



4 MARZO 2020

La valutazione della performance nella  
Sanità: un'indagine comparata

di Caterina Ventimiglia  
Ricercatore di Diritto amministrativo  
Università degli Studi di Palermo

# La valutazione della performance nella Sanità: un'indagine comparata \*

**di Caterina Ventimiglia**

Ricercatore di Diritto amministrativo  
Università degli Studi di Palermo

**Abstract [It]:** Il tema dell'organizzazione amministrativa presenta profili di specialità nella materia della sanità, nella quale la questione emergenziale delle disuguaglianze impone di approfondire ancora tale profilo, già caratterizzato da un elevatissimo tasso di differenziazione, in ragione della regionalizzazione e dall'aziendalizzazione del SSN. Questo contributo si propone di sviluppare un'analisi in chiave comparata di un ulteriore terzo livello di differenziazione organizzativa, che si manifesta nella disciplina e nell'applicazione della valutazione della performance, introdotta a far data dal d. lgs. n. 150/2009 s.m.i., mediante l'approfondimento degli elementi di specialità che connotano la performance nella Sanità (profilo oggettivo, strumentale, soggettivo, metodo e procedimento della funzione di controllo), allo scopo di identificare quale sia la partecipazione dei controlli interni rispetto al miglioramento del sistema sanitario ed alla convergenza dei risultati di performance nella direzione della rimozione delle disuguaglianze.

**Abstract [En]:** The theme of the administrative organization presents specialty profiles in the study subject of health, in which the emergency issue of inequalities requires further investigation of this profile, already characterized by a very high rate of differentiation, due to regionalization and corporatization of the SSN. This contribution aims to develop a comparative analysis of a further third level of organizational differentiation, which is manifested in the discipline and application of the performance evaluation, introduced of d. lgs. n.150/2009 through the analysis of the specialty elements that connote the performance in healthcare (objective, instrumental and subjective profile, method and procedure of the control function), in order to identify what the participation of internal control is respect to improving the health system and the convergence of performance results in the direction of removing inequalities.

**Sommario:** **1.** L'organizzazione al cospetto del diritto alla salute: la differenziazione (organizzativa) allo specchio delle disuguaglianze – **2.** La valutazione della performance in Sanità: la dimensione oggettiva (gli obiettivi e la performance) – **2.1** La dimensione strumentale (le risorse economiche) – **2.2** La dimensione soggettiva (i soggetti valutatori) – **2.3** Il metodo ed il procedimento di controllo: i regolamenti aziendali di misurazione e valutazione della performance – **3.** Una proposta conclusiva.

## **1. L'organizzazione al cospetto del diritto alla salute: la differenziazione (organizzativa) allo specchio delle disuguaglianze**

A distanza di un quarantennio dall'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale e di un ventennio dalla riforma del Titolo V, Parte Seconda della Costituzione, emerge un intenso dibattito, che rilegge questi due momenti fondativi dell'organizzazione sanitaria e della tutela del diritto alla salute.

---

\* Articolo sottoposto a referaggio. Il presente scritto rappresenta una rielaborazione del paper presentato al Convegno annuale AIDA 2019, "Quali saperi servono alla Pubblica Amministrazione? Selezione, valorizzazione e tutela della professionalità pubblica", panel "Valorizzazione e valutazione della performance dei pubblici dipendenti: il caso della sanità, Università degli Studi di Pisa, 10-12 ottobre 2019.

Da un lato, la legge 23 dicembre 1978 n. 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, che rimane il momento che iscrive l'organizzazione sanitaria nell'orizzonte dell'eguaglianza, ben più di quanto le “cure gratuite agli indigenti” dell'art. 32 Cost. lasciassero presagire<sup>1</sup>, ponendo i vincoli di sistema che avrebbero dovuto costituire un obiettivo-limite per tutte le riforme successive: l'universalità dei destinatari, la globalità della copertura assistenziale, l'equità di accesso sotto il profilo economico e territoriale, l'appropriatezza delle prestazioni, il finanziamento sulla base della fiscalità generale, costituiscono gli elementi fondamentali che, nel loro insieme, dovevano delineare i tratti del modello organizzativo, indirizzato a perseguire, prima finalità fra tutte, «il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese»<sup>2</sup>.

Dall'altro, la seconda fase fondamentale, avviata dalla legge costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3, la quale, nell'affidare alla competenza esclusiva statale la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale (art. 117 comma 2, lett. m) Cost., ha stabilito un'imprescindibile connessione valoriale tra l'eguaglianza sostanziale e l'uniformità territoriale<sup>3</sup>, dalla quale discende un rafforzamento sia del dovere di servizio in capo alle pubbliche amministrazioni in ordine alla realizzazione delle condizioni di contesto (informative, organizzative, finanziarie, di controllo) necessarie all'esigibilità del diritto alla salute, sia dell'obiettivo, in capo al legislatore, di stabilire le misure di garanzia atte a perseguire l'eguaglianza interterritoriale<sup>4</sup>.

In tale cornice, l'ulteriore e relevantissima novità, introdotta dalla riforma costituzionale, ha riguardato l'espansione della capacità regionale di organizzare il proprio sistema sanitario, in considerazione

<sup>1</sup> C. PINELLI, *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, in *Corti supreme e salute*, n. 3/2018, p. 2.

<sup>2</sup> Cfr. l'art. 2, comma 2, lett. a) della L. 23 dicembre 1978 n. 833, ove tale finalità è la prima nell'ordine di enunciazione delle finalità del SSN.

<sup>3</sup> La rimozione degli ostacoli all'esercizio del diritto alla salute, quale contenuto del principio dell'eguaglianza sostanziale, alla stregua del quale l'interpretazione dell'uniformità territoriale è proiettata sulla definizione di omogenei livelli di prestazioni, in A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, 2014, p. 57. Nella vastissima letteratura sul significato e sull'evoluzione della clausola costituzionale dei livelli essenziali nella materia della tutela della salute, anche successivamente all'ultima individuazione definitoria introdotta dal d. p. c. m. 12 gennaio 2017, anche per i riferimenti bibliografici, v. le riflessioni di M. ATRIPALDI, *Diritto alla salute e livelli essenziali di assistenza*, in *Osservatorio di diritto sanitario - federalismi.it*, 15 novembre 2017; M. BERGO, *I nuovi livelli di assistenza. Al crocevia fra la tutela della salute e l'equilibrio di bilancio*, in *Rivista AIC*, n. 2/2017; F. S. FLORIO, *L'evoluzione dei LEA tra i recenti interventi normativi e le prospettive di riforma*, in C. BOTTARI (a cura di), *I livelli essenziali delle prestazioni sociali e sanitarie*, Santarcangelo di Romagna, 2014, p. 53 ss.; M. LUCIANI, *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e regioni*, in E. CATELANI – G. CERRINA FERRONI, M. C. GRISOLIA (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione. Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Torino, 2011, p. 9 ss.; V. MOLASCHI, *I livelli essenziali delle prestazioni in sanità*, in R. FERRARA (a cura di), *Salute e Sanità, Trattato di Biodiritto*, Milano, 2010, p. 445 ss.; R. BALDUZZI, *Equità ed efficienza nei livelli essenziali in Sanità*, in G. CORSO – P. MAGISTRELLI (a cura di), *Il diritto alla salute tra istituzioni e società civile*, Torino, 2009, p. 81 ss. Inoltre, di recente, ricostruisce il dibattito sull'uniformità delle prestazioni e sull'uniformità quale conseguente predicato dell'organizzazione sanitaria, V. ANTONELLI, *La garanzia dei livelli essenziali di assistenza nei primi 40 anni del servizio sanitario nazionale: dall'uniformità all'appropriatezza*, in *federalismi*, n. 7/2018, p. 9 ss.

<sup>4</sup> C. TUBERTINI, *Cinquant'anni di organizzazione sanitaria: dall'uniformità alla differenziazione, e ritorno*, in *Riv. dir. sic. soc.*, 2016, p. 77.

dell'eliminazione del potere statale di disciplina dell'organizzazione degli enti regionali, originariamente contenuto nell'art. 117 Cost<sup>5</sup>.

Per questa via, dalla riforma costituzionale, è noto che s'innestano nuove spinte al completamento della regionalizzazione del servizio sanitario, avviata dalle riforme del 1992-1993<sup>6</sup>, poichè anche la potestà legislativa di tipo concorrente sulla tutela della salute<sup>7</sup> (art. 117, comma 3 Cost.) imprime una legittimazione sul piano costituzionale alla tendenza, già piuttosto avanzata, a differenziare i modelli organizzativi su base regionale<sup>8</sup>.

In particolare, a far data dagli anni '90, da parte delle regioni, si registra un'adozione selettiva di modelli organizzativi, riconducibili alla vasta gamma di politiche sanitarie approvate a livello nazionale, sulla spinta del condizionamento segnato dall'indirizzo politico delle rispettive giunte e dalla capacità amministrativa

---

<sup>5</sup> A. PIOGGIA, *La differenziazione regionale in sanità: l'organizzazione*, in *Giorn. dir. amm.*, n. 3/2019, p. 292, ove l'A., nell'evidenziare la questione centrale dell'individuazione dell'ambito effettivo dello spazio legislativo regionale, s'interroga (e ricostruisce) la «quantità di organizzazione che è rimasta dentro le materie di competenza statale sia esclusiva che concorrente», rilevando l'interpretazione, nel tempo consolidata, della Corte costituzionale che, da un lato, ha considerato l'organizzazione sanitaria parte integrante della materia costituita dalla “tutela della salute” (cfr. sent. 26 giugno 2002 n. 282, sent. 5 maggio 2006 n. 181) e, dall'altro, «pur riconoscendo come in materia di organizzazione sanitaria si aprano per le regioni “spazi non indifferenti di espressione” (cfr. sent. 18 gennaio 2018 n. 5, sent. 10 giugno 2010 n.207), ha mantenuto nel tempo una posizione incline a giustificare con una certa larghezza gli interventi statali sull'organizzazione e il funzionamento degli enti dei sistemi sanitari regionali, privilegiando le esigenze di uniformità, soprattutto quando connesse alla garanzia anche di altri principi costituzionali» (cfr. sent. 11 dicembre 2013 n. 301, sent. 5 aprile 2012 n. 79, sent. 19 marzo 2010, n. 108). Sulla fase d'avvio della riforma costituzionale e sul titolo d'intervento delle regioni nella materia dell'organizzazione sanitaria, per tutti, v. L. VIOLINI, *Costanti e variabili nell'organizzazione dei servizi sanitari. Per una prima valutazione delle riforme costituzionali in materia*, in R. BALDUZZI (a cura di), *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*, Milano, 2004, p. 375 ss.; in ultimo, l'approfondimento di C. TUBERTINI, *Diritto alla salute, organizzazione e risorse finanziarie. Lo stato attuale della questione*, in *Diritto amministrativo e società civile*, Vol. I, *Studi introduttivi*, Bologna, 2018, p. 546 ss.

<sup>6</sup> Una recente lettura di tale fase storica, in ordine alle prerogative regionali (l. d. n. 421/1992, d. lgs. n. 502/1992, d. lgs. nn. 266, 267, 268, 269, 270/1993, fino al d. lgs. n. 517/1993 correttivo del d. lgs. n. 502), nella riflessione di R. BALDUZZI, *Quasi un editoriale. Dopo 40 anni, verso una destrutturazione del Ssn?*, in *Corti supreme e salute*, n. 3/2018, p. 465 ss., nella quale, a proposito dell'attuazione del modello universalistico, si evidenzia che «la numerazione tradizionale, anche tra i giuristi, unificava i decreti di riordino del 1992-1993, sottovalutando la portata dirompente, rispetto al modello universalistico, della previsione, contenuta nell'originario art. 9 del d. lgs. n. 502/1992, di forme di assistenza differenziata (o “forme” differenziate di assistenza”, come si esprimeva la rubrica del medesimo articolo), mettendo in radicale discussione l'universalità del sistema e compenetrandosi, nello spirito della legge delega n. 421/1992, con la previsione di una mera soglia minima di prestazioni, da assicurare in base alle risorse assegnate». Sul punto, Id., *Livelli essenziali e risorse disponibili: un nodo costituzionale?*, in *Scritti in onore di Angelo Mattioni, Vita e pensiero*, Milano, 2011, p. 57 ss.; inoltre, V. ANTONELLI, *I decreti del 1993 tra attuazione della legge n. 421 del 1992 e correzione del decreto legislativo n. 502 del 1992*, in *Corti supreme e salute*, n. 3/2018, p. 667 ss.

<sup>7</sup> Sul primo decennio interpretativo della Corte costituzionale alla quale si deve una *guide-line* degli interventi legislativi regionali, a far data dalla nota sent. 19 giugno 2002 n. 282, v. A. D'ALOIA, *Tutela della salute, valutazioni tecnico-scientifiche, limiti all'autonomia regionale. Appunti di giurisprudenza costituzionale*, in L. VIOLINI (a cura di), *Verso il decentramento delle politiche di Welfare (Incontro di studio “Gianfranco Mor” sul diritto regionale)*, Milano, 2011, p. 15 ss.

<sup>8</sup> Sull'evoluzione ed i tratti specifici della regionalizzazione, v. F. CINTIOLI, *Diritto alla salute, interesse pubblico e ruolo delle regioni*, in *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione*, cit., p. 35 ss.; sui diversi esiti della regionalizzazione quale livello (soprattutto d'indirizzo politico) condizionante, in modo differenziato, in base ai singoli sviluppi regionali, i processi e gli esiti dell'aziendalizzazione, A. PIOGGIA, *La gestione della sanità fra pubblico e privato: funzione pubblica e organizzazione privata delle aziende sanitarie*, ivi, p. 57 ss.

delle burocrazie, con una conseguente differenziazione nell'organizzazione e nel funzionamento dei sistemi sanitari<sup>9</sup> che, nell'attuale dibattito, assume rilievo rispetto alla questione del limite giuridico - in termini di "sostenibilità" - della scomposizione dell'effettività del diritto alla salute rispetto al fenomeno della differenziazione organizzativa regionale<sup>10</sup> e dei differenziali di "risultato-performance" riferibili a ciascun SSR ed, altresì, alle aziende sanitarie che lo compongono, essendo quest'ultime responsabili dell'organizzazione (efficiente, efficace ed economica) dei fattori produttivi<sup>11</sup>.

A questo primo macro-livello di differenziazione – la regionalizzazione – si è sovrapposto un secondo anello di differenziazione: il riferimento è, ovviamente, ai modelli amministrativi ed agli esiti organizzativi, estremamente variegati, connessi all'introduzione dell'aziendalizzazione nella sanità<sup>12</sup>: un "processo uniforme" che, in nome dell'efficienza<sup>13</sup> dell'amministrazione, ha ulteriormente favorito effetti moltiplicatori di differenziazione organizzativa.

Allo stato, in termini generali, il tema di grande attualità del "regionalismo differenziato" – a seguito delle richieste regionali (Emilia Romagna, Lombardia, Veneto) di accesso alle ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia previste dall'art. 116, comma 3 Cost. – richiama l'attenzione sul profilo

---

<sup>9</sup> In questi termini, in ultimo, C. PINELLI, *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, cit., p. 661.

<sup>10</sup> Recentemente, la ricostruzione degli assetti differenziati dell'organizzazione sanitaria regionale è indagata da A. PIOGGIA, *La differenziazione regionale in sanità: l'organizzazione*, cit., p. 292 ss., ove l'A. evidenzia l'inquadramento della stretta relazione ontologica tra organizzazione e diritti, osservando che «l'indubbia connessione fra scelte organizzative e garanzia effettiva di un diritto sociale fondamentale come quello alla salute, se giustifica una, a volte anche penetrante, ingerenza statale nella disciplina dell'organizzazione del sistema sanitario regionale, suggerisce però di indagare il fenomeno anche nel senso opposto. Le decisioni delle regioni in ordine al funzionamento e all'organizzazione del loro sistema di cure possono incidere in maniera consistente sull'effettività e quindi sulla consistenza del diritto alla salute, determinando differenze che, quando riguardano il godimento di un diritto, rischiano di sfociare in disuguaglianze. Si tratta di un aspetto più complesso da indagare, dal momento che riguarda scelte di organizzazione e di allocazione delle risorse che raramente trovano la loro definizione in singoli atti normativi, ma che dipendono dall'assetto che, attraverso una pluralità di decisioni organizzative, normative e non, ciascuna regione dà al servizio sanitario che da essa dipende»(294).

<sup>11</sup> La riflessione giuridica sul profilo delle connessioni tra organizzazione, diritti e prestazioni, in ultimo, in F. LAUS, *La differenziazione regionale in sanità: le prestazioni*, in *Giorn. Dir. amm.*, n. 3/2019, p. 283 ss.

<sup>12</sup> Per un approfondimento, v. A. PIOGGIA – M. DUGATO – G. RACCA – S. CIVITARESE MATTEUCCI (a cura di), *Oltre l'aziendalizzazione del servizio sanitario. Un primo bilancio*, Milano, 2008; ed inoltre, E. CATELANI – G. CERRINA FERRONI – M.C. GRISOLIA (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione. Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, cit., in particolare A. PIOGGIA, *La gestione della sanità fra pubblico e privato*, cit., p. 57 ss. ove si focalizza la riflessione sull'organizzazione (dei fattori produttivi), essendo questa l'oggetto dell'autonomia imprenditoriale delle aziende sanitarie, rimanendo gli aspetti della produzione regolati dall'individuazione dei livelli essenziali e dalle scelte regionali di pianificazione sanitaria. Per l'approfondimento degli attuali scenari di crisi, anche di derivazione comunitaria, e delle strategie in ordine al ripensamento dell'organizzazione e del finanziamento della tutela della salute, v. i contributi raccolti in C. BOTTARI- F. FOGLIETTA – L. VANDELLI (a cura di), *Welfare e servizio sanitario: quali strategie per superare la crisi*, Rimini, 2013.

<sup>13</sup> Sul significato e sull'evoluzione dell'efficienza quale paradigma del principio di buona amministrazione, per tutti, anche per i riferimenti bibliografici, v. R. URSI, *Le stagioni dell'efficienza. I paradigmi giuridici della buona amministrazione*, Santarcangelo di Romagna, 2016.

(emergenziale) delle “differenziazioni regionali”<sup>14</sup>, soprattutto nella visione di chi interpreta gli scenari potenziali delle nuove forme di autonomia anche per i profili afferenti la materia sanitaria<sup>15</sup>: è la riflessione

<sup>14</sup> Nel vasto dibattito sul tema, nella prospettiva della questione complessa delle risorse finanziarie e dei relativi meccanismi distributivi, v. la riflessione di C. GALLO, *L'incerto futuro del regionalismo differenziato sul piano finanziario*, in *federalismi.it*, n. 10/2018, p. 8, ove si rileva che «L'accordo raggiunto, il 28 febbraio 2018 con il Governo dalle tre Regioni (..) è stato preciso nell'individuazione della sua durata (10 anni) e delle materie oggetto dell'autonomia differenziata, che sono le politiche del lavoro, l'istruzione, la tutela dell'ambiente e della salute. E' stato, però, abbastanza generico riguardo all'individuazione delle modalità di attribuzione delle risorse finanziarie necessarie all'esercizio delle ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia trasferite o assegnate dallo Stato alle Regioni. Rimette, infatti, in via interlocutoria la determinazione delle modalità di attribuzione delle risorse ad un'apposita commissione paritetica Stato-Regioni, la quale dovrà fare le sue scelte in termini di: compartecipazione e riserva di aliquote al gettito di uno o più tributi erariali maturate nel territorio regionale, di entità tale da consentire la gestione delle competenze trasferite o assegnate; spesa sostenuta dallo Stato nella Regione riferita alle funzioni trasferite o assegnate; fabbisogni standard, i quali dovranno essere, in un'ottica di superamento della spesa storica, il termine di riferimento in relazione alla popolazione residente e al gettito dei tributi maturati nel territorio regionale in rapporto ai rispettivi valori nazionali, fatti salvi gli attuali livelli di erogazione dei servizi. Criteri tutti accettabili e comprensibili, ma che, come dice Beniamino Caravita, possono essere applicati solo ove sussista la garanzia che gli apparati centrali abbiano la disponibilità delle risorse finanziarie necessarie al mantenimento dei livelli essenziali delle prestazioni, allo svolgimento delle funzioni unitarie e alla perequazione verticale tra le diverse aree del Paese.»

Il riferimento dell'A. è alla riflessione di B. CARAVITA, *Autonomia, la via corretta è replicare il modello sanità in altre materie*, in *Il Sole 24 ore*, 26 ottobre 2017, ed in *federalismi.it*, n. 21/2017, nella quale si evidenzia in termini positivi la realizzabilità del percorso attuativo del regionalismo differenziato entro precisi limiti, che vengono considerati quale garanzia di una “dinamica unità nazionale” nella cornice del modello giuridico, in parte già sperimentato nella lunga stagione attuativa del Servizio Sanitario Nazionale (s)composto nei SSR, dei LEA e del sistema di finanziamento: «Si tratta in ogni caso di garantire che agli apparati centrali tornino (o rimangano a seconda di chi è addetto alla riscossione): 1) le risorse finanziarie destinate al debito pubblico (credo che nessuno voglia regionalizzare il debito pubblico: si tratta di una somma importante, ma facilmente calcolabile); 2) le risorse necessarie alle funzioni unitarie; 3) le risorse necessarie per effettuare in una logica di solidarietà e nel rispetto delle norme costituzionali e in particolare dell'art. 117, comma 2, lett. m) la perequazione tra le diverse aree del Paese (perequazione che per sua natura è verticale, e non orizzontale). E' sul punto 2, allora, che si può ragionare. Le regioni che attivano la richiesta ex art. 116 ben possono individuare non tanto nuove competenze legislative che l'esperienza di questi anni ha dimostrato essere scarsamente utilizzate, quanto funzioni ulteriori da svolgere direttamente in sede regionale. Lo Stato può definire i costi di tali funzioni e attribuire risorse e personale alle regioni richiedenti, in osservanza dei principi di finanziamento della spesa pubblica, così come imposti anche dalla nuova formulazione dell'art. 81 per il rispetto dei vincoli europei (ciò sembrerebbe escludere che il trasferimento di competenze possa riguardare anche la fissazione autonoma di aliquote della tassazione diretta e indiretta). Si tratterebbe, in definitiva, di esportare lo schema adottato per il finanziamento del servizio sanitario, anche in altre materie, di volta in volta individuate nella contrattazione Stato-Regioni. In questo settore, per quanto riguarda il controllo della spesa, il sistema – anche grazie al meccanismo dei piani di rientro – sembra avere dato risultati interessanti. In questo senso e con questi limiti, ferma rimanendo una funzione di garanzia da parte dello Stato di una dinamica unità nazionale volta alla garanzia, da un lato, dei livelli essenziali delle prestazioni, dall'altro, della migliore collocazione del Paese in Europa, ben vengano tutte le manifestazioni di autonomia che – grazie alla maggior vicinanza al livello dei soggetti amministrati – possono garantire una migliore qualità della spesa pubblica, in prospettiva, una riduzione del livello di tassazione».

In senso favorevole al regionalismo differenziato, che non viene considerato correlato a necessarie ricadute in “forme di irragionevole disuguaglianza”, v. E. BALBONI, *L'attuazione del regionalismo differenziato: la differenziazione non implica di per sé disuguaglianza*, in *Quad. cost.*, n.2/2019, p. 444 ss., ove l'A. sottolinea che «l'indiscutibile ampliamento di materie/competenze/funzioni in capo alle Regioni c.d. differenziate potrebbe addirittura allacciarsi ad antiche premonizioni sturziane, risalenti al 1921 (relazione svolta al III Congresso nazionale del PPI) quando il pretino di Caltagirone (tanto largamente detestato) aveva pronunciato questa frase, nitida e carica di significati: “Lo Stato italiano è unitario, non federale, e la sua struttura non viene per nulla toccata (con l'istituzione delle regioni), ma viene rafforzata dalla eliminazione di quello che lo Stato ha di meno appropriato, di superfluo, di accentrato nel campo della pubblica amministrazione e della economia” (p. 49 della Raccolta laterziana, vol. V)». In ultimo, v. la riflessione di F. PALLANTE, *Ancora nel merito del regionalismo differenziato: le nuove bozze di intesa*, in *federalismi.it*, n. 20/2019.

seconda la quale si tratterebbe, comunque, dell'apertura di una stagione costituzionale ed amministrativa di rischio, potenzialmente capace di incidere e/o interferire, direttamente o indirettamente, sul perimetro dei LEA<sup>16</sup>, di aggravare con esiti incerti le differenziazioni regionali già esistenti in termini di

---

<sup>15</sup> Il tema del regionalismo differenziato è al centro della riflessione di L. VANDELLI, *Il regionalismo differenziato*, in *Rivista AIC*, n.3/2019, p. 574 ss., espressa in occasione dell'ultima lezione tenuta nell'ambito del corso di Diritto regionale - Seminario di studi e ricerche parlamentari Silvano Tosi (27 marzo 2019): in quella sede, una prima osservazione sulla situazione del nostro Paese in rapporto alle autonomie («l'Italia è un paese accentrato, ad un livello che forse noi giuristi sottovalutiamo, concentrati spesso in una lettura delle fonti che dà un quadro non sempre riflesso dalla realtà operativa del funzionamento del Paese»), ed una seconda considerazione d'ordine generale sul tema della differenziazione («Il problema della differenziazione non è un problema esclusivamente italiano, è un problema diffuso, rispetto al quale ogni Paese adotta un proprio approccio al tema. Certo è un dato: almeno in Europa, nessuno crede più nell'uniformismo, nessuno crede più che l'uniformismo sia sufficiente a garantire l'eguaglianza sostanziale tra i cittadini. Il problema diventa allora quello di adeguare le istituzioni, le politiche, le azioni pubbliche alle diverse esigenze, alle diverse caratteristiche, alle diverse istanze espresse dai territori») conducono l'A. ad una lucida ed acuta riflessione sul significato dell'art. 116, comma 3 Cost. anche nella dimensione applicativa afferente la materia della sanità: «(..) anzitutto eviterei di isolare il 116, terzo comma, come fosse una disposizione anomala nel contesto del Titolo V. Che, a mio avviso, costruisce - o intende costruire - un sistema basato su due pilastri fondamentali: da un lato, precisamente, il principio di differenziazione, che insieme a quello di adeguatezza e di sussidiarietà è sancito esplicitamente nella distribuzione delle funzioni (ma secondo me con valenze più generali, da considerare in relazione alla contestuale novità rappresentata dall'abrogazione dell'art. 128, da cui parte della dottrina aveva desunto la costituzionalizzazione del principio di uniformità derivato dalla tradizione piemontese); dall'altra, i valori unitari e gli strumenti per la loro tutela, i livelli essenziali, la perequazione e la solidarietà del sistema finanziario, i principi fondamentali nelle materie concorrenti, la leale collaborazione, eccetera. Tra questi due poli si inserisce il terzo comma dell'art. 116; che dunque ha delineato una via peculiare, diversa da quella seguita dagli altri paesi, di modulazione delle competenze e delle politiche a seconda delle istanze provenienti dalle diverse realtà regionali.» Su questo terreno di riflessione, l'A. evidenzia il rilievo della questione di quali possano essere gli scopi, gli obiettivi che ogni Regione si prefigge e lo individua nell'esigenza di «modulare le normative rispetto alle caratteristiche, alle esigenze e alle peculiarità di singole Regioni, quindi riflettere delle caratteristiche singolari.» Con uno sguardo acuto sulla Sanità, tale prospettiva si arricchisce di ulteriori rilievi nella considerazione dell'attuale asse dei rapporti Stato-regioni: «Devo dire però che, leggendo concretamente i testi, particolarmente faccio riferimento alla Sanità, ho la netta sensazione che la preoccupazione sia, invece, quella accennata nella premessa con cui ho aperto il discorso, e cioè che le Regioni si sentano danneggiate da eccessivi vincoli e da una gestione complessivamente accentrata. In definitiva, le Regioni colgono il 116.3 Cost. come occasione per richiedere l'eliminazione di vincoli che ritengono fortemente pregiudizievole. Così, vari punti toccati dalle proposte delle tre Regioni riguardano il tema del personale sanitario (la carenza di specializzandi, l'impossibilità di arruolarli, la difficoltà nell'utilizzarli, la carenza di medici di base, ecc.); e in un contesto fortemente lacunoso e problematico, dunque, avanzano una serie di proposte volte a superare gli ostacoli, ad esempio delineando, oltre alle specializzazioni statali, delle specializzazioni regionali, paraspecializzazioni che però consentirebbero di utilizzare dei medici specializzandi negli ospedali, oppure puntando a deroghe sui numeri degli accessi alle scuole di specialità mediche, e così via. Sono una serie di proposte che sostanzialmente puntano a risolvere il medesimo problema; problema che peraltro riguarda l'intero Paese, se si considera, ad esempio, che i medici italiani hanno mediamente più di 55 anni (record europeo, forse mondiale), e che, dunque, tra pochi anni alle importanti carenze attuali negli organici si aggiungeranno ondate di pensionamenti. Del resto, proprio in questi giorni i giornali hanno lanciato "l'allarme per la carenza di medici; in 6 anni mancheranno 16.700 specialisti". In concreto, nella situazione attuale mancano 2.000 specialisti in Lombardia, circa altrettanti Piemonte, in Toscana 1.800; la mappa è impressionante, si rischia di bloccare i reparti. A questo si aggiunge qualche ulteriore tema che emerge ugualmente dalle bozze di intesa, e cioè la questione dei medici dei territori montani; perché i nostri territori montani, Alpi o Appennini che siano, rimangono sguarniti di personale medico e medici di base di libera scelta. Così, si richiede di poter erogare un'integrazione, anche con risorse proprie, per incentivare i medici che vanno in montagna. Non ho fatto altro che qualche accenno; che però mi sembra significativo: perché mi pare evidente che tutta la montagna italiana ha lo stesso tipo di problemi, tutti gli ospedali italiani hanno lo stesso tipo di problemi. Certamente con diverse intensità da Regione a Regione, ma fondamentalmente si tratta di questioni che si estendono da Nord a Sud, senza trascurare il Centro».

<sup>16</sup> N. SALERNO, *Brevi commenti su sanità e federalismo differenziato*, in *Astrid-online.it*, Rassegna, 21 marzo 2019. Sul tema dei LEA, anche L. VANDELLI, *op. ult. cit.*, p. 580, secondo il quale non è possibile una ricostruzione unitaria, che non tenga conto e distingua le diverse materie caratterizzate dalla definizione dei livelli essenziali delle prestazioni: «In qualche

decostruzione del SSN<sup>17</sup>, ovvero di sostenere il mantenimento delle asimmetrie già evidenti nei risultati che emergono dalle analisi dei sistemi sanitari regionali<sup>18</sup>.

Ormai, all'interprete si offre una vastità d'indagini che, in modo puntuale, riescono ad identificare e mappare, anche per serie storiche, i "risultati" della differenziazione organizzativa, nella sua scomposizione regionale.

---

materia, i livelli essenziali sono vigenti; in altre, mancano completamente. Sui livelli essenziali esistenti, come è noto, il caso più evidente è proprio quello della sanità; mentre sui livelli essenziali mancanti - per fare un problematico esempio, in qualche modo adiacente alla sanità - ci riferiamo anzitutto ai servizi sociali. Materia che, del resto, riguarda enti diversi - Comuni, in primo luogo -, che viene trattata unitariamente, nelle bozze, con il riferimento ai servizi socio-sanitari; ed è materia che pone molte, rilevanti questioni, dalla relazione tra le diverse competenze alle risorse. Ora, negli ambiti in cui i livelli essenziali esistono, dalla lettura dei testi delle preintese sembra emergere una prospettiva che tende, in vario modo, a istituire livelli essenziali regionali. D'altronde, qualche margine di flessibilità non manca nella situazione attuale; nella quale esiste già qualche (pur limitata) differenziazione di prestazioni garantite da qualche Regione rispetto a quella garantita da altre; ma nel contesto dell'art. 116.3 Cost. il tema presenta particolari profili problematici. Anche perché, se ora ulteriori prestazioni possono essere erogate da Regioni utilizzando risorse proprie, nel regionalismo differenziato si ricollegerebbe a risorse erogate alla singola Regione per le forme e condizioni particolari di autonomia. D'altronde, il 116.3 delinea una differenziazione che si traduce, in termini istituzionali, in norme giuridiche; ma l'esperienza del nostro Paese evidenzia che, al di là delle norme, esistono differenze assai rilevanti, evidenziate dai dati fattuali. (...)Problema di grandi dimensioni, che peraltro in larga misura sfugge alla prospettiva delle nuove competenze differenziate; il cui conferimento, anzi, dovrà prestare la più viva attenzione a non creare ulteriori presupposti per incrementare divari fattuali»

<sup>17</sup> Per un'impostazione generale del tema in termini di decostruzione del SSN, v. R. BALDUZZI, *Quasi un editoriale. Dopo 40 anni, verso una destrutturazione del Ssn?*, in *Corti supreme e salute*, n. 3/2018, p. 465 ss.; R. BALDUZZI - D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Rivista AIC*, n. 2/2019, soprattutto p. 12, ove si rileva che «trattandosi di una materia nella quale le interrelazioni regionali sono strettamente dipendenti dall'assetto di fondo del sistema, una devolution riferita a questo o a quel territorio regionale non potrebbe che comportare la destrutturazione del SSN e l'aumento delle disuguaglianze e dell'inequità, senza che siano chiaramente percepibili i vantaggi in termini di tutela della salute e garanzia dei lea (...) non sarebbe difficile scorgere nella combinazione di fondi sostitutivi, manovre sui ticket, regole "ammorbidite" quanto all'attività libero-professionale intramuraria e facoltà di assumere medici non in possesso di specializzazione né che abbiano stipulato un contratto di formazione specialistica, la possibile costruzione di un sistema "a doppio pilastro squilibrato". (...) Quanto infine alle richieste di una complessiva maggiore autonomia in tema di organizzazione dei servizi ospedalieri e territoriali (...) tenuto conto dello stretto legame tra la garanzia dei livelli essenziali di assistenza e l'esistenza di un'organizzazione nazionale (con le proprie coerenze di sistema), soltanto la precisazione circa gli oggetti specifici sui quali ottenere quella maggiore autonomia e circa gli standard nazionali e i principi fondamentali da intendersi come non derogabili varrebbe a ridurre il rischio che l'attuazione dell'art. 116, comma 3 Cost. possa significare decostruzione dell'impianto e della logica del SSN». ss. inoltre, anche per i puntuali e ampi riferimenti bibliografici, v. F. ANGELINI, *Autonomia differenziata e tutela della salute: autonomia competitiva dei sistemi sanitari regionali vs universalismo solidale del Sistema sanitario nazionale*, in *federalismi.it*, n. 15/2019; C. TUBERTINI, *La proposta di autonomia differenziata delle regioni del Nord: una differenziazione solidale?*, in *federalismi.it*, n. 7/2018, numero speciale, p. 318 ss.

<sup>18</sup> Si esprime in termini di «penosa vicenda italiana della sanità pubblica» nella ricostruzione complessa anche della pericolosa deriva che la funzionalizzazione del diritto all'efficienza economica ed all'estensione dell'agire razionale degli operatori economici del mercato alle istituzioni, che invece dovrebbero garantire le promesse costituzionali relative alle libertà fondamentali e, soprattutto, ai diritti sociali, L. FERRAJOLI, *Manifesto per l'uguaglianza*, Bari-Roma, 2018, p. 103, ove, altresì, nel delineare il nesso tra disuguaglianze e crisi della democrazia, rileva con riferimento alla sanità italiana che «Una legge del 1978, entrata in vigore il 1° luglio 1980, aveva dato vita, in Italia, a un Servizio sanitario nazionale tra i più avanzati al mondo, finanziato dal fisco generale dello Stato e basato sui principi di uguaglianza e gratuità. I tagli alla spesa, l'aziendalizzazione e poi la regionalizzazione delle istituzioni sanitarie locali hanno progressivamente abbassato la qualità della sanità pubblica, sopprimendone il carattere uguale e gratuito: per la differenziazione dei 21 sistemi sanitari regionali e, soprattutto, per la monetizzazione dei farmaci e delle prestazioni sanitarie in contraddizione (...) con il carattere universale e non patrimoniale del diritto fondamentale della salute.»(pp. 89-90).



Infatti, la lettura della differenziazione sanitaria – nel profilo dei modelli organizzativi – non può prescindere dal rilievo anche dei risultati regionali di performance nell’adempimento dei LEA, nella qualità complessiva del servizio sanitario, nei costi, nei dati economici di gestione e negli andamenti dei flussi di spesa sanitaria, distribuita tra soggetti pubblici e privati<sup>19</sup>, nella prospettiva del legame strutturale che intercorre tra l’organizzazione e i diritti e la loro effettività<sup>20</sup>.

Il riferimento è ai dati ministeriali sul “Mantenimento dell’erogazione dei LEA” per l’anno 2017 e per la serie storica 2012-2017, che mostra ancora, pur nel miglioramento delle performance sanitarie regionali, livelli ancora diversificati di effettività del diritto della salute nella formulazione identificativa dei Lea<sup>21</sup>.

Il fenomeno della differenziazione regionale emerge anche nell’ultimo rapporto della Ragioneria generale dello Stato (“Il Monitoraggio della spesa sanitaria 2018”): dal 2007, i risultati del monitoraggio sugli andamenti della spesa sanitaria e delle sue componenti hanno evidenziato un consistente rallentamento delle dinamiche di crescita della spesa sanitaria, ma l’intensità con cui tale processo si è realizzato nei

---

<sup>19</sup> Sul punto, v. l’approfondimento in M. CONTICELLI, *Privato e pubblico nel servizio sanitario*, Milano, 2012.

<sup>20</sup> Sull’effettività del diritto alla salute ed il suo legame con l’organizzazione del servizio, in ultimo, A. PIOGGIA, *La differenziazione regionale in sanità: l’organizzazione*, cit., p. 293.; C. TUBERTINI, *Diritto alla salute, organizzazione e risorse finanziarie. Lo stato attuale della questione*, in *Diritto amministrativo e società civile*, vol. I, Studi introduttivi, Bologna, 2018, p. 546 ss.

<sup>21</sup> Di recente, nel gennaio 2019, il Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, ha curato la pubblicazione del documento annuale “*Monitoraggio dei Lea attraverso la c.d. Griglia LEA. Metodologia e risultati per l’anno 2017*”, consultabile in [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it). È interessante l’analisi dei risultati relativi all’anno di verifica 2017, in base al set di 21 indicatori selezionati dal Comitato LEA (paragrafo 3. I Risultati, p. 27 ss.): «Nel 2017 risultano valutate positivamente ben 8 regioni: Piemonte, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Lombardia, Umbria, Abruzzo, e Marche che raggiungono un punteggio superiore a 200 (mentre nel 2016 erano 4 le regioni sopra i 200 punti). Sei regioni si collocano con un punteggio compreso tra 200 e 160 (minimo livello accettabile): Liguria, Friuli Venezia Giulia, Basilicata, la Provincia Autonoma di Trento, Lazio, Puglia, Molise e Sicilia. Le Regioni Campania, Valle D’Aosta, Sardegna, Calabria e la Provincia Autonoma di Bolzano si caratterizzano per i punteggi inferiori a 160 e presentano diverse criticità ascrivibili in particolare all’area della prevenzione (screening e coperture vaccinali) e all’area distrettuale (residenziali anziani e disabili)». È significativa l’elaborazione della mappa diacronica dei risultati regionali del monitoraggio per gli anni 2012-2017, comprese le regioni in piano di rientro: «Analizzando il trend 2012-2017 relativamente ai punteggi della Griglia LEA emerge un sostanziale miglioramento del punteggio medio globale che cresce passando da 182 del 2016 a 191 nel 2017; nelle Regioni non in Piano di rientro il punteggio medio è passato da 199 a 209 con una crescita del 5% e da 162 a 168 (4%) nelle regioni in Piano di rientro. Tra le regioni in Piano di Rientro solo le regioni Calabria e Campania si trovano costantemente sotto il punteggio di adempienza, mentre Lazio, Puglia, Molise, Sicilia e Abruzzo si confermano su punteggi di adempienza anche per il 2017. Emerge il trend positivo e costante della regione Abruzzo.» A seguire l’analisi dei risultati di performance sanitaria in base al confronto temporale e geografico, che è altresì resa leggibile da una cartina dell’Italia dove i colori delle diverse graduazioni d’adempimento LEA evidenziano, purtroppo, i differenziali regionali per ciascun indicatore (p. 31 ss.).

Dal 1 gennaio 2020, è in vigore il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria, previsto dal d. m.12 marzo 2019, che sostituisce la Griglia LEA dall’anno di valutazione 2020: gli indicatori individuati sono 88: 16 per la prevenzione collettiva e sanità pubblica; 33 per l’assistenza distrettuale; 24 per l’assistenza ospedaliera; 4 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario; 1 indicatore di equità sociale; 10 indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali - PDTA).

Si tratta di un sistema descrittivo, di valutazione, di monitoraggio e di verifica dell’attività sanitaria erogata in tutte le regioni, nel quale l’articolazione del sistema di indicatori associa a ciascun LEA gli attributi rilevanti dei processi di erogazione delle prestazioni, quali efficienza e appropriatezza organizzativa, efficacia e appropriatezza clinica, sicurezza delle cure.

diversi contesti regionali risulta variabile ed influenzato dalla notevole incidenza degli effetti economici e finanziari conseguenti alla lunga stagione attuativa dei piani di rientro nelle regioni in disavanzo, con ricadute dirette anche sotto il profilo della puntuale erogazione dei LEA. Ne è una conferma il dato verificato che, in tutte le regioni sottoposte ai Piani di rientro dai deficit sanitari, si è registrato, contestualmente alla riduzione del disavanzo, anche un miglioramento nell'erogazione dei LEA, seppure in misura non uniforme e con diversa velocità<sup>22</sup>.

Un ulteriore fattore di differenziazione regionale si registra in base ai flussi registrati di mobilità passiva che, in modo prevalente, continua a interessare i pazienti delle regioni del Meridione<sup>23</sup>.

In particolare, sotto il profilo della considerazione comparata dei dati, i flussi di mobilità assumono fondamentale rilievo poiché costituiscono il risultato visibile della scarsa accessibilità (lunghezza delle liste di attesa) e/o della qualità non adeguata delle cure (dati del Programma Nazionale Esiti) nelle Regioni di residenza e configurano anche una chiave di lettura di fenomeni di iniquità socio-economica, atteso che rappresentano – anche in modo evidente – la tendenza in base alla quale i costi delle trasferte appaiono sostenuti da pazienti appartenenti a gruppi sociali corrispondenti a fasce di reddito medio-alte.

La variabile geografia del diritto alla salute è confermata anche dai dati riportati nell'ultimo Rapporto Istat "Benessere Equo e sostenibile" - 2018, nel quale l'andamento dei 13 indicatori<sup>24</sup> del dominio Salute

---

<sup>22</sup> Nel mese di luglio 2019, il Ministero dell'Economia e delle Finanze, Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, ha pubblicato il corposo documento "Il monitoraggio della spesa sanitaria", Rapporto n. 6/2019, consultabile, insieme ai rapporti annuali precedenti, in [www.rgs.mef.gov.it](http://www.rgs.mef.gov.it). Si deve rilevare che l'analisi degli andamenti regionali della spesa sanitaria, nelle singole componenti, arricchita dalla mappatura dell'equilibrio dei conti sanitari regionali e dagli esiti attuativi dei piani di rientro, è completata dall'elaborazione delle proiezioni della spesa rispetto ai dati dell'invecchiamento demografico. Inoltre, la mappatura regionale, per alcune componenti di spesa, è analizzata nella considerevole serie storica dei dati nel periodo 2003-2018.

<sup>23</sup> La mobilità sanitaria regionale si distingue in mobilità attiva (c.d. indice di attrazione di una Regione, identificando le prestazioni sanitarie offerte a cittadini non residenti) e mobilità passiva (c.d. indice di fuga da una Regione, identificando le prestazioni sanitarie erogate ai cittadini al di fuori della Regione di residenza). Il fenomeno è oggetto di considerazione in quanto economicamente rilevante: da un punto di vista economico, la mobilità attiva rappresenta per le Regioni una voce di credito, mentre quella passiva una voce di debito. La differenza tra crediti, frutto della mobilità attiva, e debiti, conseguenza della mobilità passiva, determina il saldo di ciascuna Regione che viene contabilizzato in occasione del riparto delle risorse del Fondo Sanitario Nazionale dell'anno successivo. Nel 2017, il valore complessivo della mobilità sanitaria è pari a E. 4.578,5.

Lo studio condotto dalla Fondazione GIMBE sui dati (crediti, debiti, saldi) pubblicati dal Ministero della Salute (cfr. Report n. 3/2018, La mobilità sanitaria interregionale nel 2017) evidenzia che le Regioni con indice di attrattività più alto sono Lombardia (25,5%), Emilia Romagna (12,6%) e Veneto (8,6%), ossia le regioni che hanno richiesto maggiori spazi di autonomia ex art. 116, comma 3 Cost., anche sul versante della tutela della salute, ed a seguire Lazio (7,8), Toscana (7,5%), Piemonte (5,2%), quindi ad eccezione del Lazio, tutte regioni del Centro-Nord; mentre, le Regioni con maggiore indice di fuga sono Lazio (13,9%) e Campania (10,1%) che insieme contribuiscono a quasi un quarto della mobilità passiva; un ulteriore 29% riguarda Lombardia (7,7%), Calabria (7,5%), Puglia (7,4%), Sicilia (6,5%). Il rimanente 46,8% della mobilità passiva si distribuisce nelle rimanenti 15 Regioni. Anche le grandi Regioni del Nord presentano un'elevata mobilità attiva: che potrebbe rappresentare specifiche preferenze dei cittadini agevolate dalla facilità di spostamento tra Regioni del Nord con elevata qualità dei servizi sanitari (cd. mobilità di prossimità). Sui contenuti del recente Patto per la Salute 2019-2021 in tema di mobilità sanitaria, v. *infra* nota 62.

<sup>24</sup> Gli indici: Speranza di vita alla nascita, Speranza di vita in buona salute alla nascita, indice di salute mentale (MH), Mortalità infantile, Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni), Mortalità per tumore (20-64 anni), Mortalità per demenze

evidenzia un peggioramento per aree geografiche dell'Indice composito di salute: «La dinamica territoriale mostra un peggioramento nell'ultimo anno sia nel Nord sia nel Mezzogiorno mentre nel Centro si registra un lieve progresso. Considerando l'intero periodo in tutte le aree del Paese l'indice mostra un miglioramento, ma rimane invariato il divario tra Nord e Mezzogiorno, mentre si riduce la distanza tra Nord e Centro»<sup>25</sup>.

A ciò, purtroppo, si aggiungono i dati relativi al fenomeno, geograficamente tipizzato, della rinuncia alle cure, correlata alle condizioni di vita segnate dal contesto socio-economico e culturale<sup>26</sup>.

Al cospetto di questi dati empirici, la riflessione giuridica continua a mantenere viva l'attenzione sui temi delle differenziazioni organizzative dei SSR, dei differenziali di performance e, dunque, sulle disuguaglianze<sup>27</sup>, anche affrontando la questione della complessità dell'evoluzione organizzativa del nostro Sistema sanitario, nel quale i due macro-livelli di differenziazione (regionalizzazione ed aziendalizzazione)<sup>28</sup> non sembrano avere tradotto, nei rispettivi ambiti di attuazione, il principio di autonomia in modo coerente e funzionalizzato non soltanto al miglioramento dell'organizzazione sanitaria e della qualità dei servizi, ma rispetto al fine (altrettanto fondamentale ed, ormai obiettivo emergenziale) dell'Amministrazione sanitaria: la rimozione delle disuguaglianze per la garanzia dell'eguale godimento del diritto alla salute.

E' questa la questione più urgente da affrontare, la quale, ad avviso di chi scrive, non può essere soltanto indagata sul piano d'approfondimento costituzionale o della generale disciplina positiva della

---

e malattie del sistema nervoso (65 anni e più), Speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni, Eccesso di peso, Fumo, Alcol, Sedentarietà, Adeguata alimentazione.

<sup>25</sup> Cfr. Rapporto Istat, BES 2018, è consultabile in [www.istat.it](http://www.istat.it), cap. I, Salute, 23; inoltre, v. *infra* le tabelle dei dati regionali, 34-35.

<sup>26</sup> Il Rapporto BES sviluppa l'analisi, tenendo conto degli indici relativi all'appartenenza a gruppi sociali, alle condizioni economiche, ed al luogo di residenza, registrando che la quota di persone che ha rinunciato a una visita specialistica negli ultimi 12 mesi perché troppo costosa è infatti cresciuta tra il 2008 e il 2015 dal 4,0 al 6,5 per cento della popolazione e il fenomeno è più accentuato nel Mezzogiorno, sia come livello di partenza sia come incremento (dal 6,6 al 10,1 per cento).

<sup>27</sup> In ultimo, sul tema, nella prospettiva dell'impatto delle decisioni delle regioni in ordine al funzionamento e all'organizzazione del loro sistema di cure, capace di incidere in maniera consistente sull'effettività del diritto alla salute - quale profilo complesso da indagare poiché s'identifica e riguarda scelte di organizzazione e di allocazione delle risorse che raramente trovano la loro definizione in singoli atti normativi, ma che dipendono dall'assetto che, attraverso una pluralità di decisioni organizzative, normative e non, ciascuna regione dà al servizio sanitario che da essa dipende - la riflessione di A. PIOGGIA, *La differenziazione regionale in sanità: l'organizzazione*, cit., 294, nella quale si riportano e si confrontano i dati regionali relativi all'assistenza domiciliare ed il rapporto tra abitanti e strutture residenziali e semi-residenziali, al fine di evidenziare non soltanto le differenze regionali nell'organizzazione dei servizi, ma la questione del rapporto tra organizzazione e diritto, nell'idea che sullo sfondo dell'organizzazione «c'è quindi una concezione della salute e della cura della persona che vuole rendersi compatibile con la pienezza di vita, rifuggendo l'idea che la malattia e quindi la corrispondente esigenza di salute assorba e divori tutte le esigenze dell'individuo (libertà, famiglia, relazioni)» (204). Inoltre, *supra*, v. i riferimenti in note 14-18.

<sup>28</sup> Sia consentito il rinvio a C. VENTIMIGLIA, *Organizzazione e diritto alla salute, alla prova della regionalizzazione e dell'aziendalizzazione dei servizi sanitari*, in *Nuove Autonomie*, n. 3/2018, p. 533 ss.

regionalizzazione e dall'aziendalizzazione, ove, storicamente, il binomio giuridico fondato sulla connessione "autonomia-responsabilità" ha rappresentato una scelta di visione organizzativa proiettata, nella contingenza, a far avanzare i contenuti della tutela sanitaria.

Per comprendere la performance sanitaria scolpita in quei dati empirici, sintomatici anche delle patologie dell'organizzazione sanitaria, occorre indagare proprio quest'ultima, essendo essa stessa "sostanza" delle prestazioni pubbliche, nella prospettiva del legame strutturale, non unidirezionale, ma reciprocamente condizionante che correla l'organizzazione amministrativa e la garanzia, in questo ambito peculiare, del diritto alla salute<sup>29</sup>.

Dunque, al contempo, lo sguardo d'analisi, centrato sull'organizzazione, deve ritornare anche sul significato e sul valore di questo diritto, l'unico che la Costituzione definisce fondamentale, per delineare i termini ed il contenuto del rapporto "continuamente sfidante", ed in assoluto più complesso, tra tale diritto e l'organizzazione amministrativa, alla cui cura ne è affidata l'effettività.

Soltanto in questa prospettiva, che coglie nell'organizzazione (al servizio del diritto alla salute) il nodo tematico fondamentale, può essere utile impostare l'approfondimento relativo alla valutazione della performance nella Sanità ed alla relativa disciplina, al fine di comprendere due profili d'indagine essenziali: in quale misura i controlli interni sulla performance siano stati determinanti ovvero possano esserlo rispetto al perseguimento delle finalità d'interesse generale del miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari e della crescita della competenze professionali attraverso la valorizzazione del merito e della cultura del risultato. E se, rispetto alle finalità richiamate, ricomprese in modo particolare nel perimetro del principio dell'eguaglianza, siano riscontrabili elementi di tale disciplina indirizzati a

---

<sup>29</sup> Nella materia della sanità, valorizza e richiama la dimensione dell'organizzazione come "disciplina della sostanza delle prestazioni", nel richiamare il contributo al tema di M. Luciani nello stesso volume e riferendosi al pensiero di G. Berti, di G. Pastori, di M. Nigro, evidenziando la traslazione della complessità giuridica del diritto alla salute sul piano dell'organizzazione, la riflessione di C. MARZUOLI, *Uniformità e differenziazione: modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, cit., p. 2: «I problemi di organizzazione e di ripartizione del potere non hanno rilievo in sé, ma solo nella misura in cui sono capaci di soddisfare i diritti sociali e i diritti di libertà dei cittadini. Trovano così conferma i contributi di tanti studiosi del diritto pubblico, costituzionale e amministrativo, che hanno messo in rilievo come la dimensione dell'organizzazione sia con immediatezza anche disciplina della sostanza delle prestazioni (basti pensare a Berti, Pastori, Nigro). (...) quando parliamo di salute e del diritto alla salute, si agganciano aspetti diversi, che devono essere analiticamente considerati ai fini del loro regime giuridico. Inoltre, vi è un inevitabile intreccio con profili strettamente collegati ai diritti di libertà, il che pone problemi anche dal punto di vista dell'organizzazione. Si introducono infatti esigenze che complicano il quadro dei bisogni da soddisfare, quadro che dunque non può essere impostato e disegnato esclusivamente in termini aziendalistici o di tipo industriale. Vengono alla ribalta necessità proprie e irriducibili del singolo individuo che si avvale della prestazione sanitaria e ciò richiede che all'interno dell'istituzione sanitaria vi sia un'organizzazione progettata anche in funzione di garanzia. Ancora: la distinzione fra determinazioni che possiamo con assoluta evidenza caratterizzare come inerenti alla prestazione e al suo contenuto e indicazioni che investono invece l'organizzazione, ma che potremmo anche considerare fattori di qualità della prestazione medesima. E' il problema della scissione e - insieme - della connessione fra organizzazione ed attività»

sostenere processi di allineamento/convergenza verso performance sanitarie di qualità, non soltanto attuative della buona amministrazione ma anche dell'effettività (uniforme) del diritto alla salute.

E' indiscutibile che, fermo il rigore e la pervasività scalare dei controlli esterni sull'adempimento dei Lea (Ministero della Salute, Agenas, SSR) e sulla spesa sanitaria e l'equilibrio dei conti regionali (Ministero dell'Economia, Ministero della Salute, SSR, Corte dei Conti)<sup>30</sup>, l'ultimo decennio di riforme amministrative ha puntato sul mantenimento ed, anzi, sul rafforzamento dei controlli interni sulla performance (D. Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150, modificato dal D. Lgs. 25 maggio 2017 n. 74<sup>31</sup>), estendendone oggetti e finalità, fino a ricomprendervi anche la verifica del coordinamento del sistema di monitoraggio e controllo delle performance con il ciclo economico-finanziario<sup>32</sup>, l'adempimento degli obblighi di pubblicazione a garanzia del principio della trasparenza amministrativa<sup>33</sup> e l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione<sup>34</sup>.

<sup>30</sup> In tema, C. CHIAPPINELLI, *Riforme istituzionali, del sistema sanitario e dei controlli: esiste un fil rouge?*, in *Corti supreme e salute*, n. 3/2018, p. 613 ss.; E. D'ALTERIO, *I controlli sull'uso delle risorse pubbliche*, Milano, 2015; M. D'ANGELOSANTE, *Strumenti di controllo della spesa e concorrenza nell'organizzazione del servizio sanitario in Italia*, Santarcangelo di Romagna, 2012, soprattutto p. 95 ss. sulla tipizzazione dei modelli regionali come modello misto (prevalente), separato, o integrato; sui LEA, per tutti, v. M. ATRIPALDI, *Diritto alla salute e livelli essenziali di assistenza*, in *federalismi.it* – Osservatorio di diritto sanitario, 15 novembre 2017.

<sup>31</sup> Sul tema dei controlli interni, senza pretesa di esaustività, F. MERLONI, *Costituzione repubblicana, riforme amministrative e riforme del sistema amministrativo*, in *Dir. pubbl.*, 2018, soprattutto 88-93; E. D'ALTERIO, *Il lungo cammino delle valutazioni nelle pubbliche amministrazioni*, in *Giorn. dir. amm.*, n. 5/2017, p. 570 ss.; M. SAVINO, *Le riforme amministrative: la parabola della modernizzazione dello Stato*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 2015, p. 641 ss.; A. BRANCASI, *I controlli. Profili generali*, in F. MERLONI – L. VANDELLI (a cura di), *La corruzione amministrativa: cause, prevenzioni, rimedi*, Firenze, 2010, p. 337 ss.; R. LOMBARDI, *Contributo allo studio della funzione di controllo*, Milano, 2003; F. BATTINI, *Amministrazione e controlli*, in *Giorn. dir. amm.*, 1996, p. 77ss.; U. ALLEGRETTI (a cura di), *I controlli amministrativi*, Bologna, 1995; S. CASSESE (a cura di), *I controlli nella Pubblica amministrazione*, Bologna, 1993; Id., *I moscerini e gli avvoltoi. Sistema dei controlli e riforma della Costituzione*, in *Corr. giur.*, 1993, p. 217 ss. U. POTOTSCHNIG, *Controlli e principi costituzionali sulla pubblica amministrazione*, in *Regione e governo locale*, 1984, p. 4 ss.; M. S. GIANNINI, *Controllo: nozione e problemi*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 1974, p. 1263 ss.

<sup>32</sup> Cfr. l'art. 4, comma 1, del d. lgs. n. 150/2009 s.m.i. ai sensi del quale: «Ai fini dell'attuazione dei principi generali di cui all'articolo 3, le amministrazioni pubbliche sviluppano, in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e del bilancio, il ciclo di gestione della performance.»

<sup>33</sup> Cfr. l'art. 14, comma 4, lett. g) del d. lgs. n. 150/2009 s.m.i., ai sensi del quale l'organismo indipendente di valutazione «promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità di cui al presente Titolo». In chiave attuativa, anche nell'ultimo triennio, l'ANAC (delibere nn.141 del 27 febbraio 2019, 141 del 21 febbraio 2018, 236 del 1 marzo 2017) ha richiesto agli organismi indipendenti di valutazione l'attestazione annuale relativa alla verifica dell'adempimento di specifici obblighi di pubblicazione da parte delle amministrazioni controllate.

<sup>34</sup> La posizione di controllore della corruzione e dei fenomeni di *maladministration* per la loro connessione con la verifica dei contenuti della performance, emerge dall'art. 1, comma 7 della l. 6 novembre 2012 n. 190, ove è statuito che «Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza segnala all'organo di indirizzo e all'organismo indipendente di valutazione le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indica agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.». Di contenuto analogo, l'art. 43, comma 5, del d. lgs. n. 33/2013 s.m.i.; inoltre, assume rilievo l'art. 44 del medesimo decreto, nel quale è stabilito che «L'organismo indipendente di valutazione verifica la coerenza tra gli obiettivi previsti nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e quelli indicati nel Piano della performance, valutando altresì l'adeguatezza dei relativi indicatori. I soggetti deputati alla misurazione e valutazione delle performance, nonché l'OIV, utilizzano le informazioni e i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della misurazione e



Invero, nella sanità, i controlli interni costituiscono un punto d'osservazione privilegiato, per due profili di specialità.

Da un lato, la performance, quale categoria giuridica generale introdotta dalla riforma c.d. Brunetta, risulta vistosamente diversa nei suoi contenuti rispetto alla medesima nozione, rinvenibile in altri settori e comparti dell'amministrazione, essendo strutturalmente correlata alla complessità del contenuto del diritto alla salute. E questa specialità investe tutta l'organizzazione sanitaria e il Ciclo di Gestione della Performance, dalla fase di definizione degli obiettivi, alla identificazione e distribuzione delle risorse, fino alla fase finale di rendicontazione dei risultati conseguiti.

Dall'altro, nonostante sia trascorso un decennio dall'introduzione della disciplina dei controlli interni sulla performance organizzativa delle strutture e sulla performance individuali, ancora non è rinvenibile, nemmeno in ambito sanitario, un sistema organico ed uniforme di controlli (nella forma delle regole di misurazione e valutazione delle performance), per cui, su questo piano, sembra emergere un terzo livello, assai poco indagato nel dibattito, di differenziazione organizzativa rappresentata dall'adozione, in ciascuna azienda sanitaria, di un peculiare modello di misurazione e valutazione della performance, con processi assai diversificati rispetto alla traduzione giuridica (nelle regole d'esercizio della funzione di controllo interno sulle performance) dei valori di buon andamento e della cultura del risultato e del merito.

In questa cornice, l'indagine relativa al legame tra organizzazione e diritto alla salute, e tra quest'ultimo e la performance, si sviluppa mediante l'approfondimento degli elementi di specialità che connotano la performance nella Sanità (profilo oggettivo, strumentale, soggettivo, metodo e procedimento della funzione di controllo) e prosegue nell'analisi giuridica del contenuto dei Regolamenti di Misurazione e Valutazione delle Performance sanitarie, uno per regione e provincia autonoma, orientata a far emergere le diverse tipizzazioni organizzative della funzione amministrativa del controllo interno, allo scopo di identificare quale sia la partecipazione sostanziale dei controlli interni rispetto al miglioramento del sistema sanitario ed alla convergenza dei risultati di performance nella direzione della rimozione delle disuguaglianze.

Le conclusioni d'indagine e, segnatamente, i profili di criticità rilevati, sono orientati alla formulazione di una proposta di riforma della disciplina dei controlli interni sulle performance sanitarie.

---

valutazione delle performance sia organizzativa, sia individuale del responsabile e dei dirigenti dei singoli uffici responsabili della trasmissione dei dati.»

## **2. La valutazione della performance in Sanità: la dimensione oggettiva (gli obiettivi e la performance)**

In base all'art. 16<sup>35</sup> del d. lgs. n. 150/2009 s.m.i., la riforma della disciplina dei controlli interni introduce anche nella sanità il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance: «Le regioni, anche per quanto concerne i propri enti e le amministrazioni del Servizio sanitario nazionale, e gli enti locali adeguano i propri ordinamenti ai principi contenuti negli articoli 3, 4, 5, comma 2, 7, 9 e 15, comma 1. Per l'attuazione delle restanti disposizioni di cui al presente decreto, si procede tramite accordo da sottoscrivere ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo n. 281 del 1997 in sede di Conferenza unificata».

Dunque, è stabilita l'applicazione dell'asse portante della relativa disciplina: i principi generali (art. 3), le sei fasi del Ciclo di gestione della performance (art. 4), la tipizzazione degli obiettivi (art. 5, comma 2), l'adozione obbligatoria del Sistema di misurazione e valutazione a cura di ciascuna azienda sanitaria, la cadenza annuale della valutazione, l'identificazione dei soggetti valutatori negli Organismi Indipendenti di Valutazione, nei dirigenti e nei cittadini o utenti finali (art.7), la definizione degli ambiti della misurazione e della valutazione della performance individuale (art.9), la funzione di promozione della cultura della responsabilità per il miglioramento della performance, del merito, della trasparenza e dell'integrità in capo all'organo di indirizzo politico (art. 15, comma 1).

Anche nella Sanità, rimane ferma la finalità, generale e complessa, dei controlli interni sulla performance, definita nella proiezione funzionale «al miglioramento della qualità dei servizi offerti dalle amministrazioni pubbliche, nonché alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, trasparenza dei risultati delle amministrazioni pubbliche e delle risorse impiegate per il loro perseguimento» (art. 3, comma 1, d. lgs. n. 150/2009 s.m.i.).

In quest'ordine giuridico di finalità, apparentemente, la nozione di performance rimane invariata: consiste nel risultato di produttività<sup>36</sup> concretamente prodotto dall'azienda sanitaria e dai privati

---

<sup>35</sup> La versione attuale dell'art. 16 è conseguente alle modifiche di cui all'art. 12, comma 1, lett. a) e b) del d. lgs. 25 maggio 2017 n. 74; nella versione originaria, era limitata l'applicazione della disciplina della trasparenza quale livello essenziale delle prestazioni mediante gli obblighi di pubblicazione e l'adozione del Piano triennale per la Trasparenza e l'integrità (comma 1) ed era fissato il termine del 31 dicembre 2010 per l'adeguamento degli enti alla nuova disciplina, decorso il quale invece se ne disponeva l'applicazione nelle more di una disciplina regionale e locale di adeguamento (comma 3).

<sup>36</sup> Sulle difficoltà di inquadramento della produttività, nel contesto dell'arretratezza delle tecniche di amministrazione attinenti all'organizzazione, a distanza di un quarantennio, già il *Rapporto sui principali problemi dell'Amministrazione dello Stato* (trasmesso alle Camere il 16 novembre 1979), in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 1982, 722 ss., con la *Prefazione* di M. S. GIANNINI, p. 715 ss.

accreditati/convenzionati, misurato in base a specifici indici, parametri e pesi che dovrebbero consentire la verifica oggettiva del grado di raggiungimento annuale degli obiettivi assegnati alle strutture organizzative ed ai dipendenti.

Tuttavia, se la nozione di produttività – e l'individuazione dei relativi indici di misurazione – reca con sé una complessità definitoria generale riferita alla Pubblica Amministrazione<sup>37</sup>, nella Sanità, risulta ulteriormente complicata dai legami che essa presenta con la struttura complessa del diritto alla salute: da un lato, diritto sociale<sup>38</sup>, quale diritto alle prestazioni che ne dovrebbero garantire il carattere fondamentale ed, altresì, diritto di libertà, che nell'identità dell'individuo può esprimersi anche nel diritto di non farsi curare o nella libertà di cura (scelta del medico e della terapia)<sup>39</sup>.

---

Nel dibattito degli anni successivi, il rilievo della crisi della pubblica amministrazione è correlato anche alla crisi ed alle disfunzioni dei controlli amministrativi, soprattutto nella lucida ed ancora attuale riflessione di S. CASSESE, *Le disfunzioni dei controlli amministrativi*, in *I controlli nella pubblica amministrazione*, S. CASSESE (a cura di), cit., p. 13 ss., ove, evidenziando che il «controllare è pur sempre amministrare», il paradosso della funzione di controllo è individuato nel fatto che, col mutare delle amministrazioni e dei controllori professionali, non soltanto non è mutato il tipo di controllo ed il modo di farli, ma si rileva che la crisi dei controlli deve fare i conti con il sopravvenire della crisi della finanza pubblica e degli effetti del fenomeno della corruzione. Sull'avvento dei nuovi controlli quale momento verificatorio dell'efficienza, nello stesso volume, V. GUCCIONE, *Controlli ex ante e controlli ex post nella normativa pubblica*, p. 23 ss. Sul percorso evolutivo che, negli anni novanta, introduce e consolida i controlli d'efficienza quale garanzia dell'effettività del principio costituzionale del buon andamento, la puntuale riflessione di U. ALLEGRETTI, *I controlli sull'amministrazione dal sistema classico all'innovazione: le problematiche generali*, in *I controlli amministrativi*, U. ALLEGRETTI (a cura di), cit., p. 15 ss., secondo il quale «La mutazione dei concetti e delle forme è però conseguenza del mutare dei principi ispiratori: in questo vanno rintracciati i punti cardine dell'innovazione. I controlli di buon andamento, qualificati sia in direzione dell'efficacia che dell'efficienza, entrano finalmente a vele spiegate nell'ordinamento: non più negli interstizi di esso, e come affiancati in posizione inevitabilmente subalterna ad un controllo di legittimità (ed eventualmente di merito) che si continui a presentare, per la sua generalità ed incisività e per lo spazio normativo che occupa, come centrale, ma come generali e tali da inglobare, come subito preciseremo, notevole parte della garanzia della legalità. Con questo un'operazione complessa si fa strada nel diritto vigente. Il principio costituzionale dell'art. 97 esplica la sua capacità generativa rispetto ai controlli. Si attua così un'importante garanzia dell'effettività del buon andamento. Se infatti non si può pensare (né infatti l'art. 97, che si riferisce all'intera organizzazione e all'intera attività amministrativa, lo permette) che la realizzazione del buon andamento sia affidata ai soli controlli, questi ne rappresentano però un pezzo importante: sono infatti un notevole elemento di garanzia, si direbbe la garanzia terminale, nei confronti dei principi che presidiano, nell'area amministrativa; dopo, resterebbero solo sanzioni vere e proprie e responsabilità da far valere in sede giurisdizionale». Per un approfondimento dell'evoluzione successiva v. *infra* nota 31 e, recentemente, il contributo di G. IACOVONE, *Indicatori di valutazione e buon andamento amministrativo nella performance dei pubblici dipendenti*, in *federalismi.it*, n. 1/2020.

<sup>37</sup> Sulla variabilità di contenuto della produttività al cospetto della variabilità tipologica delle attività e delle prestazioni rese dalle differenti amministrazioni, l'inquadramento contenuto nel Rapporto Giannini, cit., p. 725, ove è descritta la distinzione tra produttività lavoro (produzione di beni e servizi fornita da un singolo lavoratore nell'ambito di un arco di tempo determinato), produttività-efficacia (rapporto tra risultati ottenuti ed obiettivi prestabiliti), e produttività efficienza (rapporto tra risorse impiegate e risultati ottenuti), con l'indicazioni della difficoltà della misurazione della produttività, che sconta tre ordini di difficoltà correlate alla non applicabilità della produttività efficienza alle attività che richiedono di ricorrere a grandezze ordinabili anziché numerabili, la confusione ovvero la scambiabilità tra produttività-lavoro e produttività- efficienza in base anche a non adeguati indicatori di produttività, e la diversità del campo di strumenti, anche empirizzanti, orientati ad incentivare le due forme di produttività.

<sup>38</sup> Per un approfondimento, v. R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, Torino, 2007, pp. 1-111; sull'inquadramento quale diritto della personalità, R. CAVALLO PERIN – L. LENTI – G. M. RACCA – A. ROSSI (a cura di), *I diritti sociali come diritti della personalità*, Napoli, 2010. Sull'inquadramento dei contenuti del dibattito sui diritti sociali, sia consentito il rinvio a C. VENTIMIGLIA, *I diritti sociali tra garanzia costituzionale e compiti dell'autorità*, Roma, 2013.

<sup>39</sup> M. LUCIANI, *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, cit., p. 13.



E' anche il diritto che, in modo esemplare e più di ogni altro, affonda le sue radici e vive nel perimetro del principio d'uguaglianza<sup>40</sup> poichè è connaturato al suo carattere fondamentale, la protezione dell'individuo sia nelle differenze d'identità di cui è portatore (sesso, razza, lingua, religione, opinioni politiche, condizioni personali e sociali (art. 3, comma 1 Cost.), sia nelle disuguaglianze, materiali e sociali, compresi i bisogni di salute, che si frappongono al pieno sviluppo della persona nell'ordinamento e che la Repubblica ha il compito di rimuovere (art. 3, comma 2 Cost.)<sup>41</sup>.

Questi due profili del principio d'uguaglianza sono principi prescrittivi e dinamici<sup>42</sup>, e si proiettano sull'organizzazione, che dovrebbe porre al centro del sistema i due discendenti corollari dell'uguaglianza, ossia il valore della dignità di tutti gli esseri umani in quanto persone e la tutela dei più deboli, in quanto diseguali per condizioni di vita, comprese le fragilità connesse alle condizioni di salute.

Rileva anche la complessità "scientifica" del diritto alla salute, il cui contenuto è instabile, sia per il continuo progredire della scienze mediche e delle tecnologie, sia per i condizionamenti degli andamenti epidemiologici, demografici e socio-economici della popolazione di riferimento, che hanno ricadute dirette sul piano dell'organizzazione, degli obiettivi che questa stabilisce di perseguire e, dunque, dei contenuti delle prestazioni, le quali dovrebbero riflettere un'analisi attuativa anche dei bisogni di salute rilevati nella popolazione di riferimento.

A questa specialità, si somma il passaggio da una nozione "medicale" o biologica di salute, incentrata sul medico e la sua lotta contro la malattia, ad una visione "personalistica" che pone al centro la persona, la pluralità dei diritti di cui è portatrice, compreso il suo potere di l'autodeterminazione e la valorizzazione

---

<sup>40</sup> Per tutti, v. B. CARAVITA, *Oltre l'uguaglianza formale. Un'analisi dell'art. 3, comma 2 della Costituzione*, Padova, 1984.

<sup>41</sup> Sull'uguaglianza quale valore fondativo poichè siamo differenti e diseguali, negli attuali scenari considerati più critici per discriminazioni e disuguaglianze, v. L. FERRAJOLI, *Manifesto per l'uguaglianza*, Bari, 2018, p. 73, ove l'A. rileva che «dei due principi di uguaglianza (...) - il principio di uguaglianza liberale o formale, consistente nell'uguale rispetto e trattamento delle differenze personali, e quello di uguaglianza sociale o sostanziale, consistente nella massima riduzione delle disuguaglianze materiali - quello violato più massicciamente è oggi, indubbiamente il secondo», sottolineando che, in Italia, l'esplosione del fenomeno in crescita delle disuguaglianze «si è sviluppata soprattutto in questi ultimi anni, durante i quali la Repubblica sembra aver fatto esattamente il contrario del "compito" prescritto dall'art. 3, comma 2 della sua Costituzione: non già la rimozione, ma la promozione delle disuguaglianze»: in particolare, richiamando i dati del Rapporto Istat 2017 che evidenziano il raddoppio dei dati relativi alla popolazione in povertà assoluta e relativa nell'ultimo decennio e le politiche dei tagli alla spesa sociale anche nel settore della sanità, l'A. evidenzia in toni severi che «a causa dell'introduzione di ticket e balzelli per farmaci e visite mediche – incostituzionali, a mio parere, perché in contrasto con il carattere universale e perciò uguale e gratuito del diritto alla salute – 11 milioni di persone hanno rinunciato alle cure», giungendo alla conclusione propositiva secondo la quale «il processo ricostituente delle democrazie costituzionali nazionali non richiede nessuna invenzione, ma semplicemente l'attuazione, giuridicamente dovuta, dei progetti normativi formulati nelle Costituzioni. Richiede perciò, in primo luogo, la rifondazione della sfera pubblica attraverso la riaffermazione e lo sviluppo delle garanzie dei diritti sociali e delle relative funzioni e istituzioni di garanzia» (101).

<sup>42</sup> Per L. FERRAJOLI, *op. cit.*, p. 5, la prima eguaglianza pone un principio statico, poiché pone la regola consistente nel divieto di discriminazioni. Nella tutela della salute, l'organizzazione si confronta con le differenze di cui è portatore l'individuo e deve adoperarsi affinché tali differenze siano rispettate e non siano d'ostacolo all'esercizio del diritto ed, in tal senso, si accede alla ricostruzione anche di tale uguaglianza in senso dinamico.

dell'autopercezione di sé: anche gli ultimi approdi della disciplina del diritto all'informazione ed al consenso informato e sulle disposizioni anticipate di trattamento (l. 22 dicembre 2017, n. 219) si fanno carico della trama complessa della situazione soggettiva del portatore del diritto alla salute nella relazione di cura<sup>43</sup>. Come tale complessità è anche rinvenibile nella posizione giuridica del medico-lavoratore, ove l'esercizio del diritto di libertà nel credo religioso e nella libertà di coscienza costituisce un profilo giuridicamente rilevante, capace di incidere e condizionare l'organizzazione e l'adempimento del dovere di prestazione<sup>44</sup>.

La complessità del diritto alla salute emerge anche sotto un ulteriore profilo: come è stato osservato, «diritto e salute sono infatti due termini che descrivono cose diverse: l'uno una situazione soggettiva a contenuto giuridico; l'altro uno stato, una condizione della persona, la cui pienezza è tutelata e promossa, ma che non può essere del tutto assicurata dal diritto che ad essa si riferisce. Lo stato in cui consiste è oggetto del diritto, ma non è e non può essere prodotto dal diritto»<sup>45</sup>.

Ed invero, in tale inesauribile processo di tensione ed avvicinamento tra la salute e la dimensione del diritto, inteso quale sistema giuridico di protezione e garanzia, si ritiene d'inquadrare l'intreccio tematico tra la performance e l'endiadi "diritto alla salute".

Sul versante della salute, quale stato fisico, la performance sanitaria (organizzativa ed individuale), considerata quale "fatto concreto" che esprime l'obiettivo programmato e il risultato prodotto dall'organizzazione sanitaria e dalle prestazioni individuali dei suoi agenti, dovrebbe innestarsi in un immanente ed inesauribile processo di adeguamento – tale da non incontrare specifici limiti qualitativi e quantitativi – verso la soddisfazione dei mutevoli e variegati bisogni di salute del cittadino utente.

Sul piano del diritto, la performance, o meglio, gli obiettivi di performance, definiti annualmente quale cuore pulsante dell'intero Ciclo di Gestione della Performance, non dovrebbero appiattarsi in modo corrispondente alle strettoie della distinzione giuridica tra livelli essenziali (considerati minimi o meno) ovvero il costituzionalmente dovuto<sup>46</sup>, esprimendo una connotazione attuativa "aperta", che dovrebbe

---

<sup>43</sup> A. PIOGGIA, *Salute, diritti e responsabilità medica: una storia italiana*, in *Dir. amm.*, 2018, p. 517 ss.

<sup>44</sup> Sul tema, anche per i riferimenti bibliografici, A. PIOGGIA, *L'obiezione di coscienza nei consultori pubblici*, in *Ist. feder.*, 2015, p. 121 ss.; F. GRANDI, *Doveri costituzionali e obiezione di coscienza*, Napoli, 2014; D. PARIS, *L'obiezione di coscienza. Studio sull'ammissibilità di un'eccezione dal servizio militare alla bioetica*, Firenze, 2011.

<sup>45</sup> A. PIOGGIA, *Salute, diritti e responsabilità medica: una storia italiana*, p. 519.

<sup>46</sup> Sulla distinzione tra nucleo essenziale del diritto alla salute e la categoria più estesa del "costituzionalmente dovuto" scolpito negli orientamenti e nelle diverse tecniche argomentative della Corte costituzionale e, soprattutto, nell'evoluzione del bilanciamento dei valori, per tutti, v. M. LUCIANI, *Diritto sociali e livelli essenziali delle prestazioni pubbliche nei sessant'anni della Corte costituzionale*, in *Rivista AIC*, n.3/2016; sull'inquadramento del diritto sociali, compreso il diritto alla salute, quali diritti finanziariamente condizionati, Id., *"I diritti finanziariamente condizionati": profili di una categoria controversa*, relazione al 63° Convegno di Studi Amministrativi (21-23 settembre 2017, Varenna), *La tutela degli interessi finanziari della collettività nel quadro della contabilità pubblica: principi, strumenti, limiti*; S. BARBARESCHI, *Tecniche argomentative della Corte costituzionale e tutela dei diritti sociali condizionati. Riflessioni a partire dal diritto alla salute*, in *federalismi.it*, n. 13/2018, p. 10 ss.

assumere quale unico riferimento il diritto alla salute considerato nel suo complesso e, di conseguenza, capace di tradursi in obiettivi complementari e/o integrativi, allineati ai bisogni di salute del target territoriale, con la sola costante delle rigidità scalari connesse agli aspetti della produzione aziendali regolati dall'individuazione, generale ed uniforme, dei livelli essenziali e dalle scelte organizzative e gestionali già contenute nei livelli sovraordinati della pianificazione (strategica) nazionale e delle pianificazioni regionali<sup>47</sup>.

Se gli obiettivi di performance devono, innanzitutto, conseguire l'adempimento dei LEA, tuttavia, non possono e non devono esaurirsi in tale dimensione minima, dovendosi allineare in termini di prossimità ai bisogni "reali" di salute della popolazione di riferimento nei distinti target territoriali: in questa prospettiva, rileva il "dovere pianificatorio" del SSR e dell'organizzazione aziendale di attivare un adeguato processo – piramidale e gerarchicamente organizzato – di mappatura degli obiettivi annuali da assegnare (alle aziende sanitarie, alle strutture organizzative/centri di responsabilità, al personale dirigenziale e del comparto), al fine di conseguire un'estensione del servizio sanitario e della sua qualità

---

<sup>47</sup> Per un inquadramento generale sull'evoluzione e sui tratti distintivi della funzione di programmazione nella materia sanitaria, v. G. CARPANI, *La programmazione*, in R. BALDUZZI – G. CARPANI, *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, 2013, p. 325 ss, ad avviso del quale l'evoluzione dell'ordinamento costituzionale ed amministrativo in tale ambito segna anche un peculiare depotenziamento dei contenuti del Piano Sanitario Nazionale, che «privato del compito di definire i LEA e dovendo operare su un Ssn, privo di diversi vincoli di uniformità e di fissità dei modelli organizzativi, costituisce sempre più un provvedimento d'indirizzo in grado di palesare solamente alcune linee generali di sviluppo del "sistema salute"(.). Insomma uno strumento di "comunicazione e indirizzo generale" che porta a sintesi, interventi e indicazioni prospettiche di vari soggetti, ormai liberato da riferimenti operativi e dettagli economico-finanziari. Si è parlato di una tendenza del piano a divenire strumento di stimolo più che di un vero e proprio governo strategico (mancando obiettivi misurabili e puntuali riferimenti ai mezzi)»(326); a fronte della dimensione dei piani sanitari regionali, quali atti di attuazione e di adeguamento del PSN nell'ambito regionale, ma essendo anche «strumento di attuazione di distinte politiche sanitarie regionali, autonome rispetto a quelle nazionali e quindi capaci di concorrere all'enunciazione di obiettivi prioritari e strategici, elaborati dai competenti organi regionali in coerenza con le scelte organizzative e gli obiettivi di settori fissati dalla legislazione regionale»(332). In tale cornice, emerge il ruolo, sostanzialmente in chiave attuativa, dei Piani Attuativi Locali e della programmazione aziendale degli obiettivi e delle risorse finalizzati alla tutela della salute, in ordine ai quali s'evidenzia la diffusione, nelle regioni del Centro-Nord, dell'esperienza organizzativa delle c.d. aree vaste, sia come centri unitari per la gestione dei servizi logistici ed amministrativi sia per l'esercizio di compiti di programmazione interaziendale. In argomento, A. CROSETTI, *Il servizio sanitario. Profili organizzativi*, cit., pp. 177-187. Fermo il rilievo della pianificazione strategica nazionale e delle differenti connotazioni dei livelli di pianificazione regionale, in ultimo, si registra l'adozione del Patto per la Salute 2019/2021, a seguito dell'intesa raggiunta in sede di Conferenza Stato-regioni (18 dicembre 2019), consultabile in [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it), nel quale, a fronte dei contenuti indirizzati a completare il percorso attuativo dei LEA, all'incremento della spesa del personale e all'introduzione di nuove misure per la formazione specialistica, per gli investimenti, per la sostenibilità della governance farmaceutica, per il riordino della medicina generale, per la mobilità sanitaria, si conferma il ruolo fondamentale della funzione di pianificazione e nella Scheda 10 (Modelli previsionali a supporto della programmazione), è stabilito che «il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze, in collaborazione con le regioni, realizzino strumenti informativi e modelli previsionali, anche attraverso l'uso delle nuove tecnologie ICT, e l'infrastruttura tecnologica di analisi dei dati del Sistema Tessera Sanitaria, nonché utilizzando anche flussi informativi non sanitari gestiti da altre amministrazioni pubbliche, che, tramite la capacità di analisi dei principali trend in atto, della evoluzione del fabbisogno di salute della popolazione e delle interrelazioni esistenti tra le diverse variabili del sistema sanitario, nonché di valutazione dei relativi impatti, possano supportare le scelte di programmazione sanitaria e la corretta distribuzione delle risorse, rendendole maggiormente coerenti con gli scenari evolutivi di medio-lungo periodo e tutelando la sostenibilità del sistema.»

in quei segmenti della sanità ospedaliera e territoriale nei quali la sterminata ricchezza e la puntualità dei dati conoscitivi e dei flussi informativi a disposizione dell'Amministrazione sanitaria evidenziano serie storiche o emergenziali di significativi bisogni di salute, anche geograficamente e/o aziendalmente localizzati, che non s'identificano con le prestazioni stabilite nei LEA.

Invero, l'analisi<sup>48</sup> sui contenuti della programmazione elaborata nel Piano Triennale della Performance a cura delle aziende sanitarie mostra una geografia non uniforme della capacità aziendale di identificare i bisogni di salute della popolazione di riferimento oltre i LEA e, quindi, appare limitato l'inserimento di ulteriori obiettivi complementari e/o integrativi nel Ciclo annuale della Performance, in termini di sviluppo dell'analisi storica dei "precedenti organizzativi" e dei risultati conseguiti annualmente, registrati nella rendicontazione contenuta nella "Relazione della Performance", documento di chiusura del Ciclo della Performance.

Invero, qui entrano in gioco le criticità afferenti la dimensione strumentale, ossia la limitatezza delle risorse economiche disponibili, le quali assumono rilievo nel "momento amministrativo" del collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse, che costituisce il completamento della fase di avvio del Ciclo della Performance, nel quale si definiscono ed assegnano gli obiettivi alle strutture ed al personale dipendente (art. 4, comma 2, lett. a) e b) d. lgs. n. 150/2009 s.m.i.).

## 2.1 La dimensione strumentale (le risorse economiche)

Nel quadro delle differenze regionali sul sistema di finanziamento<sup>49</sup>, la relazione finanziariamente condizionata tra obiettivi di salute e risorse economiche è sempre stata critica, ponendo soprattutto una questione di "giustizia" nell'allocazione delle risorse<sup>50</sup>, messa in crisi e condizionata dalla dilatazione espansiva della spesa sanitaria, dalla stagione (di risposta) degli tagli lineari, dalla fenomenologia regionale dei piani di rientro, ed, infine, dalla riforma del processo di distribuzione delle risorse alle regioni, in ultimo, approvato all'introduzione della metodologia del costo e del fabbisogno standard di cui al d. lgs. 6 maggio 2011 n. 68 s.m.i. (Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario, Capo

---

<sup>48</sup> Come si dirà nel paragrafo successivo, l'analisi ha preso in considerazione i documenti del Ciclo di Gestione della Performance di 22 aziende sanitarie, consultati nelle rispettive Sezioni web "Amministrazione Trasparente".

<sup>49</sup> Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Sardegna e le Province autonome di Trento e Bolzano provvedono al finanziamento del relativo fabbisogno senza alcun apporto a carico del Bilancio dello Stato, mentre per la Regione siciliana l'aliquota di partecipazione alla spesa sanitaria è pari al 49,11%.

<sup>50</sup> Il tema dell'effettività del diritto alla salute è indagato anche sul campo delle riflessioni teorico-giuridiche sull'accesso alle cure mediche in condizioni di equità e sulla giustizia nell'allocazione delle risorse, in L. FORNI, *Il modello italiano per la salute, tra crisi economica, scarsità delle risorse e crisi dei diritti. Un'analisi teorico-giuridica*, in *Riv. trim. Scienza dell'Amm.*, n.4/2015, p. 43 ss.

IV, artt. 25-32), quale aspetto fondamentale che ha inciso a cascata sulle risorse rese disponibili ai SSR ed alle aziende sanitarie<sup>51</sup>.

Inoltre, si tratta di un'evoluzione sulla quale s'innestano gli effetti della fondamentale riforma amministrativo-contabile introdotta dal d. lgs. n. 118 del 23 giugno 2011 s.m.i., (Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli artt. 1 e 2 della l. 5 maggio 2009 n. 42), che ha perseguito lo scopo di ridisegnare – dal 2012 – le regole contabili anche per l'intero Servizio sanitario nazionale (SSN) a partire dall'anno 2012, con l'individuazione delle specificità del settore e con l'obiettivo di armonizzare le rilevazioni contabili delle aziende del SSN, al fine di rafforzare complessivamente la funzione di monitoraggio dei conti e delle gestioni, a fronte di storiche e cronicizzate criticità<sup>52</sup>.

Alla luce anche di tali elementi richiamati, la riflessione giuridica si confronta con i temi della garanzia dell'universalità e della gratuità delle prestazioni e dei livelli d'efficienza ed efficacia del servizio sanitario: invero, il settore della Sanità pubblica può essere considerato il contesto che ha tradotto l'esperimento generale più complesso del federalismo, nel quale sono mancate forme effettive di autonomia regionale e aziendale poiché, da un lato, il mantenimento di un forte accentramento statale nelle scelte relative alla devoluzione delle risorse e, dall'altro, il commissariamento delle regioni inosservanti dei costi standard

---

<sup>51</sup> Il tema complesso dell'effettività del diritto alla salute è indagato anche sul campo delle riflessioni teorico-giuridiche in ordine alla giustizia nell'allocatione delle risorse ed all'accesso alla cure mediche in condizioni di equità: senza pretesa di esaustività, ed anche per i riferimenti bibliografici, v. N. VICECONTE, *Il finanziamento del SSN*, R. BALDUZZI – G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, 2013, p. 371 ss.; L. ANTONINI, *Il diritto alla salute e la spesa costituzionalmente necessaria: la giurisprudenza costituzionale avverte il faro della Corte*, in *federalismi.it*, n. 22/2017; T. FRITTELLI, *Spunti di riflessione sul sistema di finanziamento del SSN*, *ivi*, n. 21/2017; L. FORNI, *Il modello italiano per la salute, tra crisi economica, scarsità delle risorse e crisi dei diritti. Un'analisi teorico-giuridica*, in *Riv. trim. Scienza dell'Am.*, n.4/2015, p. 43 ss. Sul punto, v. anche C. CHIAPPINELLI, *Riforme istituzionali, del sistema sanitario e dei controlli: esiste un fil rouge?*, in *Corti supreme e salute*, n. 3/2018, p. 630, ad avviso del quale «ancor più, a fronte dell'esigenza rimarcata dalla Corte costituzionale (cfr. sent. n. 169/2017), di enucleare le prestazioni "costituzionalmente necessarie", la realtà sanitaria appare emblematica, nell'articolata e policentrica evoluzione, della stessa complessità del sistema e, in particolare, delle persistenti, ma sempre innovantesi, potenzialità dei controlli anche al fine di un corretto bilanciamento tra priorità e risorse in un quadro istituzionale plurilivello».

<sup>52</sup> Nel Rapporto n. 6/2019, *Il monitoraggio della spesa sanitaria* (in [www.rgs.mef.gov.it](http://www.rgs.mef.gov.it)), cap. 7, p. 185 ss., il Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, illustra gli elementi e gli strumenti della riforma di cui al d.lgs. n. 118/2011 s.m.i. che, nel settore sanitario, mostrano un campo d'applicazione diretto al superamento di peculiari criticità: «A partire dall'anno 2001, infatti, sono state via via evidenziate delle criticità e dei limiti sia del modello di gestione della sanità, sia del sistema di monitoraggio. In particolare le principali criticità emerse sono state: la mancanza sul bilancio regionale di una perimetrazione dei capitoli di entrata e di spesa relativi al servizio sanitario con conseguente impossibilità di monitorare le iscrizioni di competenza e di cassa relative alla sanità che transitavano su tale bilancio; la mancanza di un soggetto terzo che desse garanzia della correttezza e della completezza delle iscrizioni sul bilancio regionale relative al Servizio sanitario regionale (SSR); la disomogeneità nelle contabilizzazioni relative alle immobilizzazioni e nella valutazione dei conseguenti ammortamenti da iscrivere nel conto economico, anche sui beni di prima dotazione; disomogeneità nelle sterilizzazioni degli ammortamenti dei beni acquistati con finanziamenti esterni; l'assenza di un bilancio civilistico della parte di spesa sanitaria gestita direttamente dal bilancio regionale e di un bilancio civilistico per il Consolidato regionale sanità; l'esistenza in un unico conto di tesoreria regionale che non permetteva di evidenziare i flussi della sanità separatamente da quelli non sanitari.»; tale inquadramento è completato dall'analisi della nuova disciplina contabile (186 ss.).

ammissibili, hanno determinato una sorte di inedito federalismo differenziato sul versante dei costi e del controllo della spesa sanitaria<sup>53</sup>.

Ancora attuali le riflessioni che hanno definito “un rompicato” il reperimento delle risorse economiche nella sanità, rilevando “il paradosso dell’eterno riformatore”, nell’ «intento di riportare la spesa pubblica nel campo della sanità a valori economici compatibili con i flussi di finanza pubblica<sup>54</sup>, in un’ottica di

---

<sup>53</sup> Si deve rilevare che la Corte dei Conti, Sezioni riunite in sede di controllo, nell’ultimo *Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica*, 2019, approvato nell’Adunanza del 22 maggio 2019 e consultabile in [www.corteconti.it](http://www.corteconti.it), nell’illustrare il contributo del settore sanitario agli obiettivi di finanza pubblica (Parte II, La spesa e le politiche sociali, pp. 187-242), non trascura di evidenziare le criticità ancora da superare rispetto al crescente fabbisogno del settore, alla carente *governance* locale e la necessità di mirare la gestione della spesa sulle effettive necessità della popolazione, utilizzando strumenti di valutazione sempre più accurati e sofisticati: «Il 2018 conferma i buoni risultati ottenuti dal settore nel controllo della spesa, ma segnala anche una ripresa della crescita di alcune sue componenti. Una dinamica della spesa inferiore alle entrate e il rinvio di alcune uscite previste al momento della programmazione annuale consentono di migliorare il contributo del settore agli obiettivi di finanza pubblica. Andamenti che trovano alimento (e parziale conferma) nei pre-consuntivi regionali trasmessi al Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) e oggetto dei Tavoli di verifica che si sono tenuti nella primavera che conferma la ridotta dimensione dei disavanzi nelle Regioni in squilibrio. Sono chiare, tuttavia, anche le difficoltà a garantire in tutto il Paese adeguati livelli di assistenza. I primi risultati del nuovo sistema di garanzia non fanno che confermare, aggravandolo, un quadro che presenta diverse criticità spesso riconducibili alla sola questione delle risorse finanziarie. Difficoltà che hanno le radici in una carente *governance* locale, in difficoltà di programmazione della spesa (cogliendo i fabbisogni effettivi della popolazione) e in una dotazione infrastrutturale ancora insufficiente. Le scelte da assumere nei prossimi anni devono poi affrontare due temi di grande rilievo entrambi destinati ad accrescere il fabbisogno del settore e a porre sfide importanti al carattere universalistico e solidale del nostro sistema: il progressivo invecchiamento della popolazione e le innovazioni nel campo delle cure, che offrono nuove opportunità ma comportano costi crescenti e adeguati investimenti.

Tali sviluppi, e le difficoltà in cui si muove ancora oggi la finanza pubblica, richiedono il mantenimento di una attenta gestione della spesa e la messa in discussione di assetti e sistemi anche consolidati. Si tratta di muovere con decisione per affrontare i fronti rimasti aperti dalla scorsa legislatura: la *governance* farmaceutica e dei dispositivi medici, per la quale si tratta di rivedere gli strumenti a disposizione per garantire la sostenibilità della spesa, a partire dal *payback* ed dalla negoziazione del prezzo; le partecipazioni alla spesa, di cui occorre rivedere modalità di funzionamento e ragioni; la dotazione di capitale umano, che richiede di intervenire sulla formazione delle nuove leve e sullo sblocco del *turn-over* per accompagnare lo svecchiamento delle strutture e l’adeguamento alle nuove esigenze di cura; l’integrazione tra assistenza sociale e sanitaria, per poter affrontare al meglio la questione dell’invecchiamento della popolazione e dell’insufficienza dell’assistenza domiciliare, dando una risposta effettiva al problema delle cronicità.

La stessa messa a punto degli strumenti fino ad ora utilizzati deve essere inquadrata in una logica che consenta di mirare la gestione della spesa sulle effettive necessità della popolazione, utilizzando strumenti di valutazione sempre più accurati e sofisticati. Di qui, la opportunità (e la necessità) di utilizzare al meglio, anche su questo fronte, le innovazioni e le informazioni disponibili.

Come già sottolineato nel Rapporto dello scorso anno, il mutare delle caratteristiche del mondo del lavoro e, in generale, della società, associate ad innovazioni e cambiamenti demografici, richiedono che le scelte assunte in campo previdenziale, assistenziale e sanitario siano sempre più coordinate e coerenti. Una polarizzazione delle risorse su alcuni obiettivi particolari rischia di restringere i margini entro cui ci si deve muovere per rispondere a necessità primarie e garantire i livelli di assistenza.»

<sup>54</sup> In base ai dati sull’andamento della spesa sanitaria per il 2018 della Corte dei Conti, Sezioni riunite in sede di controllo, nell’ultimo *Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica*, 2019, cit., in particolare, pp. 190-191, l’ultimo anno ha registrato un peggioramento dei conti, con un differenziale geografico: «Nel 2018 i risultati di esercizio (senza considerare i contributi aggiuntivi disposti a livello regionale per la garanzia dei Lea) sembrano presentare un seppur limitato peggioramento: le perdite crescono, passando dagli 893 milioni del 2017 a poco più di 1.106 milioni. Sulla lettura dei risultati dell’anno incide tuttavia anche la considerazione del saldo mobilità internazionale (negativo per poco meno di 90 milioni) non considerato in precedenza.

Il peggioramento dei risultati è simile tra Regioni in Piano e non in Piano: le prime vedono crescere la perdita (prima delle coperture ulteriori) da 139,5 a 205 milioni. Le Regioni non in Piano vedono crescere il deficit complessivo dai circa

tendenziale riequilibrio che ci si prefigge di raggiungere grazie alla contestuale attivazione di misure di risparmio di spesa e con una sorta di “chiamata alle armi” rivolta agli utenti del servizio che vengono così gravati di oneri crescenti di contribuzione e di partecipazione ai costi delle prestazioni fruitive<sup>55</sup>.

In questa sede, per i profili che interessano, in sintesi, si punta l'attenzione sulle criticità riscontrabili nella disciplina del procedimento stabilito per la determinazione del fabbisogno e del costo standard, quale modello prescelto alla base del complesso processo di ripartizione regionale delle risorse finanziarie<sup>56</sup>.

La disciplina ribadisce il principio, già enunciato nel Patto per la Salute 2010-2012, secondo cui il finanziamento della sanità rappresenta una scelta di politica e di programmazione della politica economica, che ricompone gli obiettivi di assistenza sanitaria con i vincoli di finanza pubblica, per cui il fabbisogno sanitario nazionale deve anche corrispondere all'ammontare di risorse necessarie ad assicurare

---

753 milioni dello scorso anno a poco più di 900 milioni. Un aumento (di circa il 20 per cento) da ascrivere ad una dinamica dei costi in crescita dell'1,3 per cento a fronte di entrate in aumento di solo l'1,1 per cento. Una variazione in parte attenuata da un saldo mobilità, che migliora di un ulteriore 7 per cento superando 1,1 miliardi di euro nel 2018 e più che compensa il saldo mobilità internazionale negativo per 37 milioni.

Il peggioramento dei conti è da ricondurre soprattutto alle Regioni a statuto ordinario del Nord, che passano da un avanzo di 38,1 milioni del 2017 a un disavanzo di circa 89 milioni (un andamento essenzialmente dovuto a Piemonte e Liguria che presentano nel complesso un disavanzo di oltre 104 milioni) e alla Toscana (in deficit prima delle coperture per circa 32 milioni). La considerazione dei rischi che incidono su alcune voci gestionali e l'esclusione dal risultato degli utili delle aziende in avanzo ha comportato, in entrambi gli esercizi, una pur contenuta correzione in peggioramento del risultato. Nel 2018, tuttavia, questa risulta di dimensioni più limitate (180 milioni nel 2017 contro i 130 del 2018) e soprattutto concentrata pressoché esclusivamente sulle Regioni in Piano. In queste Regioni la perdita sale a 330 milioni mentre si mantiene al di sotto dei 910 milioni nelle altre.

Considerando i trasferimenti previsti dalle Regioni a statuto speciale, le coperture contabilizzate nei CE e quelle individuate a consuntivo il risultato muta ancora. Nelle Regioni in Piano, l'esito è positivo per 72,4 milioni rispetto all'utile di 21,4 milioni dello scorso anno. Migliora anche il risultato di quelle non in Piano, che da un disavanzo di 25,4 milioni passano ad un avanzo di 24,1 milioni.

Nel complesso, le Regioni che presentano un disavanzo dopo le coperture (non si considera la Valle d'Aosta per la quale i risultati non sono definitivi) sono 4: la Toscana (per circa 32 milioni), il Molise (22,1 milioni), la Calabria (61,6 milioni) e la Sardegna (4,6 milioni). Per quanto riguarda il Piemonte, il cui risultato già negativo era stato rideterminato in una perdita di 51,7 milioni, la Regione ha prodotto coperture per oltre 77 milioni, riportando il risultato in attivo per oltre 25 milioni. La Liguria ha coperto il disavanzo di 56,1 milioni con risorse iscritte nel bilancio 2019 per 60 milioni.

Ancora da definire la situazione rilevata dal Tavolo di monitoraggio in relazione alla Regione Toscana. Per il disavanzo di 31,9 milioni ancora non sono state prodotte coperture.

Tra le Regioni in Piano di rientro, la Puglia ha coperto la perdita di 56,4 milioni con risorse aggiuntive conseguendo un avanzo di 2,1 milioni mentre si confermano in disavanzo, nonostante le risorse aggiuntive mobilitate, il Molise e, soprattutto, la Calabria. Il risultato di quest'ultima, che presentava una perdita in crescita rispetto all'esercizio precedente, perdite pregresse non coperte e una condizione di criticità nella fornitura dei LEA, ha portato alla predisposizione di un provvedimento urgente che ha disposto misure di natura eccezionale ma limitate nel tempo che attribuiscono poteri speciali alla gestione commissariale della Regione»

<sup>55</sup> Cfr. R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, cit., p. 189.

<sup>56</sup> Sulla distinzione delle singole voci di finanziamento del SSN (Entrate proprie degli enti, Irap, compartecipazione delle regioni a statuto speciale e delle province autonome, bilancio dello Stato) e sulla complessa disciplina che, sul piano applicativo registra, annualmente, anche un costante ritardo nel riparto del FSN, non consentendo alle regioni una tempestiva attività programmatoria, v. T. FRITTELLI, *Spunti di riflessione sul sistema di finanziamento del Servizio Sanitario nazionale*, cit., p. 6 ss.

i livelli essenziali di assistenza (LEA), erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza (art. 26, comma 1) d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni.

Ai fini della determinazione dei costi e dei fabbisogni regionali, l'art. 27, novellato più volte, conferma l'utilizzo dello strumento pattizio, ossia l'intesa, ma, a differenza di quanto avvenuto con la programmazione triennale prevista dagli ultimi Patti della salute, l'indicazione dell'ammontare del finanziamento da destinare alla sanità, e il relativo riparto fra le regioni, è affidata alla determinazione annuale del Ministro della salute, di concerto con il MEF, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, sentita la Struttura tecnica di supporto della stessa Conferenza (comma 1).

Ai fini della determinazione dei costi standard, è prevista l'individuazione di tre regioni di riferimento (regioni *benchmark*) per le determinazioni dei migliori valori di costo delle prestazioni sanitarie, poiché l'importo spettante a ciascuna regione dipende dai costi registrati nel *set* delle tre regioni *benchmark* selezionate, in quanto in grado di assicurare l'erogazione dell'assistenza sanitaria in condizioni di efficienza ed appropriatezza.

Segnatamente, le regioni di riferimento sono «le tre regioni, tra cui obbligatoriamente la prima, scelte dalla Conferenza Stato-Regioni tra le cinque indicate dal Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni e per la coesione territoriale, in quanto migliori cinque regioni che, avendo garantito l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizione di equilibrio economico, comunque non essendo assoggettate a piano di rientro e risultando adempienti [...] sono individuate in base a criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza [...]»(art. 27, comma 5).

Il decreto considera in equilibrio economico le regioni che «garantiscono l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza e di appropriatezza con le risorse ordinarie stabilite dalla vigente legislazione a livello nazionale, ivi comprese le entrate proprie regionali effettive» (art. 27, comma 7). Le regioni in equilibrio economico vengono individuate in base ai risultati relativi al secondo esercizio precedente a quello di riferimento .

Nell'individuazione delle regioni *benchmark*, inoltre, risulta garantita una rappresentatività territoriale in termini di appartenenza al Nord, al Centro ed al Sud, considerando almeno una regione di piccole dimensioni .

I costi standard vengono, così, computati a livello aggregato per ciascuno dei tre macrolivelli di assistenza (assistenza collettiva, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera) sulla base della media pro-capite pesata del costo registrato dalle regioni di riferimento (art. 27, comma 6) e le cifre così individuate vengono applicate alla popolazione regionale pesata per classi di età (art. 27, comma 7) .



In ultimo, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, l'Intesa del 13 febbraio 2019 ha individuato Piemonte, Emilia Romagna, Veneto quali regioni *benchmark* per dati di costo e di attività; nella successiva Intesa del 6 giugno 2019, si è definitivamente determinata la ripartizione tra le regioni del finanziamento del SSN per l'anno 2019 pari a 114.474,00 milioni di euro<sup>57</sup>, e tale livello di finanziamento è stato aggiornato nell'Intesa tra Stato e regioni del 18 dicembre 2019, relativa al Patto per la Salute 2019/2021<sup>58</sup>.

E' evidente la connotazione *top down* dell'intera procedura, la quale si sostanzia ben lontana dal determinare i bisogni di salute della popolazione per definire, conseguentemente, le prestazioni ed i relativi costi.

Il metodo del costo standard non appare funzionale a determinare – per somma – il livello complessivo della spesa sanitaria, bensì funziona da mero criterio di riparto delle risorse disponibili, stabilite *ex ante*, tra le regioni, in base al quale, in estrema sintesi, la quota di spesa di ciascuna regione è corrispondente alla quota pesata di popolazione regionale rispetto alla popolazione pesata nazionale ed agli indici di costo delle tre regioni di riferimento .

La questione d'interesse è che l'applicazione di tale metodologia non attribuisce rilievo ai (variabili e variegati) bisogni di salute dei singoli contesti regionali, poiché si comprende che anche la nozione di fabbisogno è riferita al reperimento delle risorse necessarie a remunerare le prestazioni rientranti nei livelli essenziali<sup>59</sup> e, quindi, anche in tale disciplina positiva (del rapporto tra diritto alla salute e risorse finanziarie) emerge un meccanismo distributivo che anticipa il rilievo della disponibilità di cassa rispetto alla dimensione della programmazione delle prestazioni sui bisogni di salute.

Il processo di standardizzazione dei costi, invece, potrebbe essere migliorato e corretto, arricchendo la formula “capitaria” di ulteriori pesi ed obiettivi, correlati al calcolo delle quote regionali: appare inadeguata la previsione – quale unico elemento di correzione – del peso per classe di età della popolazione di cui all'art. 27, comma 7-*bis* del d. lgs. n. 68/2011, rilevando le disuguaglianze che hanno un'origine territoriale e si manifestano anche nelle modalità di accesso e di contribuzione/pagamento della prestazione sanitaria.

Per una connotazione sostanziale del procedimento distributivo improntato ad un'efficienza coniugata all'attuazione del principio di eguaglianza sostanziale, dovrebbe darsi rilievo al c.d. indice di deprivazione

---

<sup>57</sup> Per una visione complessiva del quadro normativo e gestionale della spesa sanitaria, attualizzati ai risultati del monitoraggio 2019, v. il *Rapporto n. 6 - Il monitoraggio della spesa sanitaria*, 2019, elaborato a cura della Ragioneria Generale dello Stato, cit., *infra* in nota 22.

<sup>58</sup> Sui contenuti del recente Patto per la Salute 2019/2021, v. *infra* nota 47.

<sup>59</sup> In senso critico, G. FARES, *Problemi attuali dell'ordinamento sanitario*, Torino, 2012, p. 214; v. anche G. CRISAFI, *Fabbisogni e costi standard, un'occasione perduta*, in *Rivista AIC*, n. 3/2016; T. FRITTELLI, *Spunti di riflessione sul sistema di finanziamento del Servizio Sanitario nazionale*, cit., p. 9 ss.

socio-economica<sup>60</sup>, al fine di introdurre un parametro giuridico di riconoscimento dell'impatto che le condizioni socio-economiche, correlate alla dimensione dell'appartenenza territoriale, sono in grado di determinare sull'accesso ai servizi sanitari, sulla dimensione del rischio sanitario ed, altresì, sugli esiti.

Per questa via, si riconoscerebbe un peso reale alle disuguaglianze sociali ed economiche nel complesso procedimento di finanziamento dei SSR, in modo da parametrare, in parte, il processo distributivo delle risorse economiche disponibili alla consistenza reale dei livelli di salute, ormai, come evidenziato, oggetto di plurime indagini e misurazioni settoriali.

In modo complementare, nel procedimento distributivo delle risorse finanziarie, dovrebbe essere inserito un ulteriore parametro applicativo dei rilevanti differenziali di mobilità passiva che caratterizzano le scelte di cura degli utenti, al fine di sostenere investimenti e potenziamenti, organizzativi e strumentali, in quelle realtà aziendali e regionali che evidenziano, da tempo, indici di fuga dei pazienti che andrebbero corretti e rimediati con una risposta amministrativa che rilancia l'efficienza e l'efficacia del servizio sanitario e la qualità ed appropriatezza delle prestazioni, e ciò con il sostegno delle corrispondenti ed adeguate risorse economiche necessarie<sup>61</sup>.

Si deve osservare che, nell'ultimo Patto per la Salute 2019/2021, si ricavano indici interpretativi che evidenziano il riconoscimento del rilievo distorsivo della mobilità passiva che, quale fenomeno storico, non viene registrato nei suoi andamenti quale espressione applicativa della libertà di scelta del paziente e, in ordine ad esso, vengono stabiliti interventi correttivi di tipo organizzativo<sup>62</sup>.

---

<sup>60</sup> Nella letteratura scientifica, l'elaborazione di specifici indicatori di deprivazione socio-economica su *target* variabili di popolazione (gruppi, a livello comunale ovvero a livello d'aggregazione superiore, pesati per genere e per classi di ampiezza demografica) appare un approccio metodologico diffuso negli studi sanitari, ambientali ed ecologici, al fine di condurre analisi di relazione tra lo stato socio-economico di deprivazione e l'occorrenza di mortalità, di specifiche patologie, di rinuncia alle cure, di accessi alle cure ed esiti differenziati. In particolare, in ambito sanitario, la costruzione di indicatori SE è utilizzato per misurare variazioni relative a fenomeni sanitari, onde monitorare la distribuzione geografica e l'andamento temporale delle disuguaglianze di salute e di utilizzo dei servizi. Nella direttrice d'indagine secondo la quale la deprivazione è un concetto multidimensionale che considera lo svantaggio nel possesso di risorse, sia materiali che sociali, la cui misurazione compare nella letteratura internazionale sin dall'inizio degli anni Ottanta, allo stato, sul piano del diritto positivo, non vi è una definizione univoca del concetto di deprivazione e un metodo unico per la sua misura, atteso che le scelte dipendono dal quesito decisionale al quale l'indice è chiamato a fornire risposta. Per un approfondimento dell'applicazione dell'indicatore in Sanità, *ex multis*, E. CADUM, G. COSTA G, A. BIGGERI A, M. MARTUZZI, *Deprivazione e mortalità: un indice di deprivazione per l'analisi delle disuguaglianze su base geografica*, in *Epidemiol. Prev.* 1999, p. 175 ss.; G. COSTA, T. SPADEA, M. CARDANO, *Disuguaglianze di Salute in Italia*, in *Epidemiol Prev.*, suppl., 2004, pp. 1-162; Quinto Rapporto S.E.N.T.I.E.R.I. – *Studio epidemiologico nazionale dei territori e degli insediamenti esposti a rischio da inquinamento*, 2019, suppl., tutti consultabili su [www.epiprev.it](http://www.epiprev.it). Occorre richiamare che, allo stato, sul piano giuridico-economico, vi è una dimensione sperimentale applicativa di tali indici, già riscontrabile nell'elaborazione (nella sua terza edizione) dell'Allegato sugli indicatori di Benessere Equo e Sostenibile (BES) al Documento di Economia e Finanza 2019 (DEF) da quando essi sono stati introdotti nel ciclo di programmazione economico-finanziaria. L'Allegato BES monitora, in particolare, l'andamento dei dodici indicatori selezionati dal Comitato BES che afferiscono a otto dei dodici domini del benessere, individuati nel Rapporto BES dell'Istat, di cui *infra* in note nn. 25 e 26.

<sup>61</sup> Sulla mobilità passiva, v. *infra* nota 23.

<sup>62</sup> Si rileva che, nel Patto per la Salute 2019-2021, la "Scheda 4 – Mobilità sanitaria", pur non individuando risorse economiche a sostegno della correzione dei fenomeni di mobilità sanitaria, riconosce il rilievo di tale storica questione

In tale contesto, l'inserimento di nuovi parametri (indice di deprivazione economico-sociale e indice di mobilità sanitaria) nel procedimento distributivo delle risorse finanziarie assumerebbe lo scopo di rendere disponibili le risorse necessarie ai reali bisogni di salute (variabili nelle realtà territoriali), nel quadro di un'azione amministrativa (regionale ed aziendale) di costante monitoraggio ed analisi delle disuguaglianze di salute presenti nei territori, individuandone cause ed interventi correttivi di armonizzazione.

Sullo sfondo, rimane d'attualità, e si condivide, il monito di chi ha osservato che, nella sanità, il reale problema delle risorse disponibili non deve essere considerato in sé un dato, ma una variabile indipendente essendo la loro quantità definita e non illimitata, ma non essendo affatto un dato la loro distribuzione, rimanendo questa il prodotto della volontà politica di destinare a questo impiego le somme necessarie, distogliendole da altre utilizzazioni.<sup>63</sup>

---

sanitaria ed individua strumenti di tipo organizzativo, compresi i controlli sull'appropriatezza delle prestazioni erogate dai privati accreditati, al fine di valutare e migliorare i processi di mobilità nell'ottica di salvaguardare una mobilità "fisiologica" e recuperare, a tutela di un più equo e trasparente accesso alle cure, fenomeni di mobilità dovuti a carenze locali e/o regionali, organizzative e/o di qualità e quantità di prestazioni: «La mobilità sanitaria costituisce esplicitazione del principio di unitarietà del SSN e del diritto di libera scelta del cittadino, esercitabile nell'ambito del quadro normativo vigente, sia in relazione alla salvaguardia degli equilibri economico-finanziari, dell'appropriatezza delle cure, del diritto alla prossimità dei servizi, sia in coerenza con le funzioni che fanno capo alle Regioni e agli Enti del Servizio sanitario nell'esercizio delle loro competenze in materia di programmazione e di committenza. La lettura e l'evoluzione dei fenomeni di mobilità sanitaria, regolati nell'ambito di intese nazionali relativamente agli aspetti economico-finanziari, al valore tariffario delle prestazioni ed alla loro appropriatezza, evidenzia situazioni di criticità sia nelle aree di confine che nei flussi di mobilità interregionali, in particolare dal sud al nord del paese, anche per carenze dell'offerta complessiva di prestazioni. La mobilità dei pazienti deve essere considerata a tutti gli effetti come un tema da attribuire alle competenze di programmazione delle regioni di residenza dei pazienti e quindi strettamente correlato con gli adempimenti conseguenti al Nuovo sistema di garanzia (NSG) ed al programma nazionale delle liste di attesa (PNGLA). Di qui la necessità di mettere in campo alcune azioni, fra cui: 1. elaborare un programma nazionale Governo-Regioni, al fine di valutare e migliorare i processi di mobilità nell'ottica di salvaguardare una mobilità "fisiologica" e recuperare, a tutela di un più equo e trasparente accesso alle cure, fenomeni di mobilità dovuti a carenze locali/regionali organizzative e/o di qualità e quantità di prestazioni, Istituire un gruppo di lavoro Ministeri/regioni per una lettura del fenomeno sulla base dei lavori in corso presso il Ministero della salute con l'obiettivo di definire un nuovo quadro nazionale di riferimento a sostegno degli accordi regionali, già normativamente previsti, al fine di renderli attuativi. In particolare, il gruppo di lavoro dovrà individuare procedure idonee a rendere vincolanti e a garantire l'operatività dei citati accordi; 2. elaborare e attuare specifici programmi regionali rivolti alle aree di confine nonché ai flussi interregionali con particolare riferimento al flusso sud/nord per migliorare e sviluppare i servizi in loco al fine di evitare problemi di accesso, rilevanti costi sociali e finanziari a carico dei pazienti; 3. rendere tali piani funzionali in ragione dei processi di attuazione delle nuove procedure e degli obiettivi del piano nazionale liste attese (PNGLA); 4. valutare la definizione di specifici piani di sviluppo sulle strutture pubbliche e private accreditate al fine di potenziare i servizi in loco, sempre nel rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario nazionale. 5. valutare altresì la compatibilità dei tetti vigenti in coerenza con i piani di recupero della mobilità, sempre nel rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario nazionale.

Governo e Regioni condividono inoltre l'esigenza di avviare un percorso di armonizzazione dei sistemi di controllo di appropriatezza degli erogatori accreditati con l'obiettivo di migliorare l'efficienza e l'appropriatezza nell'uso dei fattori produttivi e l'ordinata programmazione del ricorso agli erogatori pubblici e privati accreditati. Si conviene pertanto di istituire un gruppo di lavoro Ministeri/regioni con il compito di sviluppare un sistema di valutazione omogeneo sul territorio nazionale tramite un set di indicatori oggettivi e misurabili, anche attraverso i dati del Sistema Tessera Sanitaria, anche al fine di superare l'elevata frammentazione che caratterizza l'attuale panorama delle diverse Regioni e Province Autonome. Si conviene altresì di applicare le medesime procedure di controllo sia per i pazienti residenti che per i pazienti non residenti.»

<sup>63</sup> Cfr. M. LUCIANI, *I livelli essenziali delle prestazioni*, cit., p. 14.

## 2.2 La dimensione soggettiva (i soggetti valutatori)

In ogni amministrazione pubblica, da oltre un decennio, la valutazione della performance è assicurata dall'Organismo Indipendente di Valutazione, di cui all'art. 14 del d. lgs. n. 150/2009 s.m.i., composto da soggetti in possesso di particolari requisiti di competenza, esperienza ed integrità, iscritti nell'Elenco Nazionale istituito presso il Dipartimento della Funzione Pubblica e selezionati dalle aziende sanitarie mediante procedure comparative<sup>64</sup>.

Tale disciplina, pur volendo istituire un "corpo tecnico" di valutatori della performance, connotato dalla ripartizione in tre distinte fasce professionali<sup>65</sup>, nella Sanità, non sembra avere conseguito in modo coerente lo scopo, nella misura in cui i requisiti di competenza ed esperienza consistono nell'«essere in possesso di diploma di laurea (vecchio ordinamento) o laurea specialistica o laurea magistrale» e «di comprovata esperienza professionale di almeno cinque anni, maturata presso pubbliche amministrazioni o aziende private, nella misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale, nella pianificazione, nel controllo di gestione, nella programmazione finanziaria e di bilancio e nel *risk management*»<sup>66</sup> e, dunque, ai valutatori non è neppure richiesta la pregressa competenza ed esperienza nelle materie e nel settore d'amministrazione da valutare.

---

<sup>64</sup> Cfr. art. 14 d. lgs. n. 150/2009 s.m.i.; art. 6, commi 3 e 4, del d. P. R. 9 maggio 2016 n. 105; in particolare, sull'istituzione dell'Elenco nazionale rileva l'art. 1 (Istituzione dell'Elenco nazionale dei componenti degli Organismi indipendenti di valutazione della performance) del D. 2 dicembre 2016 del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione: «1. In attuazione dell'articolo 6, commi 3 e 4, del decreto del Presidente della Repubblica 9 maggio 2016, n. 105, presso il Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del consiglio dei ministri (di seguito "Dipartimento") è istituito l'Elenco nazionale dei componenti degli Organismi indipendenti di valutazione della performance, di seguito Elenco nazionale. 2. L'iscrizione all'Elenco nazionale è condizione necessaria per la partecipazione alle procedure comparative di nomina degli Organismi indipendenti di valutazione della performance (di seguito "OIV"), istituiti ai sensi dell'articolo 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, presso amministrazioni, agenzie ed enti statali, anche ad ordinamento autonomo. 3. Le domande di iscrizione all'Elenco nazionale sono presentate al Dipartimento con le modalità di cui all'articolo 3. 4. I soggetti iscritti all'Elenco nazionale sono collocati in sezioni distinte per fasce professionali secondo quanto disciplinato dal presente decreto.»

<sup>65</sup> Sull'articolazione dell'Elenco nazionale in fasce professionali, l'art. 5 (Fasce professionali) del d.m. 2 dicembre 2016 stabilisce: «1. Il Dipartimento colloca i soggetti iscritti nell'Elenco nazionale nelle fasce professionali di cui al comma 2, tenendo conto dei requisiti di competenza e esperienza di cui all'articolo 2, comma 1, lettera b).

2. Sono individuate le seguenti fasce professionali: a) Fascia 1 - esperienza professionale di almeno cinque anni negli ambiti indicati nell'articolo 2, comma 1, lettera b), numero 2; b) Fascia 2 - esperienza professionale di almeno otto anni negli ambiti indicati all'articolo 2, comma 1, lettera b), numero 2, di cui tre come componente di Organismo indipendente di valutazione della performance o Nuclei di valutazione con funzioni analoghe; c) Fascia 3 - esperienza professionale di almeno dodici anni negli ambiti indicati all'articolo 2, comma 1, lettera b), numero 2, di cui tre come componente di Organismo indipendente di valutazione della performance o Nuclei di valutazione con funzioni analoghe in amministrazioni con almeno duecentocinquanta dipendenti. 3. Successivamente alla prima iscrizione, l'inserimento nelle fasce professionali può essere

modificato dal Dipartimento su istanza dell'interessato, previa verifica del possesso dei requisiti di cui al comma 2.

<sup>66</sup> In base all'art. 2 (Requisiti di competenza, esperienza e integrità) del d. m. 2 dicembre 2016, l'iscrizione nell'Elenco nazionale «può essere chiesta esclusivamente dai soggetti in possesso dei seguenti requisiti:

a) generali: 1. essere cittadino italiano o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea; 2. godere dei diritti civili e politici; 3. non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti giudiziari iscritti nel casellario

In particolare, nella valutazione della performance in Sanità, la questione rilevante che si pone è che gli obiettivi, gli indicatori ed il patrimonio conoscitivo delle informazioni e dei dati utilizzati nel processo di valutazione presentano una distribuzione contenutistica solo in parte afferente all'ambito "giuridico-economico" dell'efficienza, dunque ai contenuti amministrativi dell'organizzazione e delle prestazioni: in misura prevalente, gli elementi descrittivi ed identificativi degli obiettivi di performance ed i relativi indicatori di misurazione<sup>67</sup> sono correlati alla complessa varietà dei contenuti prestazionali sanitari e dei risultati di prestazione e di servizio conseguiti, anche in termini di qualità, di appropriatezza e di governo clinico.

Rispetto alla peculiare connotazione del sistema sanitario, i valutatori sprovvisti di competenze medico-sanitarie – ossia i soggetti con competenze ed esperienze in ambito giuridico ed economico, che sono quelli che affollano l'Elenco nazionale<sup>68</sup> – si dimostrano "strutturalmente incompetenti" nell'esercizio delle funzioni e dei compiti attribuiti, risolvendosi la loro attività, nella sostanza, in una forma burocratica di controllo esterno di tipo documentale<sup>69</sup>.

---

giudiziale. Le cause di esclusione di cui al presente numero operano anche nel caso in cui la sentenza definitiva disponga l'applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale;

b) di competenza ed esperienza: 1. essere in possesso di diploma di laurea (vecchio ordinamento) o laurea specialistica o laurea magistrale; 2. essere in possesso di comprovata esperienza professionale di almeno cinque anni, maturata presso pubbliche amministrazioni o aziende private, nella misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale, nella pianificazione, nel controllo di gestione, nella programmazione finanziaria e di bilancio e nel risk management;

c) di integrità: 1. non essere stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal libro secondo, titolo II, capo I del codice penale; 2. non aver riportato condanna nei giudizi di responsabilità contabile e amministrativa per danno erariale; 3. non essere stati motivatamente rimossi dall'incarico di componente dell'OIV prima della scadenza del mandato; 4. non essere stati destinatari, quali dipendenti pubblici, di una sanzione disciplinare superiore alla censura.»

<sup>67</sup> In relazione alla necessità di una corretta individuazione degli obiettivi ed al rischio di una sopravvalutazione del ruolo degli indicatori in relazione all'individuazione dell'interesse pubblico specifico, ove quest'ultimo non sia identificato attraverso l'interpretazione di un complessivo sistema di valori idonei a prefigurare quei parametri di legalità sostanziale ai quali rapportare l'azione amministrativa, la riflessione di G. IACOVONE, Indicatori di valutazione e buon andamento amministrativo nella performance dei pubblici dipendenti, cit., p. 110, la quale mette in guardia «dall'uso di modelli eccessivamente standardizzati che finiscono con il determinare una eccessiva concentrazione sull'aspetto meramente estrinseco dell'attività amministrativa, perdendo di vista l'aspetto sostanziale e così riconducendo anche il nuovo approccio metodologico, collocabile tra le ipotesi applicative del metodo strategico, nelle maglie del formale rispetto delle regole, creando così un vero effetto paradosso consistente in un "ritorno alle origini", allorché tra le finalità prioritarie che hanno impegnato il legislatore nelle diverse stagioni di riforma degli ultimi vent'anni emergeva la necessità del passaggio da un'amministrazione di procedure ad una amministrazione di risultati. A tale rischio si espone l'utilizzo esclusivo degli indicatori *ex ante* ed *ex post* per misurare e valutare la performance della PA, ove meramente e acriticamente traslati e non strettamente armonizzati con la funzione amministrativa e con la identificazione certa, in sede di programmazione e individuazione degli obiettivi strategici ed operativi, dell'interesse pubblico da perseguire, a sua volta individuato sulla base di una effettiva consapevolezza circa l'assetto degli interessi sottostanti.»

<sup>68</sup> Alla data del 24 febbraio 2020, risultano iscritti n. 5376 soggetti.

<sup>69</sup> Si tratta del controllo di tipo documentale sul Piano Triennale della Performance, sulla Relazione a fine ciclo, sui dati forniti del controllo di gestione e dell'*internal audit*, sui dati contenuti nella schede di valutazione dei dirigenti, valutatori di prima istanza, sui dati forniti dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

In particolare, viene in rilievo un grave deficit di competenza che, inoltre, svuota di contenuto la dimensione tutoriale<sup>70</sup> della funzione di controllo al servizio delle amministrazioni e delle performance, con una sostanziale dequotazione della capacità di analizzare e scandagliare sia il percorso organizzativo che, dalla definizione dell'obiettivo, giunge al risultato di performance, sia le eventuali dinamiche e le cause di scostamento rispetto ai valori attesi di risultato.

Nella sanità, tali criticità si aggiungono a quelle che parte della dottrina ha rilevato, in termini generali, in ordine alla valutazione della performance, in considerazione dell'eccesso della multidimensionalità e della genericità nella formulazione degli obiettivi (generali, operativi, individuali) e dell'inadeguatezza ricorrente degli indicatori di valutazione a misurare l'efficienza e l'efficacia dell'azione amministrativa nell'ottica di creazione di "valore pubblico" e della massima valorizzazione dei bisogni dell'utenza<sup>71</sup>.

Il secondo profilo di specialità che attiene alla dimensione soggettiva è che, nelle aziende sanitarie, accanto agli O.I.V., nell'osservanza dei CCNL delle dirigenze e del comparto, assumono rilievo i Collegi tecnici, ai quali è affidata<sup>72</sup> la valutazione pluriennale della dirigenza alla scadenza dell'incarico conferito in relazione alle attività professionali svolte ed ai risultati raggiunti; dei dirigenti di nuova assunzione, al termine del primo quinquennio di servizio in relazione all'indennità di esclusività di rapporto e del conferimento di nuovo incarico; dei dirigenti che raggiungono l'esperienza professionale ultraquinquennale in relazione all'indennità di esclusività.

---

<sup>70</sup> In via interpretativa, sulla connotazione tutoriale e non meramente sanzionatoria dei controlli interni sulla performance appare significativa la disciplina di cui all'art. 14, comma 4, del D. Lgs. n. 150/2009 s.m.i., in base alla quale l'Organismo Indipendente di Valutazione della performance «a) 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; b) comunica tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo ed amministrazione, nonché alla Corte dei conti e al Dipartimento della funzione pubblica»; rileva, altresì, la disciplina di cui all'art. 6 del D. lgs. n. 150 cit., dedicata alla funzione di monitoraggio svolta dall'O.I.V. :«Gli Organismi indipendenti di valutazione, anche accedendo alle risultanze dei sistemi di controllo strategico e di gestione presenti nell'amministrazione, verificano l'andamento delle performance rispetto agli obiettivi programmati durante il periodo di riferimento e segnalano la necessità o l'opportunità di interventi correttivi in corso di esercizio all'organo di indirizzo politico-amministrativo, anche in relazione al verificarsi di eventi imprevedibili tali da alterare l'assetto dell'organizzazione e delle risorse a disposizione dell'amministrazione. Le variazioni, verificatesi durante l'esercizio, degli obiettivi e degli indicatori della performance organizzativa e individuale sono inserite nella relazione sulla performance e vengono valutate dall'OIV ai fini della validazione di cui all'articolo 14, comma 4, lettera c).»

<sup>71</sup> Sul punto, G. IACOVONE, *Indicatori di valutazione e buon andamento amministrativo nella performance dei pubblici dipendenti*, cit., che, richiamando la riflessione di B. G. MATTARELLA ( *Il principio del merito*, in M. RENNA – F. SAIITA (a cura di), *Studi sui principi del diritto amministrativo*, Milano, 2012, p. 150), rileva la concorrenza di diversi fattori di criticità quali la multidimensionalità e genericità degli obiettivi e «in secondo luogo, ma non meno importante, la rilevazione affidata ad indicatori che di fatto incitano alla mera descrizione di adempimenti. Al riguardo, la "tragedia della valutazione" è stata ravvisata nella circostanza che "lo sforzo dei pubblici dipendenti viene indirizzato non verso il più efficace svolgimento delle funzioni pubbliche, ma verso la migliore valutazione" cui si connette un concetto di risultato tutto legato ai comportamenti, con conseguente distorsione anche del concetto di responsabilità individuale dei dirigenti che, anch'essa legate alle modalità di rilevazione. È diventata presidio della legalità formale e non del buon andamento.» (p. 109).

<sup>72</sup> Cfr. art. 15, comma 5, d. lgs. n.502/92; art. 26, comma 2, CCNL 2002/2005 - Aree Dirigenza Medica e Veterinaria e della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa, e successivi.

Tra i due organi di controlli e le rispettive valutazioni non sono previsti – nemmeno sul piano della disciplina regolamentare aziendale e, di regola, non si realizzano – processi di raccordo o di integrazione conoscitiva, potendo verificarsi anche gravi asimmetrie finali di giudizio valutativo sui medesimi profili di attività svolte dal valutato, anche se le valutazioni pluriennali del Collegio tecnico dovrebbero considerare quale “base istruttoria d’ufficio” anche gli esiti delle valutazioni annuali degli O.I.V. sui risultati conseguiti e sulle competenze dimostrate nell’organizzazione e nei rapporti con i cittadini utenti.

In questa direzione, sarebbe almeno auspicabile che, sul piano dei contenuti dei regolamenti aziendali, possano essere stabilite forme procedurali di coordinamento rispetto ai contenuti ed agli esiti dei due processi valutativi.

### **2.3 Il metodo ed il procedimento di controllo: i regolamenti aziendali di misurazione e valutazione della performance**

Nella cornice normativa di cui al d. lgs. n. 150/2009 s.m.i., il metodo ed il procedimento di controllo sono disciplinati, nel dettaglio applicativo, nei regolamenti sul Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance organizzativa ed individuale, che anche le Aziende sanitarie hanno l’obbligo di adottare e aggiornare annualmente<sup>73</sup>.

L’indagine condotta su 22 Regolamenti aziendali ha consentito di approfondire il livello d’intensità ed il grado di adeguatezza con cui le aziende sanitarie hanno fatto propria ed attuato la disciplina e le finalità della valutazione della performance.

Le aziende considerate sono state: per la Regione siciliana, l’ARNAS Garibaldi di Catania; per la Puglia, l’ASL di Brindisi; per la Calabria, l’ASP di Reggio Calabria; per l’Abruzzo, l’ASL n. 1 (Avezzano, Sulmona, L’Aquila); per il Molise, l’ASREM; per la Sardegna, l’AOU di Cagliari; per la Campania, ASL Napoli 1 Centro; per l’Umbria, l’USL Umbria 1; per l’Emilia Romagna, l’AUSL di Bologna; per le Marche, l’AOU Ospedali Riuniti di Ancona; per la Liguria, l’ASL 3 Genovese; per la Toscana, l’AUSL Toscana Nord Ovest; per la Lombardia, l’ATS città metropolitana di Milano; per il Friuli Venezia Giulia, l’Azienda per l’Assistenza sanitaria 5 Friuli occidentale; per il Piemonte, l’ASL Torino 1; per la Valle d’Aosta, l’AUSL Valle d’Aosta; per il Veneto, l’USSL 3 Serenissima; per il Trentino Alto Adige, l’Azienda sanitaria dell’Alto

---

<sup>73</sup> Cfr. art. 7, comma 1, d. lgs. n. 150/2009 s.m.i. In ultimo, il Dipartimento della Funzione pubblica, con nota Circolare n. 79054 del 18 dicembre 2019, ha richiamato le amministrazioni di cui all’art. 1, comma 2 del d. lgs. n. 165/2001 s.m.i., all’assolvimento dell’obbligo di «tempestivo aggiornamento dei Sistemi di misurazione e valutazione della performance», in ragione dei risultati del monitoraggio condotto, che ha evidenziato «come numerose amministrazioni debbano adeguare i propri Sistemi alle modifiche normative intervenute con il d. lgs. n. 74/2017» e ciò debba avvenire «in tempo utile onde assicurare la corretta attuazione a partire dal nuovo ciclo della performance 2020-2022».

Adige; per la Provincia autonoma di Trento, l'Azienda Provinciale per i servizi sanitari, per la Provincia autonoma di Bolzano, l'Azienda sanitaria della Provincia autonoma di Bolzano.

In ordine ai contenuti dei regolamenti aziendali, emerge una peculiare disomogeneità nelle regole, nei procedimenti di valutazione e nelle relativa dimensione applicativa – al limite della selva inestricabile – in ragione della quale la ricerca ha selezionato quattro profili d'indagine, considerati maggiormente incidenti sull'attuazione orientata dei controlli interni sulle performance sanitarie nella direzione del miglioramento della qualità dei servizi, della crescita delle competenze professionali e della trasparenza dell'intero processo valutativo, e per la promozione di una sostanziale e non burocratizzata cultura del merito e del risultato:

1) la partecipazione dei cittadini utenti al processo di misurazione della performance organizzativa, mediante l'adozione di sistemi di rilevazione della qualità percepita, con la pubblicazione annuale dei relativi dati<sup>74</sup>; 2) il rilievo della prevenzione della corruzione e della trasparenza amministrativa quali elementi fondamentali del contenuto della performance individuale ed il loro inserimento tra gli oggetti della valutazione<sup>75</sup>; 3) lo sviluppo professionale mediante la formazione e l'aggiornamento annuale - soprattutto della componente medico-sanitaria - e l'inserimento tra gli oggetti della valutazione individuale<sup>76</sup>; 4) la trasparenza delle informazioni concernenti la misurazione e la valutazione delle performance<sup>77</sup>.

Sotto il primo profilo, è da osservare che in nessuno dei regolamenti indagati è inserita la valutazione (esterna) della qualità percepita.

Ciò significa che, nonostante, nell'ultimo decennio, sia stata significativa l'evoluzione delle forme della partecipazione dei cittadini ai processi decisionali delle amministrazioni pubbliche anche nella proiezione funzionale del principio di sussidiarietà orizzontale, non si può riscontrare un analogo rilievo della partecipazione rispetto alla funzione amministrativa del controllo sulla performance. Nella cornice di tale ritardo attuativo, s'innestano le recentissime *“Linee guida sulla valutazione partecipativa nelle pubbliche amministrazioni”* (n. 4, novembre 2019) adottate dal Dipartimento della Funzione Pubblica presso la Presidenza del Consiglio dei ministri ai sensi del DPR n. 105/2016, che assumono l'obiettivo di fornire il supporto metodologico a sostegno dell'effettiva applicazione degli artt. 7, 8, 19 *bis* del d. lgs. n. 150/2009 s.m.i. che, nell'ottica della piena e strutturale integrazione dei modelli tradizionali e consolidati di valutazione delle performance delle amministrazioni pubbliche (la valutazione dirigenziale interna) con gli aspetti più innovativi della qualità percepita, delineano le forme di partecipazione dei cittadini e degli

<sup>74</sup> Cfr. artt. 3, comma 4, 7, comma 2, lett. c), 8 e 19 *bis* d. lgs. n. 150/2009 s.m.i.

<sup>75</sup> Cfr. art. 14, comma 4, lett. g) e art. 41 d. lgs. n. 33/2013 s.m.i.; art. 1, comma 59, l. n. 190/2012 s.m.i.

<sup>76</sup> Cfr. art. 1, comma 2 e art. 3, comma 1 d. lgs. n. 150/2009 s.m.i.

<sup>77</sup> Cfr. art. 3, comma 3 d. lgs. n. 150/2009 s.m.i.



utenti interni al processo valutativo, con un'estensione coerente della dimensione della valutazione della performance al profilo degli "impatti" ossia alla finalizzazione del sistema di controllo al miglioramento del livello di benessere dei cittadini e degli utenti, e ciò in base al principio di gradualità e del limite temporale triennale entro cui le Amministrazioni pubbliche hanno l'obbligo di estendere la valutazione partecipativa a tutte le attività ed i servizi erogati<sup>78</sup>.

Dunque, in tale contesto, appare ancor più paradossale che, nel settore della sanità (che dovrebbe essere) centrato sull'uomo e sui bisogni di salute, nel segmento della funzione di controllo, l'organizzazione non riesca ad attuare moduli applicativi del ruolo fondamentale del fruitore della prestazione, anche con un evidente scostamento dall'osservanza della relativa disciplina che, invece, inserisce la qualità percepita quale elemento strutturale del procedimento di valutazione delle performance organizzative<sup>79</sup>.

---

<sup>78</sup> In particolare, nelle Linee guida n. 4/2019 richiamate, consultabili sul Portale della Performance in [www.performance.gov.it](http://www.performance.gov.it), si evidenzia (nel §1. Presentazione) che «Il coinvolgimento di cittadini e utenti nel processo di valutazione della performance, oltre a rispondere al quadro normativo sopra delineato, è funzionale al perseguimento delle finalità intrinseche dei sistemi di valutazione delle prestazioni (*performance management*). Questi, infatti, non sono dei semplici sistemi informativi interni, ma puntano ad incidere su dimensioni quali l'impatto delle politiche e dei servizi pubblici sulla collettività e la fiducia dei cittadini nelle amministrazioni pubbliche. Attraverso tale coinvolgimento è possibile cogliere i vari significati e la differente rilevanza che i diversi *stakeholder* attribuiscono ai risultati conseguiti dall'amministrazione.» Sotto il profilo delle molteplici finalità perseguite, un'apertura, in chiave partecipativa, della valutazione della performance organizzativa viene considerata «imprescindibile per tre diverse ragioni: per eliminare l'autoreferenzialità: la performance organizzativa non deve essere valutata nella sola ottica dell'amministrazione, ma anche secondo la prospettiva degli utenti, poiché la generazione di valore pubblico va osservata pure secondo la loro percezione e realizzata con la loro partecipazione; per rafforzare i sistemi di gestione della performance: attraverso una maggiore coerenza tra le diverse dimensioni della performance organizzativa (efficienza, efficacia quantitativa e qualitativa, impatti) si favorisce la finalizzazione dei suddetti sistemi verso il miglioramento del livello di benessere di cittadini ed utenti; per soddisfare i requisiti normativi minimi».

Dunque, il Dipartimento assume una prospettiva di integrazione graduale del processo di valutazione delle performance delle amministrazioni pubbliche, considerando la valutazione partecipativa in aggiunta ai molteplici strumenti a disposizione delle amministrazioni pubbliche per rafforzare il ciclo della performance, migliorandone l'apertura in chiave partecipativa sia al loro esterno che al loro interno (mappa degli *stakeholder*, rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti, carta dei servizi, partecipazione dei cittadini nelle decisioni, valutazione esterna (partecipativa, attività di controllo o audit professionale), co-produzione di servizi, per menzionarne solo alcuni). In questa prospettiva, si rileva che «l'approccio partecipativo va, quindi, inteso nella maniera più ampia possibile lungo tutto il ciclo della performance: dalla fase di programmazione fino a quella di valutazione, secondo i modelli più innovativi di *governance*, promossi anche a livello internazionale. Tuttavia, in questa prima fase, il DFP intende fornire indicazioni metodologiche prevalentemente in ordine alle modalità di coinvolgimento dei cittadini nella fase di valutazione delle attività e dei servizi erogati, secondo un principio di gradualità (si veda più avanti la c.d. "Scala di sviluppo della valutazione partecipativa"), con l'obiettivo di promuovere il miglioramento continuo dei sistemi di *performance management*. In considerazione delle difficoltà connesse alla progettazione e all'utilizzo di strumenti di valutazione partecipativa e del diverso grado di maturità delle amministrazioni, le indicazioni di seguito fornite potranno essere implementate in maniera graduale. Ogni amministrazione, quindi, nel rispetto dei criteri di selezione di seguito indicati (cfr. par. 5.2), potrà individuare, nell'ambito del proprio Sistema di misurazione e valutazione della performance (SMVP), le attività e/o i servizi a cui applicare il modello di valutazione partecipativa, definendo al contempo un arco temporale, non superiore al triennio, entro il quale la partecipazione riguarderà tutte le attività e i servizi erogati, migliorando il circuito fra amministrazioni, cittadini ed imprese.»

<sup>79</sup> In alcuni casi, la rilevazione della qualità percepita assume modesto rilievo, in quanto è internalizzata: nel procedimento valutativo, il dirigente valutatore di prima istanza è chiamato ad esprimere un giudizio sull'item valutativo "Orientamento ai bisogni dell'utenza" nelle schede di valutazione. Cfr. i regolamenti aziendali sul Sistema di Misurazione e Valutazione

In generale, sul tema della qualità percepita, entra in gioco la complessità di valutazioni non solo d'ordine quantitativo, poiché misurare gli aspetti qualitativi dei servizi alla persona appare complicato e con profili di opinabilità poiché, come è stato osservato, esigerebbe di fare davvero di ogni persona un protagonista di procedure e di processi di controllo<sup>80</sup>.

Nel contesto del progressivo aumento del tasso di *accountability* del potere pubblico<sup>81</sup> quale conseguenza della corretta implementazione dei due pilastri della trasparenza e della partecipazione<sup>82</sup>, questa è la vera sfida che attende da troppo tempo anche l'organizzazione sanitaria e l'unica risposta sarebbe quella di superare questa forma d'oblio del cittadino utente, includendo, altresì, nei processi di rilevazione anche le prestazioni erogate dai privati accreditati/convenzionati, parte integrante dei SSR.<sup>83</sup>

Sul secondo e sul terzo profilo d'indagine, purtroppo, deve registrarsi la tendenza uniforme a non inserire nei regolamenti e nelle allegate schede di valutazione *item* valutativi specifici, idonei a valorizzare gli adempimenti e le attività a sostegno della trasparenza e della prevenzione della corruzione<sup>84</sup> e quella prevalente<sup>85</sup> a non riconoscere rilievo valutativo alla formazione e all'aggiornamento annuale riferibile al soggetto valutato.

In ordine, invece alla quarta dimensione d'approfondimento, nelle rispettive sezioni Amministrazione Trasparente del sito web istituzionale, può osservarsi la pubblicazione, non sempre aggiornata, degli atti e dei documenti relativi alla Performance, con lacune piuttosto diffuse in ordine alla pubblicazione delle informazioni relativi all'ammontare annuale complessivo dei premi distribuiti al personale, ed ai dati analitici sui premi, ossia le aziende sanitarie non adempiono ovvero non aggiornano i dati relativi alle ricadute economiche del processo di valutazione delle performance.

Su tale profilo, una notazione a margine deve registrare che il mero adempimento dell'obbligo di pubblicazione non realizza di per sé il risultato della trasparenza, essendo questo ancorato all'integrità, alla tempestività, alla completezza, alla comprensibilità dei dati pubblicati, in termini di qualità

---

delle Performance dell'ASP di Reggio Calabria, dell'ASL Napoli 1 Centro, dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona, dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise.

<sup>80</sup> C. MARZUOLI, *Uniformità e differenziazione*, cit., 5

<sup>81</sup> L. TORCHIA, *Il giudice amministrativo e l'amministrazione: controllo, guida, interferenza*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 2019, 189 ss.

<sup>82</sup> D. U. GALETTA, *Open government, open data e azione amministrativa*, in *Ist. fed.*, 2019, 667. Senza pretesa di esaustività, anche per i riferimenti bibliografici, sul tema complesso del fenomeno della digitalizzazione della PA che condiziona e connota gli attuali scenari della trasparenza e della partecipazione, J. B. AUBY, *Il diritto amministrativo di fronte alle sfide digitali*, ivi, p. 619 ss.; G. CARULLO, *Open data e partecipazione democratica*, ivi, p. 685 ss.; E. CARLONI, *L'amministrazione aperta. Regole strumenti limiti dell'open government*, Rimini, 2014.

<sup>83</sup> Per un approfondimento, v. G. CORSO, *Pubblico e privato nel sistema sanitario*, in *Il diritto alla salute tra istituzioni e società civile*, cit., p. 17 ss.; M. CONTICELLI, *Privato e pubblico nel servizio sanitario*, Milano, 2012.

<sup>84</sup> In nessuno dei regolamenti analizzati sono inseriti *item* valutativi specifici nelle schede di valutazione, pur potendo essere assegnati obiettivi operativi connessi all'attuazione della trasparenza e della prevenzione della corruzione.

<sup>85</sup> Per l'inserimento dello sviluppo professionale e della formazione tra gli *item* valutativi, cfr. i regolamenti dell'ASP di Reggio Calabria; dell'ASL n. 1 (Avezzano, Sulmona, L'Aquila), dell'ASREM, dell'ASL Napoli 1 Centro, dell'USL Umbria 1.

dell'informazione pubblicata<sup>86</sup>: in generale, nella sanità, i dati ed i documenti relativi alla performance appaiono estremamente complessi nel contenuto e di non immediata comprensibilità da parte del cittadino utente ed occorrerebbe un impegno maggiore delle aziende sanitarie per assicurare livelli sufficienti ed adeguati di trasparenza amministrativa.

Rispetto a tali evidenze, che rappresentano la narrazione sul campo dei principali punti di criticità e delle distorsioni dei controlli sulle performance sanitarie, è agevole anche comprendere i tre principali effetti distorsivi che contraddistinguono la valutazione della performance nella Sanità: il fatto che la valorizzazione del merito subisce una dequotazione nella tendenza generale delle valutazioni ad essere poco differenziate e collocate in fasce di giudizio medio-alte; la differenziazione della remunerazione economica del merito anche tra le aziende appartenenti al medesimo SSR<sup>87</sup>; e l'assoluta incomparabilità<sup>88</sup> dei dati e dei risultati dei processi valutativi relativi alla performance sia nell'ambito della stessa dimensione regionale, sia sul piano del confronto tra aziende non appartenenti al medesimo SSR.

Un'osservazione conclusiva riguarda la regione Emilia Romagna e la regione Toscana, alle quali deve riconoscersi il più significativo sforzo applicativo, orientato anche a conseguire, a livello regionale, l'omogeneità complessiva delle metodologie e dei procedimenti di misurazione e valutazione.

L'elaborazione di linee guida e d'indirizzo<sup>89</sup>, costituisce la cornice di riferimento comune di un modello unitario, affidato alla declinazione meramente operativa a livello aziendale, con diverse gradualità attuative a seconda delle situazioni di partenza dei sistemi di controllo interni.<sup>90</sup>

---

<sup>86</sup> Rileva la disciplina della qualità dell'informazione, definita in modo complesso come pubblicazione tipizzata nei contenuti e nelle modalità di cui all'art. 6 d. lgs. n. 33/2013 s.m.i., in base al quale «le pubbliche amministrazioni garantiscono la qualità delle informazioni riportate nei siti istituzionali nel rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge, assicurandone l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell'amministrazione, l'indicazione della loro provenienza e la riutilizzabilità secondo quanto previsto dall'articolo 7.»

<sup>87</sup> Cfr. i contenuti della relazione annuale degli OIV sul funzionamento dei sistemi di controllo interno.

<sup>88</sup> L'incomparabilità non riguarda i dati relativi agli adempimenti LEA, oggetto di controllo e misurazione esterna; sul Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) che sostituisce la Griglia LEA dall'anno di valutazione 2020, con l'applicazione di 88 indicatori, v. *infra* nota 21.

<sup>89</sup> Cfr. Delibera n. 5/2017, OIV SSR Emilia Romagna “Linee guida e di indirizzo per lo sviluppo dei processi aziendali” nella quale l'omogeneità è conseguita anche mediante il modello organizzativo imperniato sull'istituzione dell'OIV-SSR e, a livello aziendale, dagli OAS, Organismi aziendali di supporto. Nella regione Toscana, cfr. le linee guida adottate con D.G.R. n. 465/2012 e D.G. R. n. 308/2013.

<sup>90</sup> Cfr. Delibera n. 5/2017, OIV SSR Emilia Romagna, “Linee guida e di indirizzo per lo sviluppo dei processi aziendali”, § 3.2., ove è chiara l'analisi delle criticità dei processi valutativi da superare: «I sistemi di misurazione, valutazione e sviluppo del personale in atto nelle aziende sono molto articolati e variegati, frutto di diversi percorsi e storie con stratificazioni temporali diverse che hanno portato all'adozione di differenti approcci e strumenti. Anche all'interno della stessa Azienda, si nota talvolta la mancanza di una regia unica nei vari sistemi di valutazione, essendo tipicamente gestiti da soggetti/strutture diversi a seconda degli ambiti di appartenenza degli operatori e/o della tipologia di valutazione considerata. Tutto ciò rende evidentemente difficile trasmettere al personale messaggi coerenti e che valorizzino positivamente i sistemi di valutazione.»

In entrambe le regioni, a supporto dell'omogeneità delle metodologie e dei procedimenti valutativi è stabilita anche l'informatizzazione di tutti i processi con un unico modello applicativo, in modo da standardizzare flussi informativi costantemente aggiornati e tali da consentire di leggere – a livello aziendale e sovra-aziendale – le fasi del Ciclo della performance, lo stato di avanzamento degli iter valutativi, i risultati conseguiti, le ricadute finanziarie, anche a sostegno dei processi decisionali e nell'ottica dello scambio e dell'avanzamento delle buone prassi tra le aziende sanitarie.

### 3. Una proposta conclusiva

Nella moderna realtà politica ed amministrativa, al cospetto del diritto alla salute, l'Amministrazione si rivela in crisi d'efficienza e d'uguaglianza<sup>91</sup>, nel contesto del rilievo eccezionale anche della “questione amministrativa dei controlli” che dovrebbero, invero, sostenere in modo più efficiente i processi di miglioramento delle prestazioni e della qualità dei servizi sanitari, offrendo un supporto determinante, anche al fine di migliorare i risultati di performance delle aziende sanitarie, nell'ottica del progressivo superamento – sul versante attuativo – dei differenziali regionali che, purtroppo, rendono visibili le disuguaglianze nell'effettivo godimento del diritto alla salute.

Invero, le riflessioni fin qui condotte offrono una ricostruzione critica del modello dei controlli sulla performance, anche quale ulteriore profilo della differenziazione organizzativa, poiché l'opacità che è riscontrabile sul piano attuativo, in termini di trasparenza, di comparabilità dei dati, di *accountability* ed anche d'equità complessiva dei controlli nei confronti dei soggetti valutati e del cittadino utente, costituisce il principale ostacolo ad una vera cultura del risultato e del merito, ed alla sincronizzazione giuridica tra l'organizzazione dei controlli interni e la tutela del diritto alla salute: in corrispondenza del suo carattere fondamentale e dell'evoluzione del suo contenuto, segnato dal passaggio da una nozione “medicale” o biologica di salute, incentrata sul medico e la sua lotta contro la malattia, ad una visione “personalistica” che pone al centro la persona e la pluralità dei diritti di cui è portatrice, nella Sanità, la valutazione della performance si rivela, nella sostanza, incapace di tradurre, garantire e sostenere la complessità e l'effettività di tale diritto.

Nonostante la lunga stagione di diritto positivo trascorsa, si offre ancora all'interprete l'attualità delle questioni evidenziate nel Rapporto sui principali problemi dell'Amministrazione dello Stato, curato da M. S. Giannini e trasmesso alle Camere il 16 novembre 1979<sup>92</sup>: ossia, dovrebbe procedersi in modo “centralizzato” alla riforma integrale dei controlli interni mediante l'individuazione uniforme, e

---

<sup>91</sup> Sul tema, e sulle criticità del rapporto tra equità ed efficienza anche nei Lea che hanno costituito il nuovo nome dell'eguaglianza, l'ancora attuale riflessione di R. BALDUZZI, *Equità ed efficienza nei livelli essenziali in sanità*, in *Il diritto alla salute tra istituzioni e società civile*, cit., p. 81 ss.

<sup>92</sup> Cfr. *Il Rapporto sui principali problemi dell'Amministrazione dello Stato*, cit., p. 715 ss.



costantemente aggiornata, degli indici di produttività e dei relativi metodi applicativi, compresa la qualità percepita del cittadino utente.

Non essendovi spazio per deroghe, adattamenti ovvero sistemi amministrativi disomogenei nelle regole e nei procedimenti applicativi, nella cornice del SSN – che nonostante gli elementi di crisi non deve considerarsi una mera espressione celebrativa – l’attribuzione “centralizzata” della materia della valutazione della performance sanitaria alla competenza esclusiva del Ministero della Salute, con l’ausilio tecnico di Age.na.s., potrebbe dimostrarsi la scelta organizzativa più adeguata, capace di riportare ordine, uniformità, competenza e buona amministrazione nei controlli sulle performance sanitarie.

In questi termini, con il supporto interno del servizio qualità, del controllo di gestione, dell’*internal audit*, l’autonomia e la responsabilità delle aziende sanitarie non verrebbe compromessa, ma utilmente indirizzata all’attuazione dei processi di adeguamento alla disciplina “unitaria” dei controlli, ed all’efficiente gestione e valorizzazione dei flussi informativi dedicati alla vigilanza del Ministero e degli altri organi di controllo esterno.

Con l’azzeramento degli OIV “incompetenti” e, in termini di semplificazione, dell’attuale selva dei regolamenti aziendali.

Per una nuova stagione dei controlli quale cintura di sicurezza e di garanzia dell’uniforme miglioramento delle performance del SSN.

Forse, solo così le ragioni dell’onestà potranno congiungersi a quelle della speranza<sup>93</sup>.

Solo così le ragioni dell’organizzazione proveranno ad incontrare l’uomo ed il suo eguale diritto alla salute.

---

<sup>93</sup>In questi termini, M. S. Giannini, *Rapporto sui principali problemi dell’Amministrazione dello Stato*, cit., p. 729.