi sociali nella normativa euro-unitaria e nazionale.*

Il Parlamento europeo ed il Consiglio il 26 febbraio 2014 hanno adottato le direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE relative rispettivamente alla “aggiudicazione dei contratti di concessione”, agli “appalti pubblici” ed alle “procedure d’appalto degli enti erogatori nei settori dell’acqua, dell’energia, dei trasporti e dei servizi postali”.

Tali direttive hanno abrogato le precedenti direttive 2004/18/CE e 2004/17/CE, già attuate in Italia con il d.lgs. n. 163 del 2006, e sono state recepite nel nostro ordinamento con il d.lgs. n. 50 del 2016 recante il nuovo Codice dei contratti pubblici in sostituzione del previgente d.lgs. n. 163 del 2006.

Il vigente Codice dei contratti pubblici disciplina al proprio interno anche le procedure di affidamento di appalti di servizi sociali, dettando in proposito disposizioni che rendono evidente la sottoposizione anche di tali servizi alla normativa codicistica.

La disciplina dei servizi sociali è senza dubbio una delle maggiori novità introdotte dal Codice rispetto alla previgente regolamentazione dei contratti pubblici.

La precedente disciplina (vecchio Codice – d.lgs. 163/2006 e ss. mm.) aveva previsto un regime cd. “alleggerito” a fronte della specificità dei servizi da erogare, in conseguenza del quale solo alcune disposizioni del Codice trovavano applicazione.

È possibile evidenziare come nel corso degli anni la giurisprudenza europea abbia fornito una interpretazione estensiva del concetto di attività economica e parimenti sia pervenuta a qualificare come imprese anche i soggetti del Terzo settore che svolgono attività economiche, assoggettandoli così alle regole europee in tema di concorrenza.

Tale impostazione subisce tuttavia un temperamento consentendo di procedere all’affidamento diretto (senza gara) dei servizi sociali alle organizzazioni di volontariato o alle associazioni di promozione sociale quando il ricorso a tali soggetti “apporti un effettivo contributo alle finalità sociali perseguite

⁴⁰² Delibera n. 32 del 20 gennaio 2016 – ANAC – “Determinazione Linee guida per l’affidamento di servizi a enti del Terzo settore e alle cooperative sociali”.

⁴⁰³ Comunicato ANAC del 14/09/2016 – “Indicazioni operative alle stazioni appaltanti e agli operatori economici in materia di affidamento di servizi sociali”.

dal servizio e all'efficienza di bilancio"⁴⁰⁴ e quando si ritengano prevalenti i principi costituzionali di solidarietà e sussidiarietà, rispetto a quello di concorrenza.

In questo contesto si inseriscono la legge 106/2016 "delega al Governo per la riforma del Terzo settore, dell'impresa sociale e per la disciplina del servizio civile universale" e il relativo decreto attuativo d.lgs. 117/2017 "Codice del Terzo settore".

Il Codice del Terzo settore all'art. 5 individua le "attività di interesse generale" che possono essere esercitate dagli enti del Terzo settore in via esclusiva o principale individuando lo scopo dell'attività che deve riguardare il perseguimento, senza scopo di lucro, di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale.

Il Codice del Terzo settore nel Titolo VII tende a regolamentare i "rapporti con gli enti pubblici" e, in particolare, le modalità di affidamento ad enti del Terzo settore dello svolgimento di servizi sociali da parte di pubbliche amministrazioni.

Si tratta degli art. 55 "Coinvolgimento degli enti del Terzo settore", art. 56 "Convenzioni" e art. 57 "Servizio di trasporto sanitario di emergenza urgenza".

L'art. 55 del Codice del Terzo settore prevede che le amministrazioni pubbliche, nell'esercizio delle proprie funzioni di programmazione e organizzazione a livello territoriale degli interventi e dei servizi nei settori indicati, assicurano il coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore, attraverso forme di co-programmazione, co-progettazione e accreditamento.

L'art. 56 del Codice del Terzo settore prevede che le amministrazioni pubbliche possano sottoscrivere convenzioni con le organizzazioni di volontariato o con le associazioni di promozione sociale, finalizzate allo svolgimento in favore di terzi di attività o servizi sociali di interesse generale, se più favorevoli rispetto al ricorso al mercato. L'individuazione delle organizzazioni di volontariato e delle associazioni di promozione sociale con cui stipulare la convenzione è fatta nel rispetto dei principi di imparzialità, pubblicità, trasparenza, partecipazione e parità di trattamento mediante procedure comparative riservate alle medesime.

Il Codice del Terzo settore ha dimostrato altresì di aver fatto propri gli orientamenti espressi dalla giurisprudenza della Corte di Giustizia (sent. 11 dicembre 2004 causa C- 133/2013 e 28 gennaio 2016 Causa C-50/2014), nell'art. 57, laddove afferma che i servizi sanitari di emergenza e urgenza possono essere, in via prioritaria, oggetto di affidamento in convenzione delle organizzazioni di volontariato, nelle ipotesi in cui, per la natura specifica del servizio, l'affidamento diretto garantisca l'espletamento di interesse generale, in un sistema di effettiva contribuzione a una finalità sociale e di perseguimento

⁴⁰⁴ A. ALBANESE, *Le convenzioni fra enti pubblici, organizzazioni di volontariato e associazioni di promozione sociale nel Codice del Terzo settore. Il confronto con il diritto europeo*, in *Non Profit*, 3/2017, pag. 185.

degli obiettivi di solidarietà, in condizioni di efficienza economica e adeguatezza, nonché nel rispetto dei principi di trasparenza e non discriminazione.

3. Rapporto tra Codice dei contratti pubblici e Codice del Terzo settore.

Il Codice del Terzo settore non ha individuato dei criteri e delle modalità per “l’affidamento agli enti dei servizi di interesse generale” e non fa riferimenti alla normativa comunitaria e nazionale in materia di procedure di affidamento nella definizione dei rapporti con gli enti pubblici.

L’ANAC, nell’ambito di svolgimento della sua attività di competenza, ha potuto accertare il mancato coordinamento della disciplina del Terzo settore con la normativa in materia di contratti pubblici e ha chiesto un parere al Consiglio di Stato, il quale con parere n. 2052 del 20/08/2018 ha chiarito l’ambito di applicazione del Codice dei contratti pubblici e del Codice del Terzo settore.

La Commissione speciale operante nel Consiglio di Stato, nel rendere il parere sullo schema di decreto recante il Codice del Terzo settore, aveva suggerito di considerare con più attenzione la necessità di mediare tra l’esigenza di valorizzare le organizzazioni non lucrative e salvaguardare gli equilibri funzionali del libero mercato.

Il regime delineato agli articoli 140 e ss. del Codice dei contratti pubblici si applica agli affidamenti qualificabili come appalti o concessioni e quindi caratterizzati dalla natura onerosa della prestazione. Nel citato parere, il Consiglio di Stato ha precisato che, salve le disposte eccezioni (procedure di accreditamento c.d. libero, procedure di co-progettazione e partenariato finalizzate a rapporti puramente gratuiti) le procedure previste dal Codice del Terzo settore configurano, in ottica europea, appalti di servizi sociali e pertanto sono sottoposte anche alla disciplina del Codice dei contratti pubblici, che si affianca, integrandola, a quella apprestata dal Codice del Terzo settore.

4. Le modalità di erogazione dei servizi sociali alternativi alla gara.

La nuova disciplina codicistica non ha abrogato le precedenti normative (così come evidenziato dall’ANAC nella delibera n. 32 del 2016).

La legge 328/2000 denominata “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” ed il relativo provvedimento attuativo, d.P.C.M. 30 marzo del 2001, che è l’atto di indirizzo per regolamentare i rapporti tra enti locali e Terzo settore, con particolare riferimento ai sistemi di affidamento dei servizi alla persona, pur ispirandosi al modello organizzativo che si è consolidato nel comparto sanitario ha lasciato dubbi interpretativi sul rapporto tra accreditamento e

programmazione, sulla necessità o meno di un accordo successivo all'accreditamento, e sulle modalità di esercizio della libertà di scelta dell'utente.

Ai fini dell'erogazione dei servizi sociali, la legge 328/2000 prevede che gli enti pubblici promuovono azioni per favorire la trasparenza e la semplificazione amministrativa a forme di aggiudicazione o negoziali che consentono ai soggetti operanti nel Terzo settore la piena espressione della propria progettualità (art. 5, comma 2)⁴⁰⁵. La scelta dei servizi alla persona può avvenire mediante diversi strumenti, rimessi alla scelta discrezionale, ma sempre motivata, dell'amministrazione:

- autorizzazione e accreditamento (art. 11, l. 328/2000);
- convenzione con le organizzazioni di volontariato di cui alla l. 266/1991 (art. 3, d.P.C.M. 30 marzo 2001);
- acquisto di servizi e prestazioni (art. 5, d.P.C.M. 30 marzo 2001);
- affidamento ai soggetti del Terzo settore (art. 6, d.P.C.M. 30 marzo 2001).

Attraverso l'autorizzazione e l'accREDITAMENTO vengono individuati gli operatori economici (appartenenti al Terzo settore) che possono erogare il servizio, mentre è l'utente finale che sceglie la struttura a cui rivolgersi, sulla base della qualità del servizio offerto (concorrenza nel mercato), anche attraverso i titoli per l'acquisto di prestazioni socio-assistenziali.

Quanto affermato ha trovato conferma nella delibera ANAC n. 911 del 31 agosto 2016, recante chiarimenti sulla persistente validità della delibera n. 32/2016 che conferma che "i principi affermati dall'Autorità nella delibera 32/2016, recante linee guida per l'affidamento dei servizi a enti del Terzo settore e alle cooperative sociali, possono ritenersi validi anche in vigore del d.lgs. 50/2016, sebbene la predetta delibera sia stata adottata sotto il vigore del d.lgs. 163/2006".

5. *Autorizzazione e accreditamento dei servizi e delle strutture sociali.*

L'autorizzazione al funzionamento e l'accREDITAMENTO sono previste come condizioni imprescindibili per la conduzione delle strutture residenziali e semiresidenziali da parte di soggetti pubblici o privati. La legge 328/2000 richiede che i servizi e le strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale a gestione pubblica o privata abbiano specifica autorizzazione all'esercizio rilasciata dal Comune.

La libertà di assistenza privata, riconosciuta e garantita dall'art. 38 della Costituzione, viene sottoposta ad una valutazione di compatibilità con l'interesse pubblico.

⁴⁰⁵ La definizione di specifici indirizzi per regolare i rapporti tra enti locali e Terzo settore, con particolare riferimento ai sistemi di affidamento dei servizi alla persona, è demandata alle Regioni sulla base di quanto disposto dal d.P.C.M. 30 marzo 2011, di attuazione della legge 328/2000.

L'autorizzazione all'esercizio è un provvedimento amministrativo ampliativo della sfera giuridica del privato che permette di esercitare una attività sociale e data la sua natura è disciplinato dalla legge 241/1990.

La legge 328/2000 prevede che lo Stato fissi i requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo diurno e residenziale (art. 9, comma 1, lett. c)) e alle Regioni spetta di recepire ed integrare, in relazione alle esigenze locali, i requisiti minimi nazionali (art. 8, comma 3, lett. f) e art. 11, comma 1)).

Competente al rilascio dell'autorizzazione è invece il Comune in conformità a quanto definito a livello nazionale e regionale sui requisiti strutturali ed organizzativi (art. 11, comma 1 e art. 6, comma 2, lettera c)) ed a conferma della competenza ad esso riconosciuta già con l'art. 131 del d.lgs. 112/1998 in materia di organizzazione e gestione pubblica dei servizi di assistenza statale.

La legge 328/2000 richiama l'accreditamento in due disposizioni differenti:

- art. 11 per individuare i soggetti a cui i Comuni corrispondono le tariffe per le prestazioni erogate,
- art. 17 per individuare i soggetti presso i quali gli interessati acquistano servizi sociali sulla base di titoli a tal fine concessi dai Comuni.

Nonostante il legislatore ometta definizioni generali di autorizzazione e accreditamento dei servizi sociali, i richiami contenuti nella legge n. 328/2000 consentono di distinguere funzioni e contenuti dei due provvedimenti in analogia al comparto sanitario.

L'autorizzazione è finalizzata a consentire lo svolgimento di attività assistenziale, ma non è sufficiente ad operare all'interno della programmazione pubblica.

Con l'accreditamento la pubblica amministrazione riconosce nel soggetto erogatore qualità aggiuntive ai requisiti richiesti per ottenere l'autorizzazione.

In Italia l'accreditamento è stato introdotto nel sistema sanitario per superare il modello del convenzionamento previsto dalla legge n. 833 del 1978⁴⁰⁶, che prevedeva la presenza di erogatori privati solo in via residuale rispetto a quelli pubblici e sulla base di valutazioni che erano discrezionali. Il convenzionamento era qualificato come una concessione amministrativa. Con il d.lgs. 7 dicembre 1993, n. 517 di modifica del d.lgs. n. 502 del 1992 e la legge n. 724 del 1994 l'accreditamento si presenta come un sistema di selezione del privato erogatore di servizi pubblici rispetto ai tradizionali strumenti di gara utilizzati dalla pubblica amministrazione per l'affidamento di lavori e servizi.

L'accreditamento diventa uno strumento di accesso al mercato delle prestazioni sanitarie applicabile sia ai soggetti pubblici che agli operatori privati.

⁴⁰⁶ Legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale che affermava i principi fondanti del moderno SSN, quali, tra gli altri, l'universalità del servizio, l'uguaglianza dei cittadini nell'accesso alle prestazioni e la libertà di scelta della struttura.

L'istituto dell'accreditamento come introdotto dal d.lgs. 502 del 1992 crea criticità sul piano della spesa pubblica, in quanto non pone limiti o vincoli al numero di prestazioni erogabili.

Il d.P.R. 37 del 14 gennaio 1997 introduce il principio della funzionalità dell'accreditamento alle scelte di programmazione regionale.

Con il d.lgs. n. 229 del 1999⁴⁰⁷ la disciplina dell'accreditamento è estesa anche alle strutture sociosanitarie. Il d.lgs. 229 del 1999 introduce un iter ancora oggi vigente nel suo complesso secondo cui i soggetti erogatori delle prestazioni devono essere individuati tramite il sistema delle tre "A"⁴⁰⁸:

- autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, necessaria anche solo allo svolgimento dell'attività privata e che consiste nell'accertamento dell'esistenza di determinati presupposti tecnici;
- accreditamento istituzionale da richiedere solo se si vogliono svolgere prestazioni per conto del sistema pubblico e che consiste nell'accertamento tecnico dell'esistenza di determinati presupposti di qualità ulteriori a quelli necessari per l'autorizzazione all'esercizio e nella verifica della funzionalità rispetto alla programmazione sanitaria regionale;
- accordi contrattuali con i quali sono stabiliti i volumi di prestazioni da erogare, i tetti economici e gli obblighi prestazionali.

L'accreditamento perde il suo connotato di atto autorizzatorio (come delineato dal d.lgs. n. 502 del 1992) ed acquista natura costitutiva di un rapporto di concessione di pubblico servizio regolato da successivi accordi contrattuali che "abilitano" a tutti gli effetti il soggetto ad erogare prestazioni per conto del Servizio Sanitario Nazionale.

Accreditamento ed accordo contrattuale consentono ai soggetti privati di erogare prestazioni per soddisfare un interesse pubblico che spetta allo Stato garantire: in ciò sta la natura concessoria del rapporto che si instaura tra soggetto privato ed ente pubblico.

Il legislatore, con la legge n. 328/2000, disegna un quadro normativo che riserva ad autorizzazione e accreditamento funzioni più ampie rispetto a quelle previste dalla disciplina della sanità, condizionando ad esse non solo la possibilità di gestire l'offerta di servizi ma la partecipazione alla programmazione, all'organizzazione, alla progettazione ed alla realizzazione concertata degli interventi (art. 1, commi 4 e 5).

Il rinvio alla disciplina sanitaria dell'applicazione al comparto sociale del sistema delle "3 A" presenta delle criticità per quanto riguarda sia le modalità del rapporto tra accreditamento e programmazione che per la necessità dell'accordo successivo tra enti pubblici e privati.

⁴⁰⁷ Riforma sanitaria-ter.

⁴⁰⁸ C. BOTTARI, *Profili innovativi del sistema sanitario*, Torino, Giappichelli, 2018.

L'art. 11, comma 3, della legge 328/2000, richiamando il precedente art. 6, comma 2, lett. c), definisce la competenza dei Comuni a provvedere all'accreditamento dei servizi e delle strutture sulla base di criteri definiti dalla Regione (art. 8, comma 3, lett. f)), con l'esclusione delle competenze dello Stato. Con il d.P.C.M. 30 marzo 2001 sono stati dati gli indirizzi alle Regioni sulle modalità per regolare i rapporti tra gli enti locali e il Terzo settore con particolare riferimento agli affidamenti dei servizi alla persona. Tale d.P.C.M. presuppone che l'abilitazione ad erogare servizi richieda una attività selettiva (art. 4), l'acquisto di beni dovrebbe (ex art. 5) avvenire sulla base di gare secondo il metodo dell'offerta economicamente più vantaggiosa e per l'affidamento dei servizi si dovrebbero osservare le norme nazionali e comunitarie che disciplinano le procedure di affidamento dei servizi da parte della pubblica amministrazione.

Il d.lgs. 50/2016, in armonia con la direttiva 2014/24/UE⁴⁰⁹, ha disposto per gli enti del Terzo settore in possesso dei presupposti, indicati all'art. 143, comma 2, la possibilità di partecipare alle gare riservate, prevedendo anche una durata massima del contratto non superiore ai tre anni. La stessa direttiva 2014/24/UE, ai considerando n. 114 e n. 4, esclude dall'ambito di applicazione delle regole sugli appalti pubblici l'organizzazione e la gestione dei servizi sociali privi di rilevanza economica. L'ANAC, con delibera n. 32 del 20 gennaio 2016 "Linee guida per l'affidamento di servizi a enti del Terzo settore e alle cooperative sociali", ha evidenziato che "la deroga all'applicazione delle regole dell'evidenza pubblica può essere giustificata soltanto allorquando sussista l'attitudine del sistema a realizzare i principi di universalità, solidarietà, efficienza e adeguatezza economica".

Tale atto intende richiamare le stazioni appaltanti al rispetto delle norme comunitarie e nazionali in materia di contratti pubblici, assicurando l'osservanza dei principi di trasparenza, economicità ed efficienza, sia nella fase della programmazione e co-progettazione sia in quella della scelta del soggetto erogatore.

In tale delibera, l'ANAC precisa che l'istituto dell'accREDITAMENTO ha trovato attuazione attraverso tre modelli:

- modello del governo pubblico, caratterizzato dalla limitazione nel numero dei soggetti accreditabili sulla base della programmazione regionale e locale del fabbisogno;
- modello dell'accREDITAMENTO libero, caratterizzato dalla concessione dell'accREDITAMENTO a tutte le strutture che ne facciano richiesta e siano in possesso dei requisiti, il cui apporto al servizio pubblico sarà definito da accordi contrattuali senza nessuna garanzia di accesso ai fondi;

⁴⁰⁹ Direttiva 2014/24/UE del 26 febbraio 2014 sugli appalti pubblici; direttiva 2014/23/UE del 26 febbraio 2014 sull'aggiudicazione dei contratti di concessione; direttiva 2014/25/UE del 26 febbraio 2014 sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali.

- modello degli accordi contrattuali in cui l'accreditamento viene sostituito da accordi negoziali con i soggetti erogatori dei servizi e la selezione deve garantire adeguati livelli di trasparenza previa valutazione di requisiti quali quelli di capacità professionale e tecnica.

Con delibera n. 966 del 14 settembre 2016⁴¹⁰ l'ANAC sostiene che “la scelta del modello di erogazione dei servizi alla persona è rimessa alla discrezionalità dell'amministrazione procedente, che ben può scegliere di ricorrere al convenzionamento, basato sul modello dell'accreditamento”. I requisiti richiesti debbono essere adeguati rispetto allo scopo da raggiungere e proporzionali rispetto alle prestazioni da erogare, non debbono essere discriminatori ed avvantaggiare taluni operatori.”.

Tale atto precisa che condizione necessaria per l'autorizzazione e l'accreditamento, ai sensi dell'art. 13, l. 328/2000, è che l'impresa adotti una propria carta dei servizi, contenente specifici obblighi di qualità delle prestazioni a tutela degli utenti.

L'accreditamento, sottolinea l'ANAC, rappresenta una particolare modalità di relazione tra ente e soggetto privato del tutto eterogenea rispetto ad un contratto d'appalto del servizio.

6. Convenzioni con le Organizzazioni di volontariato e con Associazioni di Promozione sociale.

Al fine di valorizzare l'apporto del volontariato nel sistema di interventi e servizi sociali, l'art. 56 del d.lgs. 117 del 2017⁴¹¹ prevede che le amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, possono sottoscrivere con le organizzazioni di volontariato e le associazioni di promozione sociale, iscritte da almeno sei mesi nel Registro unico nazionale del Terzo settore, convenzioni finalizzate allo svolgimento in favore di terzi di attività o servizi sociali di interesse generale di cui all'art. 5, se più favorevoli rispetto al ricorso al mercato.

Il ricorso alla deroga deve essere motivato con specifico riferimento alla maggiore convenienza rispetto al mercato e anche in relazione ai maggiori benefici conseguibili per la collettività in termini di maggior attitudine del sistema a realizzare i principi di universalità, solidarietà, accessibilità, efficienza economica e adeguatezza.

Le convenzioni possono prevedere esclusivamente il rimborso alle organizzazioni di volontariato e alle associazioni di promozione sociale delle spese effettivamente sostenute e documentate.

Il Consiglio di Stato con parere, reso su richiesta dell'ANAC, n. 2052 del 20 agosto 2018 ha ritenuto che solo il rimborso a piè di lista, che escluda la remunerazione anche in maniera indiretta, di tutti i fattori di produzione e comprenda unicamente le spese vive, correnti e non di investimento, consente

⁴¹⁰ ANAC, delibera n. 966 del 14 settembre 2016 “richiesta di parere sulla normativa – sistema di accreditamento e convenzionamento per le prestazioni di accoglienza residenziale per i minori. Comune di Napoli”.

⁴¹¹ Codice del Terzo settore, a norma dell'art. 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106.

di affermare la gratuità della prestazione del servizio e dunque di postulare l'estraneità all'ambito del Codice dei contratti pubblici.

L'individuazione delle organizzazioni di volontariato e delle associazioni di promozione sociale con cui stipulare la convenzione è fatta nel rispetto dei principi di imparzialità, pubblicità, trasparenza, partecipazione e parità di trattamento, mediante procedure comparative riservate alle medesime. In passato la stipula delle convenzioni con le organizzazioni di volontariato o con le associazioni di promozione sociale avveniva senza il ricorso alle procedure di evidenza pubblica.

La novità introdotta dal Codice del Terzo settore assume rilevanza nella misura in cui, pur non assoggettando la stipula delle convenzioni alle regole del Codice dei contratti, viene indicata la necessità per le pubbliche amministrazioni di individuare i criteri che intendono adottare al fine di procedere all'individuazione dei soggetti con cui stipulare le convenzioni.

Tali principi sono riconducibili nell'ambito dell'imparzialità e della trasparenza, ma non è affermato il principio di concorrenzialità che specifica, di regola, il procedimento finalizzato all'aggiudicazione degli appalti e delle concessioni.

Il procedimento volto alla scelta dell'organizzazione di volontariato o dell'associazione di promozione sociale non è permeato dal principio di concorrenzialità ma solamente da quello di parità di trattamento.

Le organizzazioni di volontariato e le associazioni di promozione sociale devono essere in possesso dei requisiti di moralità professionale, e dimostrare adeguata attitudine, da valutarsi in riferimento alla struttura, all'attività concretamente svolta, alle finalità perseguite, al numero degli aderenti, alle risorse a disposizione e alla capacità tecnica e professionale, intesa come concreta capacità di operare e realizzare l'attività oggetto di convenzione, da valutarsi anche con riferimento all'esperienza maturata, all'organizzazione, alla formazione e all'aggiornamento dei volontari.

Le convenzioni devono contenere disposizioni dirette a garantire l'esistenza delle condizioni necessarie a svolgere con continuità le attività oggetto della convenzione, nonché il rispetto dei diritti e della dignità degli utenti, e, ove previsti dalla normativa nazionale o regionale, degli standard organizzativi e strutturali di legge. Deve essere definita la durata del rapporto convenzionale, il contenuto e le modalità dell'intervento volontario, il numero e l'eventuale qualifica professionale delle persone impegnate nelle attività convenzionate, le modalità di coordinamento dei volontari e dei lavoratori con gli operatori dei servizi pubblici, le coperture assicurative previste all'art. 18 del Codice del Terzo settore.

Nell'ambito della convenzione deve essere definita la modalità di risoluzione del rapporto, le forme di verifica delle prestazioni e di controllo della loro qualità, la verifica dei reciproci adempimenti nonché le modalità di rimborso delle spese, nel rispetto del principio dell'effettività delle stesse, con

esclusione di qualsiasi attribuzione a titolo di maggiorazione, accantonamento, ricarico o simili, e con la limitazione del rimborso dei costi indiretti alla quota parte imputabile direttamente all'attività oggetto della convenzione.

7. La co-progettazione.

Le organizzazioni del Terzo settore, ai sensi dell'art. 7 del d.P.C.M. 30 marzo 2001, hanno un ruolo di rilievo, oltre all'attività di programmazione, anche in materia di progettazione di interventi innovativi e sperimentali.

Ai sensi dell'art. 55, comma 3, del Codice del Terzo settore, le amministrazioni pubbliche possono ricorrere all'ausilio degli enti del Terzo settore per definire specifici progetti di servizio o di intervento finalizzati a soddisfare dei bisogni definiti.

L'ANAC, con la delibera n. 32 del 20 gennaio 2016, precisa che la co-progettazione non è una modalità di affidamento di servizi strutturati nel tempo e la titolarità delle scelte deve rimanere in capo alla pubblica amministrazione.

La co-progettazione può avvenire in deroga alle disposizioni previste dal Codice dei contratti pubblici sostanziandosi in un accordo procedimentale di collaborazione tra la stazione appaltante e un soggetto del Terzo settore che ha per oggetto la definizione di progetti innovativi e sperimentali.

La scelta di una procedura alternativa a quelle previste dal Codice dei contratti pubblici non significa farlo a discapito dei principi dell'evidenza pubblica.

L'ANAC nelle linee guida in approvazione recanti "indicazioni in materia di affidamenti di servizi sociali" precisa che la scelta deve avvenire mediante procedure comparative nel rispetto dei principi di imparzialità, pubblicità, trasparenza, partecipazione e sostegno dell'impegno privato nella funzione sociale.

L'Autorità ha suggerito un percorso di co-progettazione che si articola nelle seguenti fasi:

- pubblicazione di un avviso di interesse con cui si rende nota la volontà da parte della pubblica amministrazione di procedere alla co-progettazione. Nell'avviso sono indicati un progetto, i criteri e le modalità che saranno utilizzati per l'individuazione del progetto o dei progetti definitivi;
- individuazione del soggetto o sei soggetti partner;
- avvio dell'attività di co-progettazione, con la possibilità di apportare variazioni al progetto presentato per la selezione degli offerenti;
- stipula della convenzione.

8. Il sistema di accreditamento dei servizi socio-sanitari in Emilia Romagna.

Il percorso di accreditamento dei servizi socio-sanitari in Emilia Romagna è stato definito con la DGR n. 514/2009 “Primo provvedimento della Giunta regionale attuativo dell’art. 23 della l.r. 4/2008 in materia di accreditamento dei servizi sociosanitari”, definendo cinque tipologie di servizi da accreditare: casa residenza per anziani non autosufficienti, centro diurno per anziani non autosufficienti, assistenza domiciliare, centro diurno socio-riabilitativo per disabili e centro residenziale socio-riabilitativo per disabili.

In attuazione della normativa regionale vigente (articolo 38 della l.r. 2/2003, Deliberazione della Giunta regionale n. 772/2007, articolo 23 della l.r. 4/2008, Deliberazione dell’Assemblea legislativa 175/2008 recante il nuovo Piano Sociale e Sanitario), la Giunta regionale ha adottato i provvedimenti attuativi necessari per definire i criteri, le condizioni e le procedure del sistema di accreditamento dei servizi sociali, socio-assistenziali e socio-sanitari.

Con l’istituto dell’accredimento, in coerenza con il principio fondamentale già espresso dalla legislazione nazionale sullo svolgimento delle attività socio-sanitarie (art. 8-bis del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni), si è cercato di assicurare una maggiore coerenza con il sistema complessivo di regolamentazione e programmazione del sistema integrato di servizi sociali e sanitari, fatto proprio dalla legge regionale n. 2 del 2003.

Il modello di accreditamento si inserisce nel quadro della legge regionale n. 2 del 2003, con la finalità di garantire che l’erogazione dei servizi fornisca adeguate risposte, sia dal punto di vista qualitativo che sotto il profilo quantitativo, ai bisogni della popolazione.

Lo strumento dell’accredimento non è riconducibile allo schema dell’appalto di servizi e consiste invece in un provvedimento amministrativo discrezionale che l’amministrazione competente adotta al termine di un procedimento valutativo da effettuarsi in coerenza con le decisioni adottate in sede di programmazione e alle logiche ed ai requisiti di qualità dei servizi erogati.

L’accredimento è infatti finalizzato ad individuare i servizi e le strutture necessari per la copertura del fabbisogno espresso nella programmazione territoriale e consente, a seguito dell’espletamento di procedure nelle quali dovranno essere dimostrati da parte dei soggetti gestori i requisiti di qualità nella conduzione e nell’erogazione del servizio, l’instaurazione dei rapporti di servizio pubblico tra i soggetti titolari della committenza dei servizi socio-sanitari ed i soggetti gestori/erogatori di tali servizi, le cui relazioni vengono disciplinate attraverso un apposito contratto di servizio.

Pertanto la programmazione territoriale è il presupposto dell’accredimento e ne condiziona le procedure di rilascio e lo svolgimento delle attività conseguenti.

Alla programmazione territoriale, ed agli Organismi competenti ad assumerla, spetta esercitare un ruolo particolarmente forte ed incisivo capace di guidare lo svolgimento e l’applicazione

dell'accreditamento, indicando il fabbisogno di servizi, l'offerta necessaria, i criteri con i quali assicurare la riorganizzazione dei servizi, gli eventuali profili aggiuntivi di selezione dei servizi da accreditare, gli ulteriori canoni di valutazione dei soggetti gestori, la regolamentazione dei contratti di servizio.

Per le sue stesse caratteristiche che ne consentono il rilascio, l'accreditamento costituisce un percorso a carattere dinamico e temporalmente delimitato, che deve prevedere valutazioni periodiche sia in ordine alla qualità degli interventi erogati sia relativamente alla loro effettiva necessità in relazione al mutare dei fabbisogni e della domanda degli interventi socio-sanitari.

La permanenza in essere dell'accreditamento è legata pertanto alle esigenze individuate dalla programmazione ed alla verifica sul mantenimento dei requisiti e delle condizioni individuate nel medesimo provvedimento di accreditamento e dal contratto di servizio. L'accreditamento, quale modulo che consente l'incardinamento del servizio e/o della struttura nei servizi pubblici di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie, si applica ai servizi di volta in volta individuati nei provvedimenti regionali di attuazione dell'art. 38 della l.r. 2/2003 e dell'art. 23 della l.r. 4/2008, che vengono adottati nel rispetto dei parametri individuati nella medesima legislazione regionale.

Pertanto, le procedure ed i requisiti dell'accreditamento si rivolgono unicamente a quella gamma di servizi socio-sanitari caratterizzati, ai sensi dell'articolo 38 della l.r. 2/2003, da un finanziamento pubblico prevalente, da scopi solidaristici, da bisogni di cura, e da adeguatezza, flessibilità e personalizzazione degli interventi la cui regolamentazione è rimessa, per i profili organizzativi e gestionali, alla competenza normativa regionale.

Le procedure di accreditamento, come previsto dalla legge regionale 2/2003, si attengono ai principi di pubblicità, trasparenza, non discriminazione, proporzionalità, ovvero quei criteri che – fatti propri dall'ordinamento europeo e da quello nazionale – si impongono ad ogni scelta del legislatore e dell'amministrazione regionale e locale quando provvedano a regolamentare e ad adottare provvedimenti che abilitino all'erogazione di servizi per conto della pubblica amministrazione.

Come previsto dalla Deliberazione della Giunta regionale n. 772/2007, l'applicazione delle procedure di accreditamento fa salva peraltro la possibilità di accreditare un numero di servizi superiore al fabbisogno.

Ciò vale, ad esempio, per l'assistenza domiciliare, al fine di agevolare il pluralismo dell'offerta dei servizi, di favorire un equilibrato livello di competizione degli stessi e di tutelare gli interessi dell'utenza. In tali casi, nel contratto di servizio dovranno essere posti limiti e modalità di remunerazione coerenti con le risorse disponibili.

La disciplina dell'accreditamento e dei relativi requisiti è stata stabilita in maniera uniforme dal livello regionale. In sede di contratto di servizio possono invece essere definiti ulteriori requisiti e

livelli di qualità, a condizione che tale scelta non costituisca in alcun modo fattore di esclusione diretta o indiretta all'accesso al servizio da parte dell'utente; sia condivisa in ambito distrettuale, perseguendo l'obiettivo di una tendenziale omogeneità in tale ambito; la remunerazione aggiuntiva rispetto al sistema di tariffe definito a livello regionale sia congrua e non ricada in alcun modo sul Fondo regionale per la non autosufficienza (FRNA).

Il provvedimento di accreditamento dei servizi socio-sanitari ha le caratteristiche dell'atto concessorio, poiché la pubblica amministrazione, conservando la titolarità del servizio, trasferisce al soggetto gestore concessionario (erogatore pubblico o privato) che assume e svolge l'esercizio del servizio pubblico la funzione di erogare in proprio un pubblico servizio che viene svolto in nome e per conto della pubblica amministrazione.

A livello regionale si rileva un quadro variegato per quanto riguarda gli affidamenti per inserimenti in strutture residenziali e/o semiresidenziali di utenti psichiatrici e minori. Non essendo definito un percorso regionale di accreditamento, le pubbliche amministrazioni hanno istituito degli elenchi di soggetti gestori qualificati, a seguito avvisi pubblici definendo un "accreditamento libero e locale". L'istituzione di elenchi di soggetti gestori qualificati costituisce un elemento di qualificazione e garanzia anche rispetto al possesso dei requisiti e vincoli previsti dalle norme vigenti in materia di autorizzazione al funzionamento.

9. Osservazioni conclusive.

Il tema degli affidamenti nell'area dei servizi socio-assistenziali è connotato dalla coesistenza di una pluralità di fonti normative, che ha evidenziato l'assenza di coordinamento tra il Codice degli appalti e il Codice del Terzo settore.

Il quadro legislativo nazionale si è nel tempo sovrapposto a quello delineato dalle Regioni che negli anni, facendo leva sulla loro potestà legislativa nel settore in esame, hanno disciplinato in modo elastico il sistema degli affidamenti.

La Corte di Giustizia, nella contrapposizione tra concorrenza e solidarietà, ha giustificato l'affidamento diretto quando esso sia "obiettivamente motivato dall'applicazione dei principi di universalità, solidarietà, efficienza economica e adeguatezza", nonché dai principi costituzionali e dalla normativa interna a sostegno del volontariato.

L'ANAC, nel comunicato del 14 settembre 2016, evidenzia che "la disciplina speciale dei servizi sociali consente l'erogazione dei servizi alla persona mediante diversi strumenti che consentono di

operare in una ottica di apertura alla concorrenza e di favor participationis, assicurando il pieno soddisfacimento dell'interesse sociale perseguito”.

In tale quadro l'ANAC, con la delibera n. 32 del 30 gennaio 2016, ha fornito indicazioni volte ad assicurare l'affidabilità morale e professionale degli operatori, il rispetto dei principi di pubblicità, trasparenza, la qualità delle prestazioni e la migliore soddisfazione dei bisogni dell'utenza.

BIBLIOGRAFIA

A. ALBANESE, Diritto all'assistenza e servizi sociali, Milano, 2007

A. ALBANESE, Le convenzioni fra Enti Pubblici, organizzazioni di volontariato e associazioni di promozione sociale nel Codice del Terzo settore. Il confronto con il diritto europeo, in Non Profit, 3/2017

C. BOTTARI, Profili innovativi del Sistema Sanitario, Torino, Giappichelli, 2018

M. BRUND, M. MOSCHETTI e E. PIZZARDI, La coprogettazione sociale. Esperienze, metodologie e riferimenti normativi, Trento, Erickson, 2016

G. CILIONE, Diritto Sanitario, Maggioli Editore, 2012

P. DE ANGELIS, L'affidamento dei servizi sanitari e socio – sanitari: tra esigenze specifiche e vincoli normativi, Bologna 2013

M.V. FERRONI, L'affidamento agli Enti del Terzo Settore ed il codice dei contratti pubblici, in Nomos, 2018, 2, pp 1-28

L. GALLO, P. MORO, Gli appalti di servizi sociali e l'affidamento alle cooperative sociali di inserimento lavorativo, Maggioli Editore, 2018

A. GUALDANI, Il sistema delle esternalizzazioni nei servizi sociali: antiche questioni e nuove prospettive, in Federalismi.it, 2018, 12, pp 2-30.

F. PESARESI, L'Istituto dell'accreditamento: quadro comparativo regionale, in Prospettive sociali e sanitarie, n. 16-17 del 2010

SITOGRAFIA

Dal sito ANAC: <http://www.anticorruzione.it/>

Delibera n° 32 del 20/01/2016: “Determinazione Linee guida per l’affidamento di servizi a Enti del Terzo Settore e alle Cooperative Sociali”

Comunicato ANAC del 14/09/2016: “Indicazioni operative alle stazioni appaltanti e agli operatori economici in materia di affidamento di servizi sociali”

Delibera n° 966 del 14/09/2016: “Richiesta di parere sulla normativa – sistema di accreditamento e convenzionamento per le prestazioni di accoglienza residenziale per i minori. Comune di Napoli”.

Delibera n° 911 del 31/08/2016: “Chiarimenti in merito all’applicazione dell’art. 37 del Codice - richiesta di parere”

Dal sito della Regione Emilia Romagna:

<http://servizissir.regione.emiliaromagna.it/deliberegiunta> sono state consultate:

DGR 772/2007: “Approvazione dei criteri, delle linee guida e dell'elenco dei servizi per l'attivazione del processo di accreditamento in ambito sociale e sociosanitario. Primo provvedimento attuativo Art. 38 L.R. 2/03 e s.m.i.”

DGR 514/2009: “Primo provvedimento della Giunta regionale attuativo dell'art. 23 della L.R. 4/08 in materia di accreditamento dei servizi sociosanitari”

Deliberazione Assemblea legislativa 175/2008 recante il nuovo Piano Sociale e Sanitario.

LEGISLAZIONE

L. 106/2016: “Delega al Governo per la riforma del Terzo settore, dell'impresa sociale e per la disciplina del servizio civile universale”

L. 328/2000: "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"

L. 833/1978: “Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale”

D.lgs 229/1999: “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”

Direttiva 2014/24/UE del 26/02/2014: “Direttiva 2014/24/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 26 febbraio 2014 sugli appalti pubblici e che abroga la Direttiva 2004/18/CE”

D.lgs 117/2017: “Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106”

D.P.C.M. 30 marzo 2001 “Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona ai sensi dell'art. 5 della legge 8 novembre 2000, n. 328”

D.lgs 50/2016: “Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture”

L. 241/1990: “Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi”

D.lgs 112/1998: “Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59”

D.lgs 517/1993: “Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”

L. 724/1994: “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica”

D.P.R. n° 37/1997: “Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”

L.R. 2/2003: “Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”

L.R. 4/2008: “Disciplina degli accertamenti della disabilità - ulteriori misure di semplificazione ed altre disposizioni in materia sanitaria e sociale”

I CONTROLLI SULLA REGOLARITÀ DEGLI APPALTI IN SANITÀ, IL RUOLO DI ANAC

Daniele Pizzo

SOMMARIO: **1.** Istituzione dell'ANAC, attribuzioni, competenze e composizione dell'Autorità. – **2.** L'ANAC, a seguito dell'intervento del Codice degli Appalti. – **3.** L'attività di vigilanza dell'ANAC in materia di contratti pubblici. – **4.** Il sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti. – **5.** I Protocolli di intesa tra ANAC e il Ministero della Salute e AGENAS.

1. Istituzione dell'ANAC, attribuzioni, competenze e composizione dell'Autorità.

L'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) ha un percorso storico molto travagliato, contraddistinto da continui interventi normativi e, a partire dal D.L. n. 90 del 2014 (poi convertito con legge n. 114 del 2014), ha assunto la fisionomia dell'Autorità amministrativa indipendente.

Ripercorrendo le tappe evolutive dell'Autorità si rileva che con D.P.R. 6 ottobre 2004, n. 258 fu istituito un Alto Commissario per la prevenzione e il contrasto della corruzione e delle altre forme di illecito nella P.A., con attribuzioni di funzioni, limitate alla conoscenza, all'analisi e al monitoraggio di procedure contrattuali e di spesa. L'istituzione dell'Alto Commissario per la lotta alla corruzione trae origine dall'adempimento di specifici obblighi internazionali sottoscritti dallo Stato italiano con il Consiglio d'Europa, con l'ONU e con l'OCSE.

Le prerogative rimesse a questo organismo consistevano nella possibilità di disporre analisi conoscitive, di elaborazione dei relativi dati e nel monitoraggio di procedure contrattuali e di spesa. In capo all'Alto Commissario non erano attribuite funzioni regolatorie e sanzionatorie, avendo così soltanto la possibilità di denunciare all'Autorità giudiziaria e alla Corte dei Conti eventuali condotte illecite rilevate.

In seguito venne soppressa la figura dell'Alto Commissario e con il d.P.C.M. 5 agosto 2008 fu istituito il Servizio anticorruzione e trasparenza del Dipartimento della funzione pubblica (SAET), a cui vennero attribuiti compiti di studio e analisi dei fenomeni corruttivi e delle altre forme di illecito, che dovevano concretizzarsi nella mappatura del fenomeno nella p.a., finalizzati alla predisposizione di una relazione annuale al Parlamento e di un Piano annuale per la trasparenza dell'azione amministrativa.

Il nuovo quadro normativo non colmò, tuttavia, le due principali lacune che avevano determinato il mancato successo della precedente esperienza istituzionale: in primo luogo, l'assenza di autonomia ed indipendenza dagli organi politici, essendo il Servizio anticorruzione istituito presso il Dipartimento della Funzione pubblica nell'ambito del Ministero per la pubblica amministrazione e la semplificazione, e, in secondo luogo, la mancanza di poteri di tipo sanzionatorio, attraverso i quali intervenire in modo efficace nel sistema dei controlli e della vigilanza. Nel 2009 con l'art. 13 del d.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 nasceva la Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche (CIVIT), ne è stata modificata la definizione per tre volte. Avviata l'attività del CIVIT, la stessa risultava carente, tanto in riferimento alle risorse quanto alle attribuzioni funzionali. Come si accennava in precedenza con la L. n. 190/2012 si avviò un percorso che ha condotto alla creazione di un'autorità indipendente vera e propria con funzioni di prevenzione, regolamentazione e sanzione dei fenomeni di corruzione.

Con la legge n. 190/2012 vengono assegnate all'ANAC i compiti della preesistente Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche (CIVIT), ad eccezione di quelle inerenti la misurazione e la valutazione delle performance, di cui agli articoli 7, 8, 9, 10, 12, 13 e 14 del d.lgs. n. 150 del 2009 (Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15 del 2009), e, di lì a poco, quelli già assegnati all'Autorità di vigilanza sui contratti pubblici (AVCP), anch'essa in seguito soppressa e inglobata nell'Autorità Nazionale Anticorruzione (art. 19, I e II co., del d.l. n. 90/2014 conv. con L. n. 114/2014). L'intervento del legislatore era orientato a colmare il deficit di autonomia e indipendenza che aveva contrassegnato i precedenti organismi. L'art. 19 del d.l. n. 90/2014 prevede il trasferimento all'ANAC dei poteri di vigilanza propri dell'AVCP, come definiti dall'art. 6, comma 7, del d.lgs. 12 aprile 2006, n. 163. Si tratta, in particolare, di poteri di vigilanza sull'osservanza della disciplina legislativa e regolamentare vigente e sui contratti di lavori, servizi e forniture; di segnalazione al Governo e al Parlamento di fenomeni particolarmente gravi di inosservanza o di applicazione distorta della normativa; di formulazione di proposte al Governo; di predisposizione della relazione annuale alle Camere; di svolgimento di accertamenti ispettivi, di irrogazione di sanzioni pecuniarie ed interdittive.

L'ANAC sovrintende, inoltre, all'attività dell'Osservatorio dei contratti pubblici e svolge una fondamentale funzione di precontenzioso, consistente nell'esprimere pareri sulle procedure di gara su richiesta delle stazioni appaltanti o di uno o più concorrenti.

La *mission* dell'Autorità si sostanzia nella prevenzione della corruzione nell'ambito delle amministrazioni pubbliche, nelle società partecipate e controllate anche mediante l'attuazione della trasparenza in tutti gli aspetti gestionali, nonché mediante l'attività di vigilanza nell'ambito dei contratti pubblici, degli incarichi e comunque in ogni settore della pubblica amministrazione che

potenzialmente possa sviluppare fenomeni corruttivi, evitando nel contempo di aggravare i procedimenti con ricadute negative sui cittadini e sulle imprese, orientando i comportamenti e le attività degli impiegati pubblici, con interventi in sede consultiva e di regolazione, nonché mediante attività conoscitiva.

Per quanto attiene alla composizione dell’Autorità, i componenti sono scelti «tra esperti di elevata professionalità, anche estranei all’Amministrazione, con comprovate competenze», requisito già richiesto in passato per la nomina dei componenti della CIVIT e, in modo del tutto innovativo rispetto al passato, anche tra soggetti «di notoria indipendenza e comprovata esperienza in materia di contrasto alla corruzione», al fine di rendere il profilo dei candidati il più possibile aderente alle finalità che l’Authority deve perseguire.

La composizione dell’Autorità prevede la presenza del Presidente e del suo Collegio composto da altri quattro membri.

La nomina del Presidente avviene su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione, di concerto con il Ministro della giustizia e il Ministro dell’interno; mentre quella dei componenti avviene su proposta del solo Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione.

L’investitura formale di tutti i componenti avviene poi con decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei Ministri e parere favorevole reso dalle Commissioni parlamentari competenti, espresso a maggioranza dei due terzi dei componenti. Tale procedimento vale a qualificare l’Autorità in esame quale Autorità amministrativa indipendente “tendenzialmente governativa”, espressione utilizzata per distinguere le Autorità nelle quali il Governo, tramite i suoi Ministri, ha il potere di iniziativa quanto alle nomine, rispetto a quelle “tendenzialmente parlamentari”, ove invece la designazione è adottata di intesa dei Presidenti di Camera e Senato.

In questo caso, il potere di nomina da parte del Governo è controbilanciato, per un verso, dal parere vincolante delle Commissioni parlamentari, che rende le stesse compartecipi del potere di investitura dei vertici politici, e, per altro verso, dal decreto del Presidente della Repubblica, al quale si riconosce il potere di non dare corso alla delibera del Consiglio dei Ministri in caso di manifesta illegittimità.

La durata in carico del mandato del Presidente e del Collegio è di sei anni, in modo che l’Autorità e il suo presidente siano svincolati dalle ingerenze di carattere politico.

L’assoluta peculiarità è tuttavia, che, benché l’Autorità sia definita organo collegiale, il presidente di essa ha assunto con il d.l. n. 90 del 2014 posizioni e poteri autonomi.

Il presidente dell’ANAC è stato chiamato a presentare al Presidente del Consiglio dei ministri il piano di riordino dell’Autorità, a formulare proposte per la corretta gestione delle procedure di appalto; a

segnalare, ai fini dell'esercizio del potere sanzionatorio, i casi di violazione degli obblighi di trasparenza e pubblicazione relativi ai componenti.

Nella sua attività ANAC è coadiuvata dalla presenza di un organo ausiliare, che prende il nome di Camera arbitrale.

Attualmente la Camera arbitrale per i contratti pubblici cura la formazione e la tenuta dell'albo degli arbitri e dell'elenco dei periti al fine della nomina dei consulenti d'ufficio nei giudizi arbitrali; redige il codice deontologico degli arbitri camerali; provvede agli adempimenti necessari alla costituzione e al funzionamento del collegio arbitrale nell'ipotesi di mancato accordo tra le parti per la nomina del terzo arbitro, oltre a curare annualmente la rilevazione dei dati emergenti dal contenzioso in materia di lavori pubblici per la successiva trasmissione all'Autorità. Sono organi della Camera arbitrale il Presidente e il Consiglio.

Il Consiglio arbitrale si compone di cinque membri.

Tra le funzioni che vennero inizialmente assegnate ad ANAC, bisogna rammentare i poteri attribuiti collegati alla persecuzione degli illeciti. Infatti, ANAC raccoglie segnalazioni e comunicazioni di illeciti a carattere prevalentemente penale nel settore pubblico, pertanto grava sul pubblico ministero l'obbligo di informare il presidente dell'ANAC ogni volta che eserciti l'azione penale per i delitti contro la P.A.

2. L'ANAC, a seguito dell'intervento del Codice degli Appalti.

Il nuovo Codice degli Appalti colloca l'ANAC in posizione centrale e le attribuisce delicate funzioni normative e decisorie. Il Codice dei contratti pubblici di cui al d.lgs. 18 aprile 2016, n. 50, nasce in attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, anche in riferimento al settore sanitario, in vigore dal 19 aprile 2016.

La centralità del ruolo dell'ANAC si evince, in particolare, dall'art. 213, primo comma, il quale afferma che la vigilanza e il controllo sui contratti pubblici e l'attività di regolazione degli stessi (contratti pubblici) sono attribuiti, all'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC).

Medesimi poteri sono attribuiti anche in materia di inclusione ed esclusione di imprese, da svolgere sulla base di atti che, benché definiti linee guida, pongono anche norme vincolanti assistite da sanzioni, la cui irrogazione è rimessa alla stessa Autorità.

La più importante novità è costituita proprio⁴¹² dall'attribuzione espressa all'ANAC della funzione di regolazione.

Tale funzione si esplica, come previsto dal secondo comma dell'articolo citato, attraverso linee guida, bandi tipo, contratti tipo ed altri strumenti di regolazione flessibile, comunque denominati.

Dal dettato normativo si desume, quindi, che con riferimento a tali atti in primo luogo non è rilevante il *nomen iuris*, bensì la natura sostanziale del provvedimento; in secondo luogo che si tratta di veri e propri strumenti di regolazione, seppur di tipo flessibile, ma non per questo meno vincolanti. Siamo di fronte ad un vero e proprio atto di regolazione, con efficacia conformativa dei comportamenti degli operatori ai quali si rivolge.

Dal punto di vista sostanziale la legge delega riconduce le linee guida e tutti gli altri atti comunque denominati al genere degli atti di indirizzo qualificandoli, al pari del Codice dei Contratti pubblici, come strumenti di regolazione flessibile.

La *ratio* della predetta opzione legislativa si rinviene nella necessità di individuare strumenti di regolazione agilmente modificabili ed adattabili alle mutate esigenze di mercato, svincolati da rigidi formalismi di approvazione, anche in virtù della scelta del Legislatore di non affiancare al nuovo Codice dei contratti pubblici un regolamento di esecuzione ed attuazione.

Tra gli strumenti di soft regulation che hanno suscitato particolare interesse è possibile annoverare le linee guida che la Commissione speciale del Consiglio di Stato ha classificato in tre tipologie: quelle approvate con decreto del Ministero delle infrastrutture e trasporti su proposta dell'Autorità; quelle approvate con delibera dell'ANAC ed aventi efficacia *erga omnes*; quelle prive di carattere vincolante.

Dibattuto, tuttavia, è l'inquadramento dogmatico delle linee guida avente carattere vincolante stante l'evidente contrapposizione tra l'attribuito *nomen iuris*, tradizionalmente proprio di atti il cui rispetto è rimesso all'adesione volontaria, e l'improprio carattere cogente già attribuito dalla lett. t) della legge delega n. 11 del 2016 (Deleghe al Governo per l'attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE, 2014/25/UE). A tal proposito la Commissione speciale del Consiglio di Stato sul Codice degli Appalti in data 1 aprile 2016, n. 855 attribuiva carattere vincolante alle linee guida di cui all'art. 83, comma 2, in materia di sistemi di qualificazione degli esecutori di lavori pubblici; art. 84, comma 2, recante la disciplina degli organismi di attestazione SOA; art. 110, comma 5, lett. b), concernente i requisiti partecipativi in caso di fallimento; art. 197, comma 4, relativo ai requisiti di qualificazione del

⁴¹² M. CHIARELLI, *La soft regulation e il caso delle nuove linee guida ANAC*, in *federalismi.it*, 3/2019.

contraente generale; e gli altri atti innominati aventi il medesimo e comunque riconducibili all'espressione "altri atti di regolamentazione flessibile"⁴¹³.

Il neonato fenomeno delle linee guida ANAC è una novità assoluta per l'ordinamento giuridico italiano, pertanto necessita di essere esaminato più approfonditamente.

Le linee guida ANAC non appaiono di certo riconducibili al soft law in senso stretto. Mentre, infatti, il fenomeno del soft law postula logicamente l'assenza di vincolatività della regola di cui si tratta, il cui rispetto viene sostanzialmente rimesso dall'adesione volontaria, anche per effetto della moral suasion dell'autorità che la emana, le linee guida, al contrario, sono state pensate e previste, perlomeno in larga misura, come idonee a costituire diritti e obblighi in capo ai destinatari, tanto da sostituire le disposizioni sicuramente regolamentari contestualmente abrogate.

Nel Codice degli Appalti è stato assegnato all'ANAC, per mezzo dello strumento delle linee guida, proprio perché più agile del regolamento, un compito strategico ed essenziale nella definizione della disciplina normativa secondaria.

È stata riservata alle linee guida la disciplina di aspetti determinanti del regime normativo delle procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici, sicché si necessita una loro qualificazione giuridica alla quale consegue l'identificazione del modello al quale devono essere ascritte.⁴¹⁴

Di seguito un *focus* sulle tipologie di linee guida contemplate dal Codice degli Appalti, sia in riferimento ai contenuti, sia rispetto all'autorità emanante, sia, ancora, per quanto concerne la procedura formale prescritta per la loro adozione.

Sono presenti nel Codice degli Appalti, come si diceva in precedenza, tre diversi modelli di linee guida: a) quelle approvate con decreto ministeriale, b) quelle vincolanti adottate dall'ANAC e c) quelle non vincolanti, sempre adottate dall'ANAC.

Per quanto attiene alle linee guida ministeriali, queste vengono adottate su proposta di ANAC e sono da considerarsi un vero e proprio atto normativo di natura regolamentare.

Mentre le linee guida non vincolanti sono inquadrabili come ordinari atti amministrativi, le linee guida a carattere vincolante dell'ANAC sono, invece, quelle previste da disposizioni del Codice che hanno un contenuto specifico.

Alle stesse non può riconoscersi una pari natura normativa, in quanto non in linea con il sistema delle fonti italiane.

⁴¹³ R. CALZONI, *L'Autorità nazionale anticorruzione e funzioni di vigilanza collaborativa*, in *federalismi.it*, 23/2016.

⁴¹⁴ M. CHIARELLI, *La soft regulation e il caso delle nuove linee guida ANAC*, in *federalismi.it*, 3/2019.

Data la valenza di carattere generale dei provvedimenti in questione, nonché la natura del soggetto emanante, la quale si configura a tutti gli effetti come Autorità indipendente, con funzioni (anche) di regolazione, le linee guida dell'ANAC dovrebbero ricondursi agli atti di regolazione delle Autorità indipendenti, che non sono regolamenti in senso proprio, ma atti amministrativi generali e, appunto, di regolazione.

Il Consiglio di Stato nel parere n. 1767 del 2016 ha considerato le linee guida non vincolanti come atti amministrativi generali con consequenziale applicazione dello statuto del provvedimento amministrativo, affermando che l'amministrazione può disattendere l'osservanza delle linee guida adottando un atto che contenga un'adequata e puntuale motivazione.

Le linee guida non vincolanti sono quelle mediante le quali l'ANAC fornisce ai soggetti interessati indicazioni sul corretto modo di adempiere agli obblighi previsti dalla normativa e sull'adempimento dei quali ha poteri di vigilanza, indicazioni che costituiranno parametro di valutazione per l'esercizio di tali poteri e l'adozione dei provvedimenti conseguenti.

La violazione delle linee guida può essere considerata, in sede giurisdizionale, come elemento indicativo dell'eccesso di potere, sulla falsariga dell'elaborazione che si è avuta con riguardo alla violazione delle circolari.

Il Consiglio di Stato, nel parere n. 855 del 1 aprile 2016, riconferma gli effetti vincolanti ed *erga omnes* di tali atti dell'ANAC, come disposto dalla delega, che, come si è detto, parla di “strumenti di regolamentazione flessibile, anche dotati di efficacia vincolante”. Ciò viene confermato in dottrina, in riferimento a quanto accaduto nel settore degli appalti, dove ANAC ha assunto diverse decisioni volte ad ampliare la sfera di applicazione del regime vincolistico, sia sotto il profilo soggettivo, con riferimento alla individuazione della platea degli enti di diritto pubblico soggetti alle procedure di evidenza pubblica, sia sotto il profilo oggettivo, con riferimento alla sostanziale inclusione nel campo di applicazione delle predette procedure anche di settori esclusi dalle conferenti fonti europee (le direttive appalti).

3. L'attività di vigilanza dell'ANAC in materia di contratti pubblici.

Tra le varie funzioni assegnate ad ANAC dal nuovo Codice degli Appalti, deve essere sicuramente menzionata l'attività di vigilanza collaborativa introdotta, inizialmente, dall'art. 4 del regolamento in materia di attività vigilanza e di accertamenti ispettivi ed ora disciplinato a livello legislativo dall'art. 213, comma 3, lett. h), d.lgs. n. 50/2016.

L'Autorità nazionale anticorruzione prosegue nell'esercizio dell'attività di controllo sui contratti pubblici, anche di interesse regionale, di lavori servizi e forniture, nei settori ordinari e nei settori

speciali e sui contratti segreti o esigono particolari misure di sicurezza ai sensi dell'art. 1, c. 2, lettera f-bis), della l. n. 190 del 2012, nonché sui contratti esclusi dall'ambito di applicazione del Codice.

Con riferimento ai predetti poteri, ANAC non è solo competente a vigilare sul divieto di affidamento dei contratti attraverso procedure diverse da quelle ordinarie ma è altresì tenuta a vagliare la corretta applicazione della disciplina derogatoria prevista per i casi di grande urgenza e di protezione civile. Il controllo, oltre che sulla regolarità delle procedure di affidamento, è poi esteso anche alla fase esecutiva del contratto pubblico dovendo l'Autorità sorvegliare affinché sia assicurata l'economicità dell'operazione accertando che dalla stessa non derivi pregiudizio per le finanze pubbliche.

L'istituto della vigilanza collaborativa, l'art. 213, comma 3, d.lgs. n. 50 del 2016, ha confermato la competenza di ANAC a prestare attività di supporto nella predisposizione degli atti di gara e nella gestione dell'intera procedura a favore delle stazioni appaltanti.

Tale forma di vigilanza, da realizzarsi tramite la stipulazione di protocolli di azione, riconosce alle stazioni appaltanti la possibilità di richiedere ad ANAC un supporto qualificato nella predisposizione degli atti di gara e nell'attività di gestione dell'intera procedura.

A differenza delle forme di vigilanza tradizionali, la vigilanza collaborativa consente all'Autorità nazionale anticorruzione non solo di censurare *ex post* comportamenti illeciti, ma anche di prevenire *ex ante* criticità, valutando, antecedentemente alla loro formale adozione, la conformità degli atti alle prescrizioni legislative con benefici in termini di correttezza e trasparenza dell'azione amministrativa e deflazione del contenzioso.

L'art. 213 del Codice dei contratti pubblici circoscrive l'applicabilità dell'istituto ai soli "affidamenti di particolare interesse".

Per ciò che attiene all'ambito oggettivo di applicazione della vigilanza collaborativa, l'Autorità nazionale anticorruzione ha subordinato l'applicabilità dell'istituto alle previsioni di cui all'art. 4, comma 2, lett. da a) a d), del "Regolamento in materia di attività di vigilanza e di accertamenti ispettivi". Più nello specifico, alla lett. a), riconosce alle stazioni appaltanti la possibilità di avvalersi del supporto dell'Autorità in occasione di programmi straordinari di interventi di appalto di lavori, servizi e forniture circoscritti a grandi eventi, da valutarsi con riferimento alla dimensione socio-economica, di carattere sportivo, religioso, culturale ovvero in caso di calamità naturali.

La lett. b), invece, fa dipendere l'operatività dell'istituto dalla sussistenza di programmi di interventi da realizzarsi mediante finanziamenti coperti da fondi comunitari che si presumono di elevato importo, normalmente destinati ad opere o lavori pubblici di particolare rilevanza.

La terza ipotesi di cui alla lett. c), inoltre, richiede la presenza di procedure di affidamento di contratti di lavori, servizi e forniture di notevole rilevanza economica e/o di impatto sull'intero territorio nazionale nonché ad interventi di realizzazione di grandi infrastrutture strategiche.

La lett. d), infine, vincola l'intervento dell'Autorità qualora si renda necessario promuovere procedure di approvvigionamento di beni e servizi da parte di centrali di committenza o da altri soggetti aggregatori come da art. 5, comma 9, d.lgs. n. 50 del 2016.

Con riferimento all'ambito soggettivo di applicazione dell'istituto della vigilanza collaborativa, stante la genericità dell'espressione utilizzata dal Legislatore, la definizione è demandata all'art. 3, comma 1, lett. o), del d.lgs. n. 50 del 2016 in virtù del quale sono considerate "stazioni appaltanti" le amministrazioni aggiudicatrici di cui alla lett. a), gli enti aggiudicatori di cui alla lett. e), i soggetti aggiudicatori di cui alla lett. f) e gli altri soggetti aggiudicatori di cui alla lett. g) dello stesso articolo ed alle quali si rinvia.

A differenza degli strumenti tipici di controllo, l'attività di vigilanza collaborativa non è azionabile d'ufficio bensì unicamente su impulso delle stazioni appaltanti le cui istanze saranno preliminarmente sottoposte al vaglio del Consiglio dell'Autorità per l'approvazione.

Sarà di competenza dell'ufficio incaricato la predisposizione di un protocollo di azione, c.d. protocollo di vigilanza collaborativa, a cui sarà demandata la definizione della procedura di vigilanza. Come veniva precedentemente accennato, l'articolo 213 del Codice dei contratti pubblici subordina lo svolgimento dell'attività di vigilanza collaborativa alla previa stipulazione di protocolli di azione. Ogni protocollo d'azione elencherà i documenti da sottoporre a verifica preventiva riconoscendo all'Autorità la facoltà di richiedere ogni ulteriore documentazione ritenuta utile ai fini del corretto svolgimento dell'attività collaborativa, tanto nella fase di affidamento quanto in quella di esecuzione contrattuale.

Nel protocollo sarà inoltre definita la durata della collaborazione che, tendenzialmente, coinciderà, nella fase endo-procedimentale, con l'aggiudicazione provvisoria o definitiva, mentre nella fase esecutiva, con la durata dell'appalto, salvo la possibilità di ogni motivata proroga.

Inoltre la possibilità di estendere la collaborazione a procedure diverse da quelle specificate è, infine, prevista in diversi protocolli di vigilanza collaborativa a condizione che sia accertato un elevato rischio corruttivo e/o gravi e comprovate esigenze.

La definizione della procedura funzionale allo svolgimento dell'attività di vigilanza collaborativa costituisce parte integrante e sostanziale del protocollo di azione.

Questa procedura porrà a carico delle stazioni appaltanti il dovere di trasmettere all'Autorità gli atti di gara connessi alle procedure o ai contratti sottoposti a vigilanza collaborativa.

Dopo aver analizzato i predetti atti, ANAC comunicherà alle stazioni appaltanti il proprio motivato parere, segnalando eventuali irregolarità rispetto alla normativa di settore o suggerendo l'inserimento di clausole e condizioni idonee a prevenire tentativi di infiltrazione criminale.

Le stazioni appaltanti, ricevute le indicazioni, potranno conformarsi agli indirizzi impartiti dall'Autorità ovvero discostarsene in maniera motivata, trasmettendo le proprie controdeduzioni ed assumendo gli atti sotto la propria responsabilità.

Tali pareri vengono espressi nell'esercizio di un'attività consultiva a carattere non vincolante per il destinatario ma comunque utili ad orientare i destinatari nelle loro scelte operative.

4. Il sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti.

Il nuovo Codice degli Appalti sembra muoversi in due principali direzioni: da un lato mira a qualificare le imprese partecipanti ai processi di acquisti pubblici stabilendo una serie di requisiti funzionali e qualitativi per gli aspiranti fornitori, dall'altro rivolge la sua attenzione alla qualificazione delle amministrazioni pubbliche, in particolar modo di quelle delle stazioni appaltanti, attraverso un sistema a geometria variabile delineato dagli articoli stessi del codice e volto ad aumentare le competenze e l'efficienza organizzativa dello Stato compratore.

L'articolo 1 della legge delega delineava come obiettivi la razionalizzazione della spesa, la centralizzazione ed efficientamento degli acquisti pubblici e la qualificazione delle stazioni appaltanti come mezzo per trasporre e realizzare a livello organizzativo i primi due obiettivi.

In particolare facendo riferimento alla qualificazione delle stazioni appaltanti, l'art. 1 l. n. 11/2016 lett. dd) stabilisce che deve essere perseguito l'obiettivo del contenimento dei tempi e della piena verificabilità dei flussi finanziari anche attraverso la previsione dell'obbligo per le stazioni appaltanti di pubblicare nel proprio sito internet il resoconto finanziario al termine dell'esecuzione del contratto, nonché attraverso adeguate forme di centralizzazione delle committenze e di riduzione del numero delle stazioni appaltanti, effettuate sulla base del sistema di qualificazione di cui alla lettera bb), con possibilità, a seconda del grado di qualificazione conseguito, di gestire contratti di maggiore complessità, salvaguardando l'esigenza di garantire la suddivisione in lotti nel rispetto della normativa dell'Unione europea, e si rimanda al capitolo di Giulia Bertolissi.

Si tratta di obiettivi diversi rispetto a quelli, maggiormente specifici poiché finalizzati su strumenti e modelli per il disegno delle gare d'appalto, che erano alla base dell'istituzione del sistema Consip per la centralizzazione degli acquisti.

Gli obiettivi del nuovo Codice costituiscono, seppur esplicitati ben sedici anni dopo l'avvio del processo di centralizzazione, le necessarie premesse a monte, gli obiettivi di ampio raggio e di

raccordo con la legislazione europea, che il processo di centralizzazione degli acquisti e della modernizzazione del sistema di *procurement* che Consip ha progressivamente cercato di realizzare dalla sua fondazione, e per questo si rimanda al capitolo di Elisa Palermo.

Il concetto di aggregazione e centralizzazione delle committenze è stato disciplinato in stretta relazione con l'altro fondamentale concetto di qualificazione delle stazioni appaltanti, da parte del d.lgs. 50/2016.

Infatti, il nuovo Codice protende verso la riduzione delle stazioni appaltanti, ma con standard qualitativi, di efficienza e professionalizzazione più elevati.

Dall'aprile 2016, con il varo del nuovo Codice degli Appalti, le stazioni appaltanti ex art. 37, comma 1, del nuovo Codice hanno la possibilità di procedere direttamente e autonomamente all'acquisizione di forniture e servizi di importo inferiore a euro 40.000 e di lavori di importo inferiore a euro 150.000. Per acquisti di importo superiore è necessaria la qualificazione di cui all'art. 38 e si procede mediante utilizzo autonomo degli strumenti telematici di negoziazione, mentre ove la stazione appaltante non sia qualificata deve ricorrere ad una centrale di committenza ovvero ad un'aggregazione con una o più stazioni appaltanti aventi la necessaria qualifica.

L'articolo 37 del nuovo Codice chiarisce, in termini di aggregazione e centralizzazione degli appalti, quale sia il limite posto all'autonomia di gestione delle singole stazioni appaltanti, mentre l'articolo 38 disciplina il sistema di qualificazione delle stesse.

Come si diceva, l'obiettivo a cui mira il d.lgs. 50/2016 è la razionalizzazione delle procedure di spesa attraverso l'applicazione di criteri di qualità, efficienza, professionalizzazione delle stazioni appaltanti, prevedendo l'introduzione di un apposito sistema, gestito dall'ANAC, di qualificazione delle medesime stazioni appaltanti, teso a valutarne l'effettiva capacità tecnica e organizzativa, sulla base di parametri obiettivi.

Il nuovo sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti si configura come un sistema multilivello che instaura un processo di professionalizzazione delle stazioni appaltanti rimesso alla responsabilità diretta dell'amministrazione. Un processo che deve coinvolgere la singola stazione appaltante e l'amministrazione di appartenenza e, più in generale, l'intero sistema amministrativo, comprese le autorità indipendenti tra cui, con riferimento al settore dei contratti pubblici, spicca il ruolo dell'ANAC.

Infatti, l'Autorità nazionale anticorruzione, si occupa di curare la definizione delle modalità attuative, oltre a gestire la procedura di qualificazione delle stazioni appaltanti (art. 38).

In questo processo costituirà e gestirà un apposito elenco, così come avviene per il sistema di qualificazione degli operatori economici. A fianco alle funzioni, già assunte, in materia di vigilanza

e controllo sull'acquisizione di beni, servizi e lavori e di anticorruzione, svolgerà anche vere e proprie funzioni regolatorie.

Il trionfo dell'intera operazione di qualificazione dipenderà, infatti, molto da come gli enti locali, le regioni e gli enti del sistema sanitario nazionale attueranno la normativa.

Ogni singola stazione appaltante acquista l'abilitazione per un termine della durata di cinque anni, il che prescrive un processo d'istituzionalizzazione della valutazione da parte dell'ANAC circa la qualificazione della stazione appaltante stessa.

È, così, contemplata la possibilità di cambiamenti della qualificazione attestata da parte di ANAC anche nel corso dei cinque anni prescritti, nel senso che la stazione appaltante potrebbe passare a un livello di qualificazione superiore o invece inferiore, fino alla possibile revoca stessa della qualificazione, in esito a verifiche, anche a campione, poste in essere dall'ANAC nell'esercizio del suo ruolo di vigilanza, o su istanza della stazione appaltante interessata.

Il sistema di qualificazione adottato si caratterizza per il carattere dinamico del processo di accreditamento, corrispondente ad un'attività continuativa di automonitoraggio dei risultati conseguiti e di autocorrezione da parte della stazione appaltante, nonché di valutazione da parte dell'ANAC.

La competenza della gestione del sistema conferita dal Codice ad ANAC va letta alla luce dell'importante ruolo già attribuito a tale Autorità nel settore degli appalti pubblici e dei contratti di concessione, i cui compiti sono “di promozione dell'efficienza, di sostegno allo sviluppo delle migliori pratiche, di facilitazione allo scambio di informazioni tra stazioni appaltanti e di vigilanza nel settore [...] comprendenti anche poteri di controllo, raccomandazione, intervento cautelare, di deterrenza e sanzionatorio, nonché di adozione di atti di indirizzo quali linee guida, bandi-tipo, contratti-tipo ed altri strumenti di regolazione flessibile, anche dotati di efficacia vincolante [. . .]”. Così all'articolo 1, comma 1, lett. bb), e lett. t), l. 11/2016.

Il Codice conferisce espressamente il potere all'ANAC, che tiene e gestisce l'elenco e ne assicura la pubblicità, di assegnare alle stazioni appaltanti un termine congruo per dotarsi dei requisiti necessari alla qualificazione, nel corso del quale le stazioni vengono “ammesse con riserva”, come pure di stabilire i casi in cui può essere disposta la qualificazione con riserva, finalizzata a consentire alla stazione appaltante e alla centrale di committenza, anche per le attività ausiliarie, di acquisire la capacità tecnica ed organizzativa richiesta.

Contrariamente l'ANAC non rilascia il Codice Identificativo di Gara (CIG) alle stazioni appaltanti che procedono all'acquisizione di beni, servizi o lavori non rientranti nella qualificazione conseguita come stabilisce l'articolo 38, comma 8, del Codice.

Inoltre, esercita poteri di vigilanza e controllo, con la facoltà di porre in essere ispezioni a campione che possono portare fino alla revoca della qualificazione conseguita.

I controlli riguardano anche l'attuazione da parte delle stazioni appaltanti di misure di prevenzione dei rischi di corruzione.

L'articolo 213, comma 3, lett. f) prevede che l'ANAC "vigili sul sistema di qualificazione degli esecutori dei contratti pubblici di lavori ed eserciti i correlati poteri sanzionatori" e il comma 5 "nell'ambito dello svolgimento della propria attività, l'Autorità può disporre ispezioni, anche su richiesta motivata di chiunque ne abbia interesse, avvalendosi eventualmente della collaborazione di altri organi dello Stato nonché dell'ausilio del Corpo della Guardia di Finanza, che esegue le verifiche e gli accertamenti richiesti agendo con i poteri di indagine adesso attribuiti ai fini degli accertamenti relativi all'imposta sul valore aggiunto e alle imposte sui redditi."

Inoltre, ad ANAC è attribuita la competenza per l'individuazione dei criteri riguardanti la premialità delle stazioni appaltanti, ai fini della destinazione dell'apposito fondo. L'effettiva dotazione del fondo, nel processo di implementazione del Codice, risulta importante al fine dell'effettivo funzionamento del sistema premiale. Inoltre, la valutazione positiva della stazione appaltante viene comunicata dall'ANAC all'amministrazione di appartenenza perché ne tenga conto in sede di valutazione della performance organizzativa e gestionale dei dipendenti interessati.

L'articolo 38, comma 9 prevede che una quota parte delle risorse del fondo di cui all'articolo 213, comma 14, attribuite alla stazione appaltante, è destinata dall'amministrazione di appartenenza della stazione appaltante premiata al fondo per la remunerazione del risultato dei dirigenti e dei dipendenti appartenenti alle unità organizzative competenti per i procedimenti di cui al presente Codice.

Per ciò che attiene ai requisiti per la qualificazione indicati all'art. 38, comma 2, il nuovo Codice degli Appalti li distingue in requisiti di base, obbligatori, e in requisiti premianti, non obbligatori.

Quelli di base attengono a caratteristiche organizzative da realizzare in modo differenziato e crescente in rapporto ai diversi livelli di qualificazione.

Ulteriori requisiti, riguardanti la stabilità e l'ambito territoriale, sono richiesti in aggiunta per le centrali di committenza.

In riferimento ai parametri dettati dal Codice, requisiti di base sono diretti a garantire in capo ad ogni stazione appaltante qualificata: una struttura organizzativa dedicata in modo stabile alle attività di *procurement*, come individuate all'art. 38, comma 3: personale dotato di competenza professionale idonea al corretto ed efficiente svolgimento di tutte tali attività; un sistema di formazione e aggiornamento del personale; un determinato livello di esperienza nella gestione di procedure di gara, sotto il profilo quantitativo e qualitativo; il rispetto dei tempi previsti per i pagamenti di imprese e fornitori, in conformità alla normativa vigente.

Il nuovo Codice, seppur in termini generali, sembra aver assorbito quei principi d'ispirazione manageriale volti a caratterizzare la moderna amministrazione pubblica.

Come indicatori di esperienza in proposito si individuano il numero di gare svolte nel triennio e, rispettivamente, la tipologia, importo e complessità, numero di varianti approvate, scostamento tra gli importi posti a base di gara e consuntivo delle spese sostenute, rispetto dei tempi di esecuzione delle procedure di affidamento, di aggiudicazione e di collaudo.

I parametri relativi ai requisiti premianti, invece, attengono ad aspetti ulteriori rispetto alla soglia dell'obbligatorietà, ma sono anch'essi inerenti ai criteri di qualità, efficienza e professionalizzazione e fondamentali nell'esemplificare l'elevata qualità della specifica stazione appaltante: la valutazione positiva dell'ANAC in merito all'attuazione di misure di prevenzione dei rischi di corruzione e di promozione della legalità; la certificazione di qualità degli uffici e dei procedimenti di gara secondo lo standard UNI EN ISO 900178; la disponibilità di tecnologie telematiche nelle procedure di gara; il livello di soccombenza nel contenzioso; l'applicazione di criteri di sostenibilità ambientale e sociale nell'attività di progettazione e affidamento.

A tal proposito bisogna fare un cenno agli standard UNI EN ISO 900178.

Si tratta di un sistema di gestione delle attività secondo uno standard internazionale (quello cui fa riferimento l'art. 38, comma 4, lett. b), n. 2)), definito dall'International Organization for Standardization (ISO), è lo standard più conosciuto e utilizzato per i sistemi di gestione della qualità nel mondo. È certificato da organismi accreditati per lo specifico scopo ai sensi del regolamento CE 765/2008 del Parlamento europeo e del Consiglio. UNI EN ISO 9001 costituisce il recepimento da parte dell'ente normatore italiano della norma internazionale ISO 9001.

Pertanto, l'obiettivo che intende raggiungere il Codice, con l'attività di supporto svolta da ANAC, è quello di ridurre il numero di stazioni appaltanti, attualmente troppo elevato, e contemporaneamente di professionalizzarle il più possibile, in modo da evitare errori e vizi durante le procedure di gara. Obiettivo che ad oggi non è ancora stato completamente raggiunto.

5. I Protocolli di intesa tra ANAC e il Ministero della salute e AGENAS.

In considerazione dei gravissimi danni provocati dal fenomeno della corruzione in sanità sul piano etico ed economico, tenuto conto che, come ha rilevato la Corte dei Conti, in sanità i fenomeni di corruzione “si intrecciano con sorprendente facilità a veri e propri episodi di malaffare con aspetti di cattiva gestione, talvolta favoriti dalla carenza dei sistemi di controllo” e che “il settore sanitario presenta livelli inaccettabili di inappropriata organizzazione e gestione che vanno ad alimentare

le già negative conseguenze causate dai frequenti episodi di corruzione a danno della collettività” (Corte dei Conti 2012, 265).

In questo contesto la trasparenza e l’integrità costituiscono la condizione principe per la tutela del diritto alla salute, per la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale e per la salvaguardia del rapporto di fiducia del cittadino nei confronti del sistema di welfare.

Pertanto, si è ritenuto che tali attività, a partire dai controlli interni da parte delle stesse aziende e delle Regioni, possano concretamente condurre all’individuazione di inefficienze, nonché di utilizzi impropri di risorse pubbliche che, al contrario, devono essere recuperate per reinvestirle al fine di sostenere l’innovazione farmaceutica e tecnologica, la ricerca scientifica e, più in generale, le migliori e più appropriate possibilità di cure.

Tra i primi interventi volti a regolamentare l’azione amministrativa delle singole aziende sanitarie, in modo che la stessa non sia soggetta a fenomeni corruttivi, vi è il Protocollo di intesa del 5 novembre 2014 tra l’Autorità nazionale anticorruzione e l’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), con il quale le parti si sono impegnate a collaborare con il fine di individuare e sperimentare modelli integrati di controllo interno per la gestione dei rischi collegati al governo delle aziende sanitarie, la cui implementazione è tesa a garantire l’adozione di misure idonee a realizzare processi aziendali corretti, efficaci ed efficienti.

Si ricorda la presenza di un nuovo Protocollo d’intesa del 21 aprile 2016, nel quale le parti si impegnano a porre in essere forme di reciproca collaborazione, al fine di condurre in maniera condivisa e congiunta attività di verifica, controllo e valutazione anche sul campo, avvalendosi dell’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), circa la corretta e completa implementazione da parte delle aziende sanitarie e degli enti assimilati del Servizio Sanitario Nazionale delle raccomandazioni e degli indirizzi per la predisposizione ed attuazione dei Piani di prevenzione della corruzione (PTPC).

All’interno del Protocollo di intesa sono appositamente specificate le modalità di svolgimento dell’attività ispettiva, infatti è prevista l’istituzione di un gruppo di lavoro paritetico, denominato Nucleo operativo di coordinamento (NuOC), composto rispettivamente da tre rappresentanti del Ministero della salute, di ANAC e di AGENAS. Il NuOC svolge funzioni di supporto e propositive nei confronti dell’ANAC nella realizzazione delle attività ispettive di competenza dell’Autorità e, in particolare, per la redazione di un programma di verifica speciale per il settore sanitario e per l’individuazione dei soggetti da sottoporre a ispezione.

Per l’espletamento delle attività ispettive sono organizzati appositi team di verifica congiunti, con l’utilizzo del personale ispettivo.

BIBLIOGRAFIA

M. CHIARELLI, *La soft regulation e il caso delle nuove linee guida ANAC*, in *Federalismi.it*, 3/2019, p 3 e ss.

R. CALZONI, *L'Autorità nazionale anticorruzione e funzioni di vigilanza collaborativa*, in *Federalismi.it*, 23/2016, p. 5 e ss.