

## **INDICE**

Introduzione	3
--------------	---

### **CAPITOLO 1**

#### **LE AZIENDE SANITARIE.**

1.1 Le Aziende Sanitarie, elementi definatori	5
1.2 Evoluzione storica delle Aziende Sanitarie in Italia	10
1.3 Finalità e caratteri economico-aziendali	21
1.4 Le Aziende Sanitarie nel sistema di relazioni e <i>stakeholder</i>	23
1.5. La responsabilità etico-sociale verso gli <i>stakeholder</i> nelle Aziende Sanitarie	25

### **CAPITOLO 2**

#### **GLI STRUMENTI DI *ACCOUNTABILITY* DELLE AZIENDE SANITARIE.**

2.1 Responsabilità sociale e <i>accountability</i> nelle Aziende Sanitarie: quale legame?	31
2.2 Strumenti di <i>accountability</i> nelle Aziende Sanitarie	34
2.3 I codici di comportamento: finalità e contenuto	43
2.4 L'adozione dei codici di comportamento: il percorso storico	46

2.5 I codici di comportamenti nell'attuale normativa	60
--	----

### **CAPITOLO 3**

#### **I CODICI DI COMPORTAMENTO ADOTTATI DALLE AZIENDE SANITARIE IN ITALIA: UN'ANALISI EMPIRICA.**

3.1 Obiettivo e metodologia della ricerca	65
---	----

3.2 I risultati della ricerca empirica: i doveri di comportamenti nei codici di condotta delle Aziende Sanitarie	67
---	----

3.3 Il focus sui “ <i>social</i> ” nei rapporti con il pubblico	86
---	----

3.4 Conclusioni	90
-----------------	----

<i>Bibliografia</i>	95
---------------------	----

## **Introduzione**

L'ambito di analisi del presente lavoro è costituito dalle Aziende sanitarie italiane, coinvolte, negli ultimi anni, da un progressivo processo di aziendalizzazione, che ha determinato un profondo cambiamento del modello culturale e gestionale di tali unità fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

L'ambiente di riferimento in cui operano tali organizzazioni è particolarmente fecondo, dinamico e ricco di modificazioni, strutturali ed operative.

Sempre più, nell'attuale contesto, l'Azienda sanitaria si trova fronte all'esigenza di “*rendere conto*” della propria attività attraverso l'esercizio di comportamenti responsabili e trasparenti verso una molteplicità di portatori di interesse: verso la società in generale o singoli gruppi di soggetti, identificati in relazione alle azioni ed ai risultati conseguiti dall'Azienda stessa e per la quale è ritenuta responsabili.

Ciò comporta per la stessa la necessità di dotarsi di strumenti di *accountability*.

Tra questi, particolare interesse suscita il codice di comportamento, anche alla luce delle nuove linee guida approvate dall'A.N.A.C. del febbraio 2020.

Obiettivo del presente lavoro è quello di esaminare i codici di comportamento, pubblicati sui portali delle Aziende sanitarie italiane, al fine di delinearne i principali contenuti e proporre un'analisi comparativa che ponga in luce le differenze tra i documenti ed evidenzi, altresì, l'allineamento di fatto con la normativa esistente in materia.

Il primo capitolo presenta i caratteri economico-aziendali delle Aziende sanitarie e le loro finalità istituzionali, nonché l'evoluzione storica che ha caratterizzato il SSN (dalla sua istituzione fino ad oggi). Particolare attenzione è posta, infine, sul sistema di relazioni tra l'Azienda sanitaria e i suoi portatori di interesse (*stakeholder*), ponendo in evidenza le rispettive responsabilità. Il secondo capitolo si focalizza, dapprima, sul concetto generale di *accountability* e il suo legame con il termine più ampio di "responsabilità sociale". In seconda battuta, tali concetti sono declinati nello specifico ambito delle Aziende sanitarie, oggetto del presente studio. Infine, sono richiamati i principali strumenti di *accountability* e, in questo ambito, specifica attenzione è posta sugli elementi definatori (anche alla luce della normativa vigente) dei codici di comportamento. Nel terzo ed ultimo capitolo è presentata l'analisi dei codici di comportamento delle Aziende sanitarie italiane, reperiti nei siti web di ciascuna di esse. I documenti raccolti, che costituiscono il campione di analisi, sono stati poi analizzati ponendo in risalto i principali elementi di contenuto.

Il lavoro svolto evidenzia un possibile modello di riferimento di codice di comportamento, atto a assolvere alla fondamentale funzione di "*accountability*" richiesta alle Aziende sanitarie sia alla luce dell'attuale quadro normativo che in risposta alle esigenze degli *stakeholder*.

## **CAPITOLO 1: LE AZIENDE SANITARIE.**

### **1.1 Le Aziende Sanitarie, elementi definatori.**

Le Aziende sanitarie sono aziende con personalità giuridica pubblica, dotate di autonomia organizzativa, gestionale, tecnica, amministrativa, patrimoniale e contabile nonché imprenditoriale, in virtù della loro funzione di perseguimento di fini istituzionali attraverso la tutela del “*bene salute*” a tutti i cittadini, tramite le proprie strutture e sedi, fornendo prestazioni di servizi di prevenzione, diagnosi e terapia. Possiamo anche definirle come un’organizzazione/complesso di beni e persone, che svolge una determinata attività umana, in vista di uno o più bisogni da soddisfare.

Esse sono destinate all’erogazione di servizi sanitari, dunque, ed operano come sistemi interconnessi nel Servizio Sanitario Nazionale. Questo sistema è costituito dall’insieme di istituzioni, di persone, di risorse (sia materiale che umane) e dalle loro relazioni; insieme concorrono alla promozione, al recupero ed al mantenimento della “*salute*”, diritto sancito dall’art. 32<sup>1</sup> della Carta Costituzionale, reso effettivo con la Legge 833/78<sup>2</sup>. Infatti, un passaggio fondamentale, di valenza epocale, per rendere effettivo il diritto alla salute dei cittadini sancito da detto art. 32 della Carta

---

<sup>1</sup>Art. 32 Carta Costituzionale della Repubblica “la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, garantisce cure gratuite agli indigenti.

<sup>2</sup>Legge 23 dicembre 1978 n. 883, Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, in G.U. n. 360 del 28/12/78.

Costituzionale, è l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) ad opera della Legge n. 833/78. I principi ispiratori di detta riforma, che getta le basi per un sistema di assistenza sanitaria pubblica capillare ed a tutti accessibile, sono l'universalità, l'uguaglianza e l'equità. Principi più volte espressi nel testo della nostra Costituzione italiana, i quali si propongono di garantire, non solo in via formale ma anche effettiva, la tutela della dignità della persona e di riequilibrare, attenuandole, le disuguaglianze sociali ed economiche tra i cittadini. Gli utenti, indipendentemente dalle loro caratteristiche personali, hanno diritto ad eguale trattamento, secondo il criterio di equità orizzontale<sup>3</sup>.

Le Aziende Sanitarie all'interno del SSN si occupano della gestione e dell'erogazione del bene/servizio alla popolazione che ne è destinataria e lo Stato ne regola il finanziamento attraverso politiche strategiche, condizionandone la sostenibilità. Come sopra accennato, le Aziende Sanitarie pubbliche sono *“aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione e il loro funzionamento sono disciplinati con atto aziendale pubblico di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri stabiliti con la legge regionale. L'attività aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico professionale, soggette a rendicontazione analitica”*<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup>Cfr. C. Bottari (1991), Principi costituzionali ed assistenza sanitaria, Giuffrè, Milano, p. 1, 7.

<sup>4</sup>Art. 3, comma 1-bis D.Lgs. n. 229/99.

Esse hanno come vincolo quello di rispettare i criteri di efficienza, efficacia ed economicità del bilancio, obiettivi da raggiungere tramite l'equilibrio di costi e ricavi<sup>5</sup>.

Le Aziende Sanitarie, infine, agiscono mediante atti di diritto privato. Da un punto di vista generale operano su un doppio binario pubblico-privato: sono riconducibili, come enti del servizio sanitario nazionale, nel generale alveo dei servizi pubblici; al tempo stesso, si caratterizzano prevalentemente e sempre più come attori privati per quanto riguarda l'auto-organizzazione ed i rapporti con i terzi.

Esse si configurano, quindi, come aziende *sui generis*, fermo restando che sono soggetti pubblici e, in quanto tali, tenute ad agire in funzione del pubblico interesse.

Gli utenti, indipendentemente dalle caratteristiche personali, hanno diritto, come sopra detto, ad eguali trattamenti secondo il criterio di equità orizzontale.

La struttura del servizio sanitario nazionale ha un modello organizzativo che si articola in tre livelli:

- **Stato**, con compiti di programmazione sanitaria nazionale, coordinamento generale e finanziamento del sistema;
- **Regioni**, con compiti di programmazione regionale e di coordinamento delle strutture erogatrici dei servizi sanitari mediante unità sanitarie locali USL, definite strutture operative dei comuni o di associazioni di comuni;

---

<sup>5</sup>Cfr. A. Zangrandi (1998), Il controllo di gestione nelle Usl, Milano, Giuffrè, p. 155.

- **Enti locali**, con compiti amministrativi.

È attraverso il rapporto programmatico costante tra Stato e Regioni che vengono operate le scelte fondamentali per il settore sanitario e che definiscono, tenendo conto delle varie specificità del paese per aree geografiche, le modalità di assistenza e la tipologia di intervento<sup>6</sup>.

Lo Stato, a garanzia di uniformità dei servizi sanitari, elabora un piano sanitario nazionale.

**Il piano sanitario nazionale** indica:

**a)** le aree prioritarie di intervento, anche ai fini del riequilibrio territoriale delle condizioni sanitarie della popolazione;

**b)** livelli uniformi di assistenza sanitaria, da individuare anche sulla base di dati epidemiologici e clinici, con la specificazione delle prestazioni da garantire a tutti i cittadini, in rapporto al volume delle risorse a disposizione.

L'art. 1, comma 6, del D.lgs n. 229/1999, individua le prestazioni sanitarie necessarie da assicurare, cioè quelle che presentano un significativo beneficio in termini di salute a fronte delle risorse impiegate e della comprovata utilità terapeutica. Sono, invece, escluse le prestazioni sanitarie che non soddisfano i bisogni primari di salute da tutelare in base i principi ispiratori del S.S.N., ossia quelli che non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza e che in

---

<sup>6</sup>Cfr. P. Miolo Vitali, L. Anselmi (1989), La Programmazione nelle pubbliche amministrazioni linee evolutive, Giuffrè, Milano, p. 25, 27.



presenza di prestazioni alternative, con identici benefici clinici, non garantiscono il principio dell'efficacia.

Quanto alle prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza, esse sono erogate con onere interamente a carico del S.S.N. o dietro il pagamento, da parte dell'utente, di una quota a titolo di compartecipazione alla spesa (ticket).

Le prestazioni sanitarie non comprese nei L.E.A., invece, sono interamente a carico dell'utente.

**Il piano sanitario regionale**, al quale si è più sopra accennato, costituisce il documento di pianificazione strategica con cui le Regioni stabiliscono gli obiettivi di salute ed il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione residente.

Le A.S.L. provvedono operativamente a garantire i L.E.A. (Livelli Essenziali di Assistenza) ai residenti nel proprio territorio. I cittadini, per fruirne, possono rivolgersi alle strutture della propria A.S.L. o ad erogatori esterni presso il S.S.N.

Le Aziende sanitarie pubbliche si dividono in:

- Aziende Sanitarie locali-soggetti erogatori di prestazioni sanitarie e soggetti acquirenti di prestazioni sanitarie;
- Aziende Ospedaliere (ospedali di rilievo nazionale o interregionale);
- Soggetti erogatori di prestazioni sanitarie <sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup>Alfonso Provvidenza (2006) “L’Azienda Sanitaria Pubblica” -Aracne-, p. 48, 49.

## **1.2 Evoluzione storica delle Aziende Sanitarie in Italia.**

L'evoluzione storica delle Aziende sanitarie nel nostro paese, passa attraverso tappe segnate da normative che hanno modificato la *governance* dell'assistenza. Ripercorrere le tappe salienti dell'evoluzione istituzionale risulta particolarmente importante per comprendere l'attuale configurazione delle aziende e la loro *governance*.

Il Servizio Sanitario Nazionale venne istituito con la Legge n. 833 del 1978, come risposta alla necessità di ridefinire l'assetto complessivo della sanità italiana, allora caratterizzato dall'eccesso di assicurazioni mutualistiche<sup>8</sup>: assetto diverso non solo nella natura (pubblica o privata), ma anche nella diffusione (locale e nazionale) e, in particolare, nell'organizzazione, nelle finalità e nella gestione.

Prima del 1978, infatti, il sistema sanitario italiano era basato su una forma di protezione assicurativo-previdenziale in cui il diritto alla tutela della salute era strettamente collegato alla condizione lavorativa.

Le Casse Mutua garantivano, appunto, l'accesso alle cure soltanto ai lavoratori ed ai loro familiari cui, per tramite dell'iscrizione obbligatoria, veniva assicurata una protezione medica commisurata ai contributi versati ed alla posizione assunta nel mercato del lavoro.

---

<sup>8</sup>Il più importante era l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le malattie (INAM).

Accadeva, però, che le varie categorie di lavoratori pagassero alle rispettive mutue somme diverse in cambio di prestazioni diverse sia qualitativamente che quantitativamente. La sanità così impostata era dunque caratterizzata da una totale disomogeneità e da forti sperequazioni tra i beneficiari, perché le quote contributive versate alle assicurazioni erano, si ripete, commisurate al tipo di lavoro svolto.

Il diritto alla tutela della salute era quindi correlato non all'essere cittadino, ma all'essere lavoratore (o suo familiare) con conseguenti casi di mancata copertura, con il conseguente risultato che i soggetti più vulnerabili e maggiormente esposti a malattie ed a rischi sociali, come disoccupati e lavoratori a basso reddito (ed i loro familiari), avevano possibilità ridotte di accedere a cure ed assistenza adeguate.

Ma in tempo ancor più risalente, si segnala l'altro passaggio fondamentale nella storia sanitaria italiana, cioè l'istituzione del Ministero della Sanità, con la Legge n. 296<sup>9</sup> del 1958. Le competenze espletate fino ad allora, in materia sanitaria, dall'Alto Commissariato e dalle altre Amministrazioni furono, infatti, assorbite dal Ministero, mentre a livello periferico operavano gli uffici dei medici e dei veterinari provinciali, coordinati dal Prefetto, gli uffici sanitari dei Comuni e dei consorzi e gli uffici sanitari speciali (di confine, porto e di aeroporto).

---

<sup>9</sup>Cfr. Costituzione del Ministero della Sanità, pubblicata in G.U. del 14.04.1958.

Dieci anni dopo, il 1968 segnò una data determinante per il riconoscimento dei diritti umani e sociali dei cittadini, con la promulgazione della Legge n. 132<sup>10</sup>, concernente gli enti ospedalieri e assistenza ospedaliera, la cosiddetta Legge Mariotti che prese il nome dall'allora ministro Luigi Mariotti.

La riforma ospedaliera trasformò i nosocomi, fino ad allora gestiti per lo più da enti di assistenza e beneficenza, in enti pubblici (enti ospedalieri), disciplinandone l'organizzazione e indirizzandoli allo svolgimento di attività di ricovero e cura. Tale riforma prevede anche una classificazione degli ospedali per specialità e per importanza ed avviò una programmazione ed un piano di assistenza ospedalieri da raccordare con i piani delle istituende Regioni.

Successivamente, nel 1974 la Legge n. 386<sup>11</sup> estinse i debiti accumulati dagli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, sciolse i consigli di amministrazione degli enti mutualistici disponendone il commissariamento e trasferì i compiti in materia di assistenza ospedaliera alle Regioni.

Sempre con tale Legge, l'assistenza ospedaliera divenne gratuita per coloro che si erano iscritti ad una mutua. A seguito di questi importanti avvenimenti, maturarono le condizioni per la nascita di un vero e proprio sistema sanitario nazionale.

---

<sup>10</sup>Cfr. Legge relativa a Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera, pubblicata in G.U. n. 68 del 12.03.1968.

<sup>11</sup>Conversione in Legge, con modificazione del Decreto Legge 8 luglio del 1974 n. 264, recante norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria, pubblicata G.U. n. 225 del 29/08/1974.

Nell'evoluzione del servizio italiano la Legge n. 833/1978, poi, rappresentò, come sopra esposto, una ulteriore tappa fondamentale per un radicale rinnovamento del sistema poiché venne istituito il **Servizio Sanitario Nazionale**, modello assistenziale che rappresenta un esempio nel mondo, proprio perché permise da un punto di vista economico una razionalizzazione della spesa sanitaria e il recupero dell'efficienza nei servizi, il tutto realizzando anche controlli economico-finanziari. Inoltre, detta Legge, si ripete, garantì l'accesso alle prestazioni sanitarie a tutti i cittadini in modo equo.

Lo sviluppo del ruolo di coordinamento prevedeva una pianificazione nazionale attraverso il piano sanitario nazionale dove venivano individuati obiettivi prioritari e le linee di indirizzo sulla base delle risorse da destinare al fondo sanitario nazionale.

Il fondo sanitario nazionale era alimentato da imposte generali e contributi sociali che poi venivano redistribuiti su base capitaria alle regioni, che a loro volta le redistribuivano alle Unità Sanitarie Locali.

La Legge del '78, seppur innovativa, rappresentò, a suo modo, alcune criticità sia per quanto riguardava il creare condizioni di efficacia e di efficienza nel sistema sia per la mancata separazione tra ruoli politico e gestionale producendo così, di riflesso, un ulteriore aumento della spesa. La riforma infatti prevedeva un piano sanitario nazionale, ma le unità territoriali erano prive di limiti della spesa, pertanto, USL operavano senza soglia e lo Stato agiva come terzo pagatore.

In seguito, negli anni '80, per eliminare alcune problematiche legate alla spesa pubblica, vennero emanate piccole modifiche alla Legge n. 833/78, che istituì i ticket<sup>12</sup> per frenare il costo sanitario.

La menzionata riforma del 1978 prevedeva l'istituzione del Fondo Sanitario Nazionale, nel quale si concentravano l'insieme delle risorse destinate dal Governo alla copertura della spesa sanitaria, ripartendola tra le Regioni che, a loro volta, ridistribuivano alle rispettive USL, sulla base delle indicazioni contenute nei documenti di programmazione nazionale e regionale.

Solo nel 1988 si iniziò a prevedere, però, l'adozione di un Piano Sanitario Nazionale, ossia, un programma di investimenti pubblici in ambito sanitario, al fine della ristrutturazione edilizia e dell'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico.

Purtuttavia, la situazione divenne insostenibile e fuori controllo e si rese necessario, per i governatori, promuovere nuove riforme.

Agli inizi degli anni '90 del secolo scorso, venne varata una nuova riforma con lo scopo di riorganizzare il sistema sanitario, di rafforzare i poteri delle regioni e l'autonomia delle USL. Infatti, con il D.lgs. n. 502, del 30 dicembre 1992, successivamente modificato con il D.lgs. n. 517 del 7 dicembre 1993<sup>13</sup>, si operò il

---

<sup>12</sup>Compartecipazione alla spesa c.d. Ticket, sono dei prezzi parziali che, in termini fiscali, si configurano come una tassa e, in termini economici, come strumento per dissuadere dall'abuso di certi consumi non essenziali. Introdotto con Decreto Legge n. 382 del 25/11/1989.

<sup>13</sup>Modifica il decreto legislativo n. 502/1992 "*Riordino della disciplina in materia sanitaria*".

primo intervento legislativo volto a riorganizzare in maniera efficace il servizio sanitario, con una nuova struttura di tipo manageriale.

Il provvedimento normativo D.lgs. n. 502/1992, posto a riordino della disciplina in materia sanitaria e poi modificato ed integrato dai D.lgs. n. 517/1993 e D.lgs. n. 229/1999, contenenti norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, si proposero di realizzare una maggiore regionalizzazione della sanità pubblica con il progressivo decentramento alle regioni delle funzioni tanto in materia sanitaria quanto in materia giuridica, amministrativa, contabile gestionale nonché tecnica. Unità sanitarie locali con lo scopo di perseguire i fini istituzionali, operando come aziende con personalità giuridica pubblica e, al tempo stesso, con autonomia imprenditoriale.: il cosiddetto **processo di aziendalizzazione**, attraverso il quale le Aziende sanitarie si sono evolute verso nuovi modelli aziendali ed organizzativi, maggiormente sensibili ai principi del *management* e dell'ottimizzazione nell'uso delle risorse per la realizzazione della loro missione istituzionale.

L'articolo 3, comma 1, del summenzionato Decreto Legislativo n. 502 del 1992, infatti, prevede che *“L'unità sanitaria locale è azienda dotata di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale,*

*contabile, gestionale e tecnica, fermo restando il diritto -dovere degli organi rappresentativi di esprimere il bisogno socio sanitario delle comunità locali”<sup>14</sup>.*

La norma prevedeva la separazione dell'attività di programmazione e di finanziamento da quella di gestione delle attività sanitarie.

Le prime, le attività di programmazione e di finanziamento, affidate al governo - precisamente al Ministero della Sanità cui competeva l'adozione di un piano sanitario nazionale di durata triennale, volto a garantire un'assistenza uniforme su tutto il territorio nazionale-; il tutto con compito programmatico alle Regioni, con l'adozione del Piano Sanitario Regionale che ha il compito di regionalizzare l'assistenza in riferimento alle esigenze ed interessi locali.

Per quanto riguarda invece la seconda, la gestione delle attività sanitarie, venne attribuita una posizione di rilievo alle UU.SS.LL., concepite su modello imprenditoriale di tipo privatistico: ciò è tanto vero che esse vennero trasformate in Aziende sanitarie locali, dotate di personalità giuridica e di propria autonomia patrimoniale, contabile e tecnica. Le Aziende sanitarie sono tutt'ora tenute non solo alla realizzazione di risultati di efficienza ed efficacia sul piano sanitario e tecnico -economico, ma anche ad una gestione di produzione di un servizio soddisfacente nei confronti dell'utenza, in relazione alla qualità dei prodotti erogati.

---

<sup>14</sup>Comma così sostituito dall'art. 4, comma 1, lett. a), Decreto Legislativo n. 517/1993.



Questa nuova ottica di tipo imprenditoriale introdusse nelle Aziende sanitarie il concetto di concorrenza, produttività ed analisi dei costi e il cittadino iniziò ad essere considerato come cliente, attraverso l'introduzione del concetto di competizione tra le varie strutture pubbliche e private, dando l'opportunità al medesimo di poter scegliere la struttura alla quale rivolgersi <sup>15</sup>.

Il decreto poi prevede dei livelli uniformi di assistenza da assicurare a tutti i cittadini, vincolati agli obiettivi della programmazione ed all'entità del finanziamento.

Il decreto, inoltre, separò, ai fini contabili e finanziari, gli interventi sanitari da quelli socio-assistenziali: i primi vennero posti a carico delle Aziende sanitarie, mentre i secondi a carico degli enti locali. Lo scopo di questo riordino in ambito sanitario fu di rendere più efficiente la gestione delle risorse (finanziamenti, attrezzature e strutture), indirizzandone l'utilizzo verso il raggiungimento degli obiettivi definiti dalla programmazione nazionale e regionale.

In seguito, nel 1999 fu approvato il D.lgs. n. 229 del 19 giugno <sup>16</sup> (Decreto Bindi), con il quale si provvide all' introduzione di diverse innovazioni rispetto alle precedenti. Venne rafforzata la natura aziendale delle strutture sanitarie, introdotto il concetto di autonomia imprenditoriale delle unità sanitarie locali e degli ospedali, ai quali venne attribuita la denominazione di Aziende ospedaliere.

---

<sup>15</sup>Cfr. L. Marinò (2012) "*Alla ricerca dell'economicità nelle aziende sanitarie*", Giuffrè Milano, p. 132,133,134.

<sup>16</sup>Recante norme per la razionalizzazione del sistema sanitario nazionale, a norma della Legge 30 novembre 1998, n. 419.

Esse vennero distinte in Azienda sanitaria locale e Azienda sanitaria ospedaliera e continuano ad essere strutture pubbliche, pur essendo organizzate secondo un modello aziendale, in base a meccanismi di flessibilità, autonomia imprenditoriale e responsabilità diretta della dirigenza.

Il D. lgs. N. 229/1999, ha operato la cosiddetta “*rimforma-ter*”, che ha ribadito il principio fondamentale secondo il quale “*la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività è garantita nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana attraverso il servizio sanitario nazionale quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti e istituti di rilievo nazionali, nell'ambito dei conferimenti previsti dal decreto legislativo 31 marzo 1998 n. 112, nonché delle funzioni conservate allo stato dal medesimo decreto*”.

Le novità della riforma-ter sono state:

-la conferma del processo di aziendalizzazione, che è stato dotato di ulteriori elementi di razionalità economica attraverso l'attribuzione di autonomia imprenditoriale alle Aziende sanitarie <sup>17</sup>;

---

<sup>17</sup>Modifica all'art. n. 3 della riforma ter recita che “in funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali , le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica e autonomia imprenditoriale ; la loro organizzazione e funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato , nel rispetto dei principi e criteri stabiliti dalla legge regionale [...]L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale , soggette a rendicontazione analitica . L'azienda [...]informano la propria attività a criteri di efficacia ed efficienza ed economicità e cono tenute al rispetto del vincolo di bilancio attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie”.

- la prevalenza del ruolo forte della programmazione;
- il maggior coinvolgimento delle autonomie locali nella programmazione sanitaria regionale ed aziendale e nella verifica del raggiungimento degli obiettivi di salute da parte delle Aziende;
- la definizione delle risorse in funzione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza;
- l'esclusività del rapporto di dirigenza sanitaria, il processo di accreditamento e la maggior attenzione alla formazione permanente;
- la ricerca di una vera integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale, con la valorizzazione del distretto.

Il processo di aziendalizzazione, perciò, ha portato al nostro servizio sanitario attuale un ampio cambiamento organizzativo, proiettato ad accrescere la competitività ed a creare maggiori incentivi, diretti al perseguimento di condizioni ottimali di efficienza operativa e allocativa ed efficacia delle attività<sup>18</sup>.

Il SSN viene definito come il complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei servizi sanitari regionali. I livelli essenziali ed uniformi d'assistenza sono definiti dal piano sanitario nazionale nel rispetto della dignità della persona, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso dell'assistenza, della qualità delle cure e

---

<sup>18</sup>Cfr. E. Borgonovi (1990) “*Il controllo economico nelle aziende sanitarie*”, EGEA, p. 65.

della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze nonché riguardo all'economicità nell'impegno delle risorse.

Il decreto inoltre ha rafforzato l'autonomia delle regioni, le quali concorrono alle definizioni del piano sanitario nazionale ed alla determina del fabbisogno complessivo del sistema. Tra le altre cose, il decreto introdusse sistemi di responsabilità dei risultati e prevede la formazione permanente e l'aggiornamento professionale per migliorare ed adeguare le competenze degli operatori all'evoluzione scientifica e tecnologica.

Il rafforzamento sempre più progressivo dei poteri regionali venne suggellato dalla Legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001, la quale apportò modifiche all'art. 117 della Costituzione <sup>19</sup>. Questo atto normativo, si prefisse di dare progressivamente più autonomia legislativa, amministrativa e finanziaria alle regioni ed agli enti locali, in ambito sanitario. Lo Stato fu chiamato a dettare i principi di fondo che dovevano orientare la legislazione futura delle regioni con l'emanazione di leggi cornice che avrebbero vincolato l'autonomia legislativa delle regioni, nell'esercizio delle attività ad esse concesse.

La competenza concorrente tutt'oggi limita ed indirizza l'autonomia di entrambi i livelli di governo. L'autonomia del governo nazionale è circoscritta alla definizione dei principi fondamentali, che non possono estendersi anche alla determinazione di

---

<sup>19</sup>Legge costituzionale n. 3 del 18/10/2001, recanti modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione "le Regioni-le Province-i Comuni".

tutte le caratteristiche dell'intervento pubblico nel settore sanitario; l'autonomia regionale a sua volta, deve tenere conto delle leggi nazionali che fissano standard di fornitura o criteri d'accesso ed è limitata nelle risorse disponibili dalle esigenze della perequazione.

L'attuale Servizio Sanitario Nazionale, dunque, è frutto di un'evoluzione storica che è passato attraverso un percorso lento e graduale di numerosi cambiamenti normativi, arrivando fino ai giorni nostri.

### **1.3 Finalità e caratteri economici-aziendali.**

Le Aziende sanitarie si propongono, quindi, di assolvere la loro *mission* attraverso specifici obiettivi di tutela del “*bene salute*”, mediante il coordinamento, l'organizzazione e la combinazione di risorse nel rispetto dei principi di economicità. L'elemento che caratterizza detti enti sanitari in senso aziendalistico è basato sull'autonomia, cioè l'attuazione di processi economici di produzione e processi economici di consumo, che devono inquadrarsi entro limiti istituzionali posti dal livello di governo competente e dalle modalità strumentali per il raggiungimento degli stessi.

Le Aziende sanitarie, dunque, operano come **sistema autonomo e durevole** nel tempo:

- l'autonomia è riconducibile allo scopo finalistico ideale, non garantito da interessi proprietari;

- la durabilità è il requisito legato, invece, alla continuità nel tempo degli obiettivi da conseguire, con l'intento di svilupparsi e crescere in modo autonomo.

L'equilibrio economico durevole ed evolutivo è la condizione che garantisce alle Aziende di assolvere autonomamente nel tempo le proprie finalità istituzionali.

Questo costituisce un vincolo fondamentale il cui rispetto è essenziale per la sopravvivenza e lo sviluppo dell'Azienda e, di conseguenza, per garantire la soddisfazione del bisogno di salute della popolazione<sup>20</sup>.

---

<sup>20</sup>V. Mapelli (2012) "Il Sistema sanitario italiano", Il Mulino p. 54 e 57.

#### **1.4 Le Aziende Sanitarie nel sistema di relazioni e *stakeholder*.**

Nel nuovo approccio di Azienda sanitaria, come un servizio complesso di prestazioni intese a migliorare lo stato di salute umana sotto l'aspetto fisico e psicologico, si comprende come siano fondamentali le trasformazioni intervenute nell'organizzazione dei processi produttivi. Ciò ha consentito di creare valore attraverso una modalità con cui si genera valore, basata non tanto sul concetto di crearlo attraverso profitto o reddito, ma bensì ragionando sulle risorse aziendali: valore che si consolida fra l'impresa ed i suoi mercati di riferimento e, quindi, collaborazione fra impresa ed i suoi *stakeholder*, attraverso la conoscenza reciproca e la fiducia fra le parti<sup>21</sup>.

Con il termine *stakeholder*, appunto, si intendono delle singole persone o gruppi di individui che sono “*portatori di interesse*” nei confronti dell'azienda senza il cui appoggio un'organizzazione non sarebbe in grado di sopravvivere e che, possono:

- influire sulla gestione dell'impresa, mediante la creazione di rischi, tensioni, stimoli e opportunità e generare, quindi, dei punti di forza o di debolezza dell'attività economica;
- essere destinatari delle politiche e della gestione dell'impresa ed essere, quindi, interessati o coinvolti direttamente o indirettamente agli effetti economici,

---

<sup>21</sup>Cfr. A. Zangrandi (1988) “*Le caratteristiche dell'azienda ospedale*”, Milano, Giuffrè, p. 88.

finanziari, tecnologici, ambientali, psicologici, sociali, culturali e politici dell'attività.

Gli *stakeholder* possono essere individuati sulla base dei ruoli e delle funzioni che assumono quando entrano in contatto diretto o indiretto con un'organizzazione. In generale, si tratta quindi dei seguenti "soggetti" sociali:

- forza lavoro, sia effettiva che potenziale, ovvero sia coloro che sono già dipendenti dell'azienda e sia coloro che possono essere potenziali nuovi assunti (come i giovani ancora studenti);
- soci, attuali e probabili;
- investitori e finanziatori in genere, attuali e potenziali;
- clienti, con ciò intendendo sia i diretti consumatori sia quanti influenzano le loro scelte (senza dimenticare gli Stati acquirenti i prodotti dell'impresa, nella loro veste di governi e di popoli);
- Pubblica Amministrazione ed ogni organo sovranazionale rispondente ai requisiti della definizione di *stakeholder*;
- fornitori di beni e servizi, attuali e futuri (continuando ad includere tra essi anche coloro che potrebbero diventare ex-fornitori, perché posti fuori dal mercato a causa delle innovazioni dei processi produttivi);
- professionisti operanti stabilmente come consulenti dell'impresa;
- concorrenti;
- sindacati od altre unioni (anche informali) di lavoratori;



- associazioni professionali di categoria;
- organizzazioni e partiti politici;
- stampa ed altri mass-media;
- gruppi organizzati di pressione e di interesse, di varia natura;
- altre aziende, interessate ora od in futuro direttamente.

Nell'ambito specifico delle aziende sanitarie, si possono rintracciare la maggior parte dei gruppi di soggetti sopra citati seppur con alcuni adattamenti considerati i caratteri e le finalità di tali organizzazioni, come richiamato in precedenza.

Ruolo centrale assumono, ad esempio, i “clienti” che nel caso oggetto di studio sono rappresentati dai pazienti che fruiscono dei servizi assistenziali.

La forza lavoro nelle aziende sanitarie pubbliche presenta caratteri di elevata professionalità e è “incubatore” di conoscenza.

Allo stesso tempo, le altre aziende del SSN si pongono in un regime collaborativo per il perseguimento dei fini di tutela della salute dei cittadini.

### **1.5 La responsabilità etico-sociale verso gli *stakeholder* nelle Aziende Sanitarie.**

Verso le diverse categorie di *stakeholder*, qualsiasi organizzazione ha delle responsabilità, a seconda della natura dell'interesse che lega il sistema di relazioni azienda-*stakeholder*. In termini generali, questo approccio evoca il concetto di responsabilità sociale (nella letteratura anglosassone “*corporate social responsibility*” - CSR). *La Corporate Social Responsibility* (abbreviato, appunto,

in CSR, o in italiano RSI, da “*responsabilità sociale d’impresa*”) è il termine internazionale utilizzato per indicare la responsabilità d’impresa, al cui centro vi è l’obbligo morale ed etico delle aziende nei loro rapporti con i loro *portatori di interesse*. Nel contesto privato, va considerato che un’impresa, per avere successo, non deve solo ottenere un risultato economico positivo, ma deve anche rivolgere la sua attenzione alle prestazioni nei confronti della società e dell’ambiente <sup>22</sup>. L’Impegno degli amministratori delle aziende nei confronti degli *stakeholder*, dunque, deve essere rivolto ad individuare, nell’ambito delle linee guida, gli obiettivi strategici da affidare ai dirigenti, orientando le loro scelte e valutazioni, non solo con sguardo alla massimizzazione del valore creato per il sistema aziendale nel suo complesso, ma anche all’ottimale redistribuzione del valore creato fra i diversi *stakeholder*.

Nello specifico ambito delle aziende sanitarie, le principali responsabilità si possono individuare come di seguito:

- la determinazione della missione e la valutazione della strategia nell’ambito delle linee tracciate dagli organismi di politica sanitaria del governo centrale e locale, e conseguentemente, la verifica della congruenza esterna ed interna;
- la verifica di efficienza e di efficacia;

---

<sup>22</sup>Cfr. S. Lazzarini (2005) “*Principi di accountability nei sistemi sanitario italiano e statunitense*”, Giuffrè, p. 106, 107.

- il controllo sull'effettiva valorizzazione delle attività e dimostrazione di un uso efficiente e responsabile delle risorse a disposizione;
- riscontro del livello di soddisfazione sulle aspettative degli *stakeholders*;
- valutazione periodica sull'adeguatezza dei massimi dirigenti -in una corretta dialettica dei poteri rispetto all'alta dirigenza-, che nelle aziende sanitarie sono individuati nel direttore generale e nel consiglio di amministrazione, i quali dovrebbero disporre delle competenze e delle informazioni per valutare l'operato ed attivarsi per far rispettare gli obiettivi condivisi con gli *stakeholders*.

Uno degli elementi più significativi della profonda trasformazione di cui è stato oggetto il settore sanitario è certamente l'introduzione dell'azienda. Aspetti positivi di tale processo possono riscontrarsi, tra gli altri, nella possibilità di misurare in modo molto più preciso le performance dei vari providers; quelli negativi, non solo nell'aver introdotto meccanismi di misurazione di tali prestazioni del tutto simili a quelli delle aziende di produzione orientate al mercato, idonei a misurare i risultati economico-finanziari, insufficienti a tenere conto di altre dimensioni, pure essenziali alla realizzazione della *mission* di un'azienda sanitaria, ma anche e soprattutto nell'assistere ad una progressiva perdita di identità, uno smarrimento del senso della missione istituzionale del sistema sanitario, causata dall'aver perso di vista il riferimento ultimo della propria ragion d'essere. In quest'ultimo aspetto, il management sanitario ha una responsabilità "forte". Il management trae la sua ragion d'essere dalla necessità di gestire risorse necessarie a garantire la

sopravvivenza di lungo periodo dell'organizzazione, cercando di soddisfare la condizione di economicità.

Nel soddisfare tale dimensione, esso deve porre attenzione a non trasformare questa condizione nel fine unico del suo agire e nel non snaturare la vocazione di un'organizzazione aziendale di tipo sanitario, promuovendo in azienda la consapevolezza che essa è componente di una comunità che serve, attraverso il soddisfacimento dei fabbisogni epidemiologici. Così facendo, l'Azienda sanitaria risponde ad una responsabilità precisa quella di aderire ad un mandato fiduciario della sua comunità e ancor più, quella di realizzare il fine per il quale è stata costituita, il soddisfacimento dei bisogni di salute. 'atto sanitario è un atto integrato che necessita per il suo perfezionamento, per la sua realizzazione del contributo di molti attori, medici, infermieri, amministrativi, altre aziende. i potrebbe dire che la responsabilità etica di un'azienda sanitaria consiste nella *“capacità di cooperare consapevolmente, all'interno di una data comunità, al conseguimento del bene comune, attraverso il perseguimento del proprio fine, il soddisfacimento dei bisogni di salute della sua comunità, facilitando il raggiungimento del fine particolare di tutti gli altri attori che intervengono nell'erogazione dell'atto sanitario”*<sup>23</sup>.

Ecco la sua grande responsabilità etica:

---

<sup>23</sup> Cfr. Cassano R. (2014) *“Accountability e Stakeholder Relationship nelle aziende pubbliche”*, p. 78.

- utilizzare in modo appropriato la sua struttura organizzativa, una struttura che deve facilitare la realizzazione del fine professionale dei professionisti che in essa operano;
- gestire le risorse economico-finanziarie che le sono state affidate in modo efficiente per garantire la stessa qualità di cura a ciascun paziente.

Tali condizioni sono propedeutiche e strumentali ad assicurare un impatto clinico e sociale appropriato ai fabbisogni della comunità di riferimento dell'Azienda. Monitorare le dimensioni di tale responsabilità non è semplice, occorre andare oltre il bilancio economico patrimoniale, strumento peraltro utile per alcuni aspetti, ma non adatto a fornire informazioni adeguate alle altre dimensioni della responsabilità sopracitate.

Occorrono metriche diverse, capaci di dare conto della coerenza tra il fine specifico dell'azienda sanitaria e l'agire reale, tra la sua identità condivisa dichiarata ed il suo comportamento effettivamente vissuto.

Metriche più idonee a dare conto, a rendicontare la responsabilità etica di un'azienda sanitaria che per essere completa, necessita anche di essere comunicata alla sua comunità di riferimento.



## **CAPITOLO 2: GLI STRUMENTI DI *ACCOUNTABILITY* DELLE AZIENDE SANITARIE.**

### **2.1 Responsabilità sociale e *accountability* nelle Aziende Sanitarie: quale *le-game*?**

Con il termine di *accountability* si definisce proprio l'esigenza di rendere conto, da parte di coloro che hanno ruoli di responsabilità, nei confronti della società o delle parti interessate, del loro operato e delle loro azioni; questa esigenza nasce dal fatto che l'amministratore ha un compito prima di tutto fiduciario, basato su un contratto vincolante in termini economico-finanziario ed in termini morali. Precisamente, l'*accountability* può essere definita come una relazione tra un attore, che nel nostro caso può essere l'Azienda pubblica ed un secondo soggetto dove l'attore ha l'obbligo di spiegare e giustificare la sua condotta ed il secondo soggetto ha la possibilità di fare domande e dare giudizi.

È un sistema di comunicazioni, interne ed esterne, che nella trasparenza e nel controllo dei risultati trova la sua essenza.

Nel nuovo approccio di Azienda sanitaria si rende sempre più rilevante, infatti, la necessità di garantire che esse operino, in condizioni soddisfacenti di *accountability*. Il termine oggi è usato per indicare la necessità dei governi di rendere conto delle azioni pubbliche nei confronti della cittadinanza. Il passaggio da un genere di

*accountability* di tipo fiscale, fondata sui registri contabili, ad una *accountability* pubblica, basata cioè sulla possibilità di tutti i cittadini di monitorare l'operato delle amministrazioni, avvenne durante gli anni '80, quando la diffusione di nuove pratiche manageriali all'interno delle aziende sanitarie portò anche l'esigenza di accedere all'informazione pubblica per misurare e valutare le *performance* delle amministrazioni che erogavano servizi o utilizzavano fondi pubblici.

L'*Accountability* è, quindi, anche oggi, una relazione dinamica tra l'Azienda pubblica e soggetti diversi (es. i cittadini) che hanno diritto e interesse a monitorarne l'efficacia.

Innanzitutto, l'accesso all'informazione pubblica da parte di soggetti esterni, ad esempio nella forma di *open data*, aumenta le opportunità di entrare nel merito dell'operato della pubblica amministrazione, evidenziandone i limiti ma anche valorizzandone le opportunità. È, quindi, importante che le Aziende sanitarie pubblicino i dati e le informazioni sui loro obiettivi, processi e risultati, in maniera completa e facilmente fruibile ed interpretabile da parte di soggetti terzi<sup>24</sup>.

È importante, inoltre, che i soggetti esterni abbiano la possibilità di porre domande e di ottenere risposte, come nel caso del FOIA, grazie al quale tutti i cittadini hanno diritto di conoscere dati e documenti in possesso dell'Azienda pubblica, anche senza

---

<sup>24</sup>Cfr. M. Del Vecchio (2009) “Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzata, deintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica”, p. 313.



un interesse diretto. A questo punto, il soggetto esterno, ad esempio i cittadini, è pronto per formare un giudizio sull'operato dell'Azienda sanitaria, maturato attraverso un dibattito pubblico, basato su evidenze oggettive e su informazioni strutturate da loro rilasciate.

La responsabilità sociale permette alle Aziende sanitarie di poter instaurare un dialogo con l'ambiente sociale, tale da consentire al proprio interno dei cambiamenti destinati ad una miglior ricerca di sintonia con le esigenze collettive, precedentemente non considerate dall'organo di governo.

Le aziende sanitarie, come si è potuto constatare dall'analisi del contesto istituzionale e degli scenari competitivi che caratterizzano il sistema sanitario si trovano all'interno di una fitta rete di relazioni di *accountability* che scaturiscono dai rapporti che si sviluppano con i vari *stakeholder* nei confronti dei quali devono essere in grado di rispondere alle diverse aspettative e di selezionare per ciascuno di essi i profili di rendicontazione ritenuti più appropriati. La responsabilità è il fondamento dei vincoli di *accountability*: la regione, ad esempio, impone alle Aziende sanitarie locali, alle Aziende ospedaliere, agli altri enti erogatori ed operatori di rendicontare su specifici aspetti per i quali sono preventivamente stabiliti, contenuti, forma, tempistica e modalità di trasmissione.

Essere *accountability* nei confronti delle diverse categorie di *stakeholder* è, pertanto, espressione da un lato della diffusione dei valori e della priorità che animano ciascuna organizzazione e dall'altro della ricerca di una legittimazione della propria azione <sup>25</sup>.

## **2.2 Gli Strumenti di *accountability* nelle Aziende Sanitarie.**

Gli strumenti di *accountability* sono strumenti efficaci nei processi di formulazione e valutazione delle politiche pubbliche, capaci di introdurre un processo di cambiamento delle amministrazioni pubbliche e delle organizzazioni, per contribuire a renderle sempre più vicine alle esigenze dei cittadini e sempre più efficaci nella realizzazione degli impegni assunti.

Al fine di rendere possibile la verifica della correttezza del comportamento delle organizzazioni rispetto a regole condivise o imposte dalla legge nel sistema economico, esistono, infatti, determinati strumenti di comunicazione e di controllo. Relativamente ai primi, ad esempio per quanto riguarda le imprese, in molti casi la legge prevede che esse redigano o pubblichino un bilancio economico-finanziario, in cui diano conto, avvalendosi di vari prospetti, del proprio patrimonio, dei ricavi conseguiti, dei costi sostenuti, dei profitti e dell'andamento della gestione aziendale in un determinato intervallo temporale. I bilanci economico-finanziari costituiscono

---

<sup>25</sup>Cfr. Hinna L., *Il bilancio sociale nelle Amministrazioni Pubbliche. Processi, strumenti, strutture e valenze*, Milano, Franco Angeli, 2004, p. 15.

fondamentali strumenti tramite i quali gli *stakeholder* possono verificare una serie di informazioni e valutare l'attività di un'azienda sotto il profilo quantitativo; tuttavia, tale tipologia di documenti non può, per propria natura, evidenziare altri aspetti e impatti generati dall'attività realizzata da un'organizzazione: ad esempio, l'efficacia dei progetti e delle attività realizzate, le relazioni instaurate con la comunità di riferimento, l'inquinamento generato dalla sua attività produttiva, l'efficacia di politiche e azioni tese a ridurre l'impatto ambientale della gestione. Negli ultimi decenni, pertanto, studiosi e operatori istituzionali e di settore<sup>26</sup> hanno cercato di sviluppare strumenti di comunicazione tramite i quali un'organizzazione possa descrivere gli impatti economici, sociali e ambientali delle proprie attività in relazione ai principali portatori d'interesse esterni ed interni di riferimento, in conformità con il principio della “completezza”, che implica l'analisi dei fenomeni nella loro dimensione sia economico-finanziaria, sia non economica.

Lo strumento più indicato per dare visibilità alle domande ed alla necessità di informazione e trasparenza del proprio pubblico di riferimento è proprio il bilancio sociale, che rappresenta un modello di rendicontazione sulle quantità e sulle qualità di relazione tra l'impresa ed i gruppi di riferimento rappresentativi dell'intera collettività. La sua redazione mira a delineare un quadro omogeneo, puntuale,

---

<sup>26</sup>Cfr. G. Moro, A. Profumo, PlusValori. La responsabilità sociale delle imprese, Baldini & Castaldi, Milano, 2003; L. SACCONI, Un contratto sociale per l'impresa, in *Etica per le professioni*, IV, (2002), 3, p. 33-40.

completo e trasparente della complessa interdipendenza tra i fattori economici e quelli socio-politici connaturati e conseguenti alle scelte fatte durante l'esercizio. Si tratta dunque principalmente di uno strumento che rappresenta la certificazione di un profilo etico. Profilo di cui la letteratura degli ultimi anni si è molto occupata: tra i più seguiti Autori su questa topica senz'altro merita uno sguardo<sup>27</sup>, l'elemento che legittima il ruolo di un soggetto, non solo in termini strutturali, ma in particolar modo morali, soprattutto agli occhi della comunità di riferimento, enfatizzando il proprio legame con il territorio e rispondendo ad un'occasione per affermare il concetto di impresa come soggetto economico che, pur perseguendo il proprio interesse prevalente, contribuisce a migliorare la qualità della vita dei membri della società in cui è inserito.

La predisposizione e la diffusione della contabilità non finanziaria scaturisce da un processo lungo e complesso, che in una nuova ottica di comunicazione agli utenti richiede non solo il coinvolgimento dei soggetti chiamati a elaborarlo, ma anche di coloro cui il messaggio è rivolto, gli *stakeholder*, per l'instaurazione ed il rafforzamento di un rapporto fiduciario e di un dialogo trasparente, aperto e costruttivo, in una forma di rendiconto sociale davvero fondamentale per le aziende pubbliche e in particolare per le aziende sanitarie, le quali non hanno come missione

---

<sup>27</sup>Cfr. A. Sen, *Etica ed economia*, Laterza, Roma-Bari 2002.

la produzione di reddito, ma l'erogazione di servizi pubblici essenziali per la promozione, la tutela e il recupero della salute degli individui e della collettività.

Il bilancio sociale costituisce dunque uno strumento creato per consentire di concretizzare uno degli aspetti più insidiosi nel governo delle aziende sanitarie, teso a rendere conto in modo trasparente e comprensibile alle istituzioni e ai cittadini, della qualità e dei risultati delle prestazioni erogate e delle azioni perseguite, vale a dire oggettivare quella specifica dimensione definita con il termine *accountability*, secondo la quale il soggetto che redige il bilancio dà sostanzialmente conto del proprio lavoro e dei risultati conseguiti a coloro i quali in qualche modo gli hanno affidato la responsabilità di realizzarli<sup>28</sup>.

Invero, la disciplina sulla “*trasparenza amministrativa*” sin dalla Legge n. 241/1990 ha posto al centro la partecipazione del cittadino all'azione amministrativa, ampliando tale concetto con il D.Lgs. n. 150/2009 (c.d. decreto Brunetta) dove la trasparenza veniva intesa come “*accessibilità totale*”, anche attraverso lo strumento della pubblicazione sui siti istituzionali delle amministrazioni pubbliche, delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione e dall'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni

---

<sup>28</sup>Cfr. Marasca S., Montanini L., Manelli A., D'Andrea A., Vallesi M., Carignani V., Galassi P. (2018), *Social Reporting in a Health Care Organization: A Case Study of a Regional Italian Hospital*. In: Gal G., Akisik O., Wooldridge W. (eds) *Sustainability and Social Responsibility: Regulation and Reporting. Accounting, Finance, Sustainability, Governance & Fraud: Theory and Application*. Springer, Singapore.

istituzionali, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità (*ex art. 97 Cost.*).

La trasparenza è un principio cogente su cui regge l'intera azione amministrativa, costituisce livello essenziale delle prestazioni (c.d. LEP) erogate dalle amministrazioni pubbliche, ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, corollario diretto dell'accesso ai documenti amministrativi al fine di diffondere forme diffuse di controllo sociale sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche (*ex art. 1 del D.Lgs. n. 33/2013, c.d. decreto trasparenza*).

La trasparenza sull'accesso delle informazioni e dei documenti amministrativi (il c.d. accesso civico) può incontrare dei limiti cogenti per evitare un pregiudizio concreto alla tutela di interessi pubblici o privati (*ex art. 5 bis del D.Lgs. n. 33/2013*), assicurando misure idonee per il trattamento dei dati personali, evitando una diffusione indiscriminata degli stessi (*ex art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679*). Si comprende già da questo "limitato" impianto normativo che la trasparenza, nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali, concorre «*ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione*», quale «*condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, nonché dei diritti civili, politici e sociali*», integrando «*il diritto ad una buona amministrazione*», perseguendo «*alla*

*realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio del cittadino» (ex comma 2 dell'art. 1 del decreto trasparenza).*

Con la riforma del D.Lgs. n. 33/2013, a cura del d.lgs. n. 97 del 2016 (c.d. modello FOIA), si è attribuito a “*chiunque*” il «*diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione (...), nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'articolo 5-bis*» (ex art. 5, comma 2, d.lgs. n. 33 del 2013).

Dal 23 dicembre 2016, chiunque può far valere questo diritto nei confronti delle pubbliche amministrazioni e degli altri soggetti indicati all'art. 2 *bis* del d.lgs. n. 33 del 2013.

Il diritto all'informazione, già presente nell'art. 21 Cost., viene generalizzato e la regola generale è la trasparenza mentre la riservatezza e il segreto sono eccezioni: la lettura non può che essere in chiave “*dinamica*” (*accountability - total disclosure*), una trasparenza che non è concessa dall'alto, ma è la sostanza stessa del rapporto di fiducia instaurato tra cittadini – politica - pubblica amministrazione.

Si ricava che la trasparenza consente una migliore partecipazione dei cittadini al processo decisionale e garantisce una maggiore legittimità, efficienza e responsabilità dell'amministrazione nei confronti dei cittadini in un sistema democratico: la politica di trasparenza contribuisce a rafforzare i principi di

democrazia e di rispetto dei diritti fondamentali sanciti dall'articolo 6 del Trattato UE e dalla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea<sup>29</sup>.

Quando sono i cittadini stessi ad esprimere questo giudizio, si può parlare di monitoraggio civico, una forma di controllo sociale diffuso, che entra nel merito delle decisioni pubbliche, della loro realizzazione concreta e dell'efficacia dell'azione pubblica, misurata dal punto di vista dei beneficiari finali degli interventi e dei servizi. Ma l'*accountability*, per essere davvero considerata tale, necessita anche di un elemento in più: il giudizio formato dai soggetti esterni non si deve limitare a creare un dibattito pubblico, ma deve essere preso in carico dalle Aziende, portando a conseguenze concrete. Queste conseguenze possono essere formali o informali, di tipo giuridico oppure economico, come nel caso di sanzioni o incentivi. Non meno importanti sono le conseguenze che riguardano l'utilizzo dei giudizi dei soggetti esterni per migliorare l'efficienza o efficacia dell'azione dell'Azienda sanitaria, come nel caso di idee e suggerimenti in grado di migliorare la qualità dei servizi<sup>30</sup>.

---

<sup>29</sup>Cfr. "Considerando" del Regolamento (CE) n. 1049/2001 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 30 maggio 2001 relativo all'accesso del pubblico ai documenti del Parlamento europeo, del Consiglio e della Commissione.

<sup>30</sup> A. Cicchetti "La progettazione organizzativa -principi strumenti e applicazione nelle organizzazioni sanitarie", Milano, Francoangeli 2004, p. 84-85.



L'*accountability* è, dunque, una relazione dinamica che può essere applicata ai diversi tipi di relazioni che l'Azienda sanitaria ha con varie tipologie di soggetti e, precisamente:

1) l'*accountability* può essere politica nel caso in cui si rende conto ai rappresentanti eletti dai cittadini, ai partiti politici, e, ultimamente, agli elettori;

2) l'Azienda sanitaria deve anche rendere conto agli organi dell'amministrazione giudiziaria, come per esempio la Corte dei conti. In questo caso, parliamo di *accountability* legale;

3) forme di *accountability* avvengono anche all'interno della complessa *governance* delle Aziende pubbliche. Autorità di *audit* o autorità anticorruzione, a vari livelli di governo, come ad esempio a livello nazionale o comunitario, regolarmente chiedono conto dell'operato di amministrazioni e Aziende pubbliche. Si tratta in questo caso di *accountability* di tipo amministrativo;

4) infine, si parla di *accountability* sociale quando le azioni delle Aziende rispondono a gruppi di interesse, società senza fini di lucro e altri *stakeholder*, cruciali nel processo di pianificazione e realizzazione di importanti obiettivi delle politiche pubbliche.

La trasparenza, cioè la possibilità di accedere a informazioni chiare e facilmente interpretabili, è una precondizione per una vera *accountability*, una base per costruire non solo un dibattito democratico fondato sui fatti, ma anche possibilità di collaborazione e partecipazione. Questo non significa che una generica forma di

trasparenza, in cui le amministrazioni pubblicano sul sito *Web* un insieme di informazioni senza rivolgersi ad un *target* preciso di utenti in grado di utilizzarle sia davvero utile ai fini dell'*accountability*.

È necessario, infatti, rilasciare quelle informazioni che gli utenti considerano davvero importanti per monitorare l'azione dell'Azienda sia nei contenuti che nella forma.

È importante anche distinguere tra *accountability* e partecipazione. Pratiche di partecipazione, come ad esempio il *co-design* delle politiche pubbliche, la co-produzione di servizi o il coinvolgimento dei cittadini sulle decisioni sui bilanci - come nel caso dei bilanci partecipativi -, sono modalità di coinvolgimento che avvengono prima o durante il processo di decisione o di pianificazione <sup>31</sup>.

I meccanismi dell'*accountability*, invece, vengono messi in atto dopo che la decisione è stata presa e l'intervento è stato realizzato. Un vero e proprio monitoraggio *ex post*, effettuato allo scopo di sollevare problemi per provare a risolverli, per valorizzare buone pratiche e generare nuovi dati e informazioni utili per la successiva pianificazione di servizi ed interventi sui servizi da erogare. Quindi, possiamo dire che l'*accountability* è una forma di controllo, attraverso strumenti di supporto e di relazioni.

---

<sup>31</sup> M. Del Vecchio “*Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica*”, p. 303.

### **2.3 I codici di comportamento: finalità e contenuto.**

I codici di comportamento, quali strumenti di *accountability*, rivestono un ruolo importante nella strategia delineata dalla Legge n. 190 del 2012, costituendo il mezzo che più di altri si presta a regolare le condotte dei funzionari e ad orientarle alla migliore cura dell'interesse pubblico, in una stretta connessione con i Piani triennali di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT).

Essi si pongono, dunque, come strumento a supporto della gestione aziendale, fondato su valori etici condivisi, volto all'adozione di procedure e comportamenti finalizzati ad assicurare il miglior soddisfacimento dei bisogni delle comunità di riferimento, a migliorare l'efficienza e l'efficacia delle Aziende ed a prevenire attività e comportamenti illegittimi e/o illeciti. Le regole introdotte con i Codici hanno, pertanto, una valenza etica e giuridica.

L'osservanza delle disposizioni contenute nei Codici di comportamento e nei rispettivi Regolamenti costituisce parte integrante e sostanziale delle obbligazioni contrattuali facenti capo al personale delle Aziende sanitarie.

L'art. 1, co. 44, della Legge n. 190 del 2012, ha sostituito l'art. 54 del D.lgs. n. 165 del 2001, rubricato "*Codice di comportamento*", prevedendo, da un lato, un codice di comportamento generale, nazionale, valido per tutte le amministrazioni pubbliche e, dall'altro, un codice per ciascuna amministrazione, obbligatorio, che integra e specifica il predetto codice generale. Il legislatore attribuisce, poi, specifico rilievo disciplinare alla violazione dei doveri contenuti nel codice.

Il codice nazionale è stato emanato con D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62. Esso contempla i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta per i dipendenti pubblici e all'art. 1, co. 2, il codice rinvia al citato art. 54 del D.lgs. 165/2001, prevedendo che le disposizioni ivi contenute siano integrate e specificate dai codici di comportamento adottati dalle singole amministrazioni.

Per quanto riguarda i codici di amministrazione essi, ad oggi, risultano generalmente adottati. Tuttavia, la tendenza è stata fin da subito quella di emanare codici di comportamento meramente riproduttivi del codice generale. Salvo buone pratiche rilevate, non risulta cioè svolto quel lavoro richiesto di integrazione e specificazione dei doveri minimi posti dal D.P.R. n. 62 del 2013.

L'art 54 del D.lgs. n. 165 del 2001 attribuisce all'A.N.A.C. il potere di definire *«criteri, linee guida e modelli uniformi per singoli settori o tipologie di amministrazione ai fini dell'adozione dei singoli codici di comportamento da parte di ciascuna amministrazione»*. Le Linee guida dell'A.N.A.C. possono essere tanto generali quanto Linee guida di settore, destinate a specifiche categorie di amministrazioni.

Le amministrazioni devono provvedere alla predisposizione di nuovi codici di comportamento con contenuti più coerenti rispetto a quanto previsto dal legislatore e, soprattutto, con contenuti utili al fine di realizzare gli obiettivi di una migliore cura dell'interesse pubblico. A tal fine, una parte importante delle Linee guida è rivolta al processo di formazione dei codici - in cui risulta fondamentale la

partecipazione dell'intera struttura-, alle tecniche di redazione consigliate ed alla formazione che si auspica venga rivolta ai dipendenti.

Le nuove *Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche*, approvate dall'A.N.A.C. con delibera n. 177 del 19 febbraio 2020 precisano che, tra le misure di prevenzione della corruzione, i Codici di comportamento rivestono un ruolo importante nella strategia delineata dalla Legge 6 novembre 2012, n. 190, costituendo lo strumento che più di altri si presta a regolare le condotte dei funzionari e ad orientarle alla migliore cura dell'interesse pubblico in una stretta connessione con i Piani triennali di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT).

L'adozione dei Codici:

- risponde al fondamentale concetto di responsabilità sociale delle Aziende, come risultato di un complesso sistema di principi e regole che disciplinano le relazioni tra le aziende sanitarie e tutti i soggetti con i quali intrattengono rapporti di legittimo reciproco interesse (*stakeholders*);
- rappresenta una scelta strategica del Servizio Sanitario Regionale, che induce ad affrontare un processo condiviso e articolato in tre momenti:
  - a)** una prima fase di presa di coscienza e di chiara esplicitazione, diffusione e condivisione dei riferimenti valoriali;
  - b)** una seconda in cui i valori si traducono in prassi operative con essi coerente e regolamentata;

c) una terza di monitoraggio e valutazione dell'adeguatezza delle misure adottate.

#### **2.4 L'adozione dei codici di comportamento: il percorso storico.**

Con l'art. 54, *Codice di Comportamento*, del D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165 (c.d. TUPI), *Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche*, si è dato impulso a tutta la filiera della Pubblica Amministrazione di adottare, con una procedura aperta alla partecipazione e previo parere obbligatorio del proprio organismo indipendente di valutazione, un proprio Codice di comportamento che integrasse e specificasse il Codice di comportamento secondo il modello adottato dal Governo con apposito atto normativo.

Lo scopo primario dei codici è stato indicato «*al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico*», principi e doveri di matrice costituzionale (di cui agli artt. 54, 97 e 98 Cost.)<sup>32</sup>.

---

<sup>32</sup>Sullo sviluppo del codice di comportamento si può iniziare, anche, analizzando il D.P.R. n. 3 del 10 gennaio 1957, Testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato, dove al Titolo II, Doveri - Responsabilità – Diritti, Capo I, Doveri, dall'art. 13 al 16 indicavano i comportamenti di condotta che dovevano mantenere i dipendenti pubblici, sanzionando con la destituzione, prevista dall'art. 84, lettera a), del D.P.R. 10 gennaio 1957, n. 3 («per atti i quali rivelino mancanza del senso dell'onore e del senso morale»), finalizzata a reprimere tutti quei comportamenti

Il codice, secondo le indicazioni del legislatore, doveva contenere *«una specifica sezione dedicata ai doveri dei dirigenti, articolati in relazione alle funzioni attribuite, e comunque prevede per tutti i dipendenti pubblici il divieto di chiedere o di accettare, a qualsiasi titolo, compensi, regali o altre utilità, in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati, fatti salvi i regali d'uso, purché di modico valore e nei limiti delle normali relazioni di cortesia»*, imponendo che sull'applicazione dei codici vigilassero *«dirigenti responsabili di ciascuna struttura, le strutture di controllo interno e gli uffici di disciplina»*, compresa una verifica annuale sullo stato di applicazione e la corretta applicazione, associata alla formazione del personale.

La violazione dei doveri contenuti nel codice di comportamento, compresi quelli relativi all'attuazione del Piano di prevenzione della corruzione (il codice è una specifica misura di prevenzione), costituiva e costituisce fonte di responsabilità disciplinare, nonché rilevante ai fini della responsabilità civile, amministrativa e

---

del pubblico dipendente che arrechino pregiudizio alla dignità delle funzioni esercitate e possano far temere che queste ultime non siano espletate correttamente, tali essendo anche quelli che, seppure estranei al servizio, si dimostrino in qualche modo lesivi del prestigio e del decoro dell'Amministrazione, Cons. Stato, sez. IV, 5 ottobre 2004, n. 6490. Cfr., per una dettagliata analisi, Vito Quintaliani (2021), *L'etica e la pubblica amministrazione. Il delicato rapporto tra l'aspetto antropologico e la funzione pubblica*, Maggioli, Sant'Arcangelo di Romagna, p. 137 ss., che nel percorso storico cita, altresì, l'art. 58 bis del d.lgs. n. 29/1993 sulla definizione del "Codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni" emanato con decreto datato 31 marzo 1994.

contabile ogniqualvolta le stesse responsabilità siano collegate alla violazione di doveri, obblighi, leggi o regolamenti, con una sanzione di natura espulsiva nel caso di violazioni gravi o reiterate.

Il Governo emanava, anche sulla base della disciplina della legge n. 190/2012, il D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, *Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165*, con un decalogo di “*doveri*” a carico di tutti i dipendenti della P.A., nell’inquadramento definito dall’articolo 1, comma 2, del TUPI, e (in quanto compatibili) di coloro che a vario titolo entravano in contatto con la stessa: «*tutti i collaboratori o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo, ai titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche, nonché nei confronti dei collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell’amministrazione*» (la grave violazione costituiva motivi di risoluzione del rapporto o del contratto).

Sulla base di queste indicazioni, il punto “*3.3.1. diffusione di buone pratiche e valori*”, del primo PNA, adottato con Delibera CiVIT n. 72/2013, *Approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione*, stabiliva le prime indicazioni per la stesura di un Codice settoriale ove si prevedessero «*regole comportamentali specifiche, differenziate a seconda delle aree di competenza e calibrate sulle diverse professionalità; il Codice deve essere caratterizzato da un approccio concreto, in*



*modo da consentire al dipendente di comprendere con facilità il comportamento eticamente e giuridicamente adeguato nelle diverse situazioni critiche, individuando delle guide comportamentali per i vari casi, e fornendo i riferimenti ai soggetti interni all'amministrazione per un confronto nei casi di dubbio circa il comportamento da seguire».*

Seguiva la delibera CiVIT n. 75 del 24 ottobre 2013, *Linee guida in materia di codici di comportamento delle pubbliche amministrazioni*, dove si definivano le linee guida, criteri e modelli uniformi per singoli settori o tipologie di amministrazione, ai fini dell'adozione dei singoli codici di comportamento da parte di ciascuna Amministrazione.

Si confermava che, a prescindere dai contenuti specifici di ciascun codice, il regolamento n. 62/2013 trovava applicazione in via integrale in ogni Amministrazione inclusa nel relativo ambito soggettivo di applicazione (*ex art. 2*), precisando che l'adozione del codice di comportamento rappresentava *«una delle “azioni e misure” principali di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione a livello decentrato, secondo quanto indicato nel Piano nazionale anticorruzione».*

Un aspetto significativo, anche sulla base di previsioni speciali, chiariva che anche quando un'Amministrazione avesse proceduto all'adozione di codici etici, manuali di comportamento o documenti simili, sarebbe stato necessario riformulare e integrare tali testi, con l'adozione di un unico documento: *«questo consentirebbe*

*alle amministrazioni non solo di seguire un metodo di predisposizione e attuazione dei codici il più possibile uniforme e rigoroso, ma soprattutto di tenere conto delle esigenze sottese alla nuova disciplina dei codici di comportamento e legate alle finalità di prevenzione della corruzione. In tutti i casi, è bene evidenziare che, a prescindere dalla denominazione attribuita da ogni singola amministrazione al proprio codice, si applica il nuovo regime degli effetti e delle responsabilità conseguenti alla violazione delle regole comportamentali, previsto dal comma 3, art. 54, del d.lgs. n. 165 del 2001, così come modificato dall'art. 1, comma 44, della legge n. 190 del 2012».*

Accanto a questi aspetti di inquadramento, si stabiliva che l'adozione dei singoli codici di comportamento doveva richiedere il coinvolgimento di diversi soggetti, presenti all'interno e all'esterno dell'Amministrazione, con distinti ruoli e funzioni, in un contesto istruttorio di trasparenza e di partecipazione anche da parte della società civile, essere adottato dagli organi di vertice o di indirizzo politico-amministrativo su proposta del Responsabile per la prevenzione della corruzione, attribuendo a quest'ultima figura un ruolo centrale ai fini della predisposizione, diffusione della conoscenza e monitoraggio del codice di comportamento, con l'ausilio della dirigenza.

Per quanto attiene alla predisposizione del codice, il Responsabile della prevenzione della corruzione si poteva avvalere del supporto e della collaborazione dell'Ufficio per i procedimenti disciplinari (UPD), organismi con funzioni in

materia di etica pubblica (comitati, uffici, commissioni, ecc.), con parere obbligatorio dell'OIV con compiti di verifica che il codice fosse conforme a quanto previsto nelle linee guida della Commissione.

Nello specifico la procedura di adozione veniva schematizzata:

- pubblicare una prima bozza di codice sul sito istituzionale, ovvero di un avviso pubblico, contenente le principali indicazioni del codice da emanare alla luce del quadro normativo di riferimento;
- invitare a far pervenire eventuali proposte od osservazioni entro il termine a tal fine fissato;
- valutare le proposte pervenute dall'esterno, da esplicitare nella relazione illustrativa di accompagnamento del codice, indicando, altresì, le modalità e i soggetti coinvolti nella procedura e sottoponendo tali dati alla massima trasparenza;
- inviare all'Autorità nazionale anticorruzione, unitamente alla relazione illustrativa, secondo modalità definite;
- approvare in via definitiva, e successiva pubblicazione sul sito istituzionale dell'Amministrazione, unitamente alla relazione illustrativa;
- trasmettere il codice a tutto il personale dipendente e alle organizzazioni sindacali aziendali.

La Determinazione A.N.AC. n. 358 del 29 marzo 2017, *Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale*, ha definito specifiche "Linee guida" agli enti del SSN destinatari del PNA, di cui alla

Determinazione A.N.AC. n. 831 del 3 agosto 2016, con raccomandazioni e indicazioni pratiche sull'adozione di un Codice di comportamento come mezzo per contestualizzare, alla luce delle proprie specificità, le norme di portata generale contenute nel Regolamento.

Le linee guida, veniva puntualizzato, erano il prodotto di un lavoro congiunto svolto dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, dal Ministero della Salute e dall'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), rilevando che il lavoro teneva conto, senza pretesa di esaustività, dei risultati dell'analisi compiuta su un campione di sessanta enti del SSN rappresentativo per area geografica e per tipologia.

Si evidenziava che l'adozione di un documento unico coniugava le finalità del codice etico e quelle del codice di comportamento, aggiungendo che tale soluzione consentiva di superare le difficoltà riscontrate nell'applicazione di due distinti strumenti normativi alle diverse componenti dell'organizzazione sanitaria.

Nelle linee guida si stabiliva e rimarcava l'obbligo fondamentale di agire con onestà, professionalità, imparzialità, discrezione e riservatezza e di evitare comportamenti che potessero nuocere agli interessi o all'immagine dell'ente, suggerendo che il Codice avrebbe dovuto prevedere che, in sede contrattuale, i singoli fornitori e/o appaltatori si impegnassero espressamente a condividere e a rispettare i principi sopra enunciati.

Per le modalità di divulgazione del Codice, si riteneva opportuno che le singole Amministrazioni prevedessero, a titolo indicativo ma non esaustivo:

- all'identificazione dei soggetti incaricati di curare la diffusione del Codice;
- alla pubblicazione del Codice sul sito *internet* dell'Amministrazione, nonché sulla rete *intranet* ove presente;
- a definire sistemi di controllo interno a garanzia del rispetto delle prescrizioni contenute nel Codice;
- all'individuazione di iniziative formative idonee a garantire sia la conoscenza delle prescrizioni del Codice che la consapevolezza delle implicazioni derivanti dalla loro violazione;
- ad effettuare, ove necessari aggiornamenti del Codice, anche in relazione agli esiti dell'attività di controllo e di formazione e ad eventuali sopraggiunte disposizioni normative e regolamentari in materia e compatibilmente con la natura delle disposizioni comportamentali per cui dovrebbe essere stata assicurata una durata di medio/lungo periodo.

I principi di riferimento venivano così indicati: integrità, correttezza, buona fede, proporzionalità, obiettività, trasparenza, equità e ragionevolezza, indipendenza e imparzialità, efficacia, efficienza e sostenibilità, nonché dei principi di centralità della persona, di accessibilità, appropriatezza, qualità e sicurezza delle prestazioni e delle attività sanitarie, di umanizzazione delle cure, di obiettività e indipendenza nell'attività di sperimentazione e ricerca e tutela della riservatezza.

Le linee guida entravano nel merito degli obblighi, mentre sotto il profilo dell'adozione si indicava come auspicabile che «*i codici disciplinari, in sede di*

*rielaborazione, siano integrati a loro volta con le sanzioni applicabili ai soggetti tenuti al rispetto del Codice nei casi di violazione degli obblighi ivi previsti», ribadendo «per quel che riguarda la riconducibilità delle violazioni del Codice alla responsabilità disciplinare, l'opportunità di inserire nei contratti individuali di lavoro il richiamo al dovere di osservanza delle disposizioni del Codice, con la precisazione che l'eventuale violazione verrà sanzionata».*

L'atto di indirizzo concludeva per quanto attiene alle modalità di divulgazione del Codice, sull'opportunità che le singole Amministrazioni prevedano, a titolo indicativo ma non esaustivo:

- all'identificazione dei soggetti incaricati di curare la diffusione del Codice;
- alla pubblicazione del Codice sul sito *internet* dell'Amministrazione, nonché sulla rete *intranet* ove presente;
- a rafforzare i sistemi di controllo interno a garanzia del rispetto delle prescrizioni contenute nel Codice;
- all'individuazione di iniziative formative idonee a garantire sia la conoscenza delle prescrizioni del Codice che la consapevolezza delle implicazioni derivanti dalla loro violazione;
- ad effettuare, ove necessario, aggiornamenti del Codice, anche in relazione agli esiti dell'attività di controllo e di formazione e ad eventuali sopraggiunte disposizioni normative e regolamentari in materia e compatibilmente con la natura

delle disposizioni comportamentali per cui dovrebbe essere assicurata una durata di medio/lungo periodo.

Nel PNA 2019, adottato con Delibera A.N.AC. n. 1064 del 13 novembre 2019, al punto “1.3.2. *I codici di amministrazione e le linee guida di A.N.A.C.*” si conferma che i codici sono definiti con procedura aperta che consenta alla società civile di esprimere le proprie considerazioni e proposte per l’elaborazione, sono approvati dall’organo di indirizzo politico-amministrativo su proposta del RPCT, cui è attribuito un ruolo centrale ai fini della predisposizione, diffusione, monitoraggio e aggiornamento del codice di comportamento, avvalendosi in tale ultimo caso dell’Ufficio per i procedimenti disciplinari quale struttura di supporto.

Pare giusto riportare la “*Relazione finale del Gruppo di lavoro sulle Linee Guida A.N.A.C.*”, presentata il 7 ottobre 2019 al Ministero per i beni e le attività culturali e per il turismo (Sala Spadolini), dove risponde alle seguenti domande:

CHE COSA SONO I CODICI DI COMPORTAMENTO?

*«I Codici di comportamento dei dipendenti pubblici definiscono i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i pubblici dipendenti sono tenuti ad osservare. Essi vengono fatti sottoscrivere al momento dell’assunzione o all’atto di assumere una carica e fissano una serie di “paletti” per il dipendente pubblico».*

L’UTILITÀ DEI CODICI DI COMPORTAMENTO?

*«Se si considera quanto le decisioni delle pubbliche amministrazioni possono essere sottoposte al rischio di pressioni improprie, i Codici di comportamento non rappresentano solo una garanzia di imparzialità ma anche un fondamentale strumento di prevenzione della corruzione. La legge Severino (190/2012) ha infatti attribuito valore cogente alla loro violazione. Ciò vuol dire che l'inosservanza può essere causa di illecito disciplinare e nei casi più gravi e reiterati può arrivare fino al licenziamento. In questo modo, un'amministrazione ha la possibilità di allontanare un dipendente "infedele" senza dover attendere una sentenza della magistratura. Nel 2016, in un'ottica di collaborazione verso un comparto particolarmente esposto al rischio corruzione, l'A.N.A.C. ha elaborato Linee Guida per i Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale».*

Su questo tracciato evolutivo, si giunge alle "Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche", di cui alla Delibera A.N.AC. n. 177 del 19 febbraio 2020, dove al punto "11. Procedura di formazione dei codici" si conferma l'impianto di approvazione del codice di comportamento «nell'ottica di valorizzare una costruzione progressiva del codice aperta alla più ampia partecipazione», articolando il processo di formazione con un primo



coinvolgimento di una serie di soggetti interni, e acquisito il parere obbligatorio dell'OIV o nucleo di valutazione<sup>33</sup>.

Ruolo centrale e di coordinamento deve riconoscersi al RPCT, che predispone la bozza di codice, con l'ausilio dei dirigenti e dell'UPD.

L'organo di indirizzo politico-amministrativo (nelle aziende sanitarie, il direttore generale) approva il codice su proposta del RPCT: il coinvolgimento dei vertici è da valorizzare anche in funzione di una loro conoscenza dei comportamenti attesi dai funzionari e di una piena condivisione delle regole e dei valori del codice.

L'OIV contribuisce alla valutazione dell'impatto dei doveri di comportamento sul raggiungimento degli obiettivi e sulla misurazione della performance individuale e organizzativa: esprime un parere obbligatorio sul codice (*ex art. 54, co. 5, d.lgs. 165/2001*), verificando che esso sia conforme a quanto previsto nelle Linee guida A.N.A.C..

L'UPD, in stretta collaborazione con il RPCT, partecipa alla definizione dei doveri del codice e della corrispondenza tra infrazioni e sanzioni disciplinari.

---

<sup>33</sup>Sulla procedura, vedi Riccardo Patumi (2020), *“Il codice di comportamento. Guida per la corretta redazione dei codici di amministrazione dopo le linee guida Anac 2020”*, Maggioli, Sant’Arcangelo di Romagna, p. 22, dove si puntualizza l’esigenza di «dare atto dei contributi pervenuti, motivando le ragioni del recepimento, e, soprattutto, dell’eventuale mancato recepimento».

La partecipazione dei dipendenti rileva in termini di effettività sostanziale dei codici, ovvero, non solo di rispetto formale dei doveri ivi contenuti ma anche di una loro piena accettazione e adesione.

Gli *stakeholders*, la cui identificazione può variare a seconda delle peculiarità di ogni singola Amministrazione, esprimono l'opinione di associazioni o di singoli cittadini o di imprese che fruiscono delle attività e dei servizi prestati dalla specifica Amministrazione.

In sintesi, le due distinte fasi:

IN UNA PRIMA FASE, il RPCT, affiancato dall'OIV e dall'UPD, guida un lavoro di approfondimento dei doveri specifici da rispettare, attività svolta con il coinvolgimento dei dirigenti e dei dipendenti e in stretta connessione con la definizione delle misure di prevenzione della corruzione del PTPCT o in occasione della verifica dell'effettiva attuazione e dell'efficacia delle stesse misure (a loro volta coordinate con gli obiettivi di *performance*).

Individuati anche i doveri di comportamento che contribuiscono, sotto il profilo soggettivo, alla piena realizzazione delle misure di prevenzione della corruzione e di promozione della *performance* (attività interna non delegabile all'esterno).

Gli esiti del lavoro svolto confluiscono in una prima bozza di codice che integra e specifica i doveri del codice nazionale e contiene esemplificazioni utili a precisare i doveri da rispettare.

Il documento è sottoposto dal RPCT all'organo di indirizzo perché adotti una prima deliberazione, preliminare, da sottoporre a procedura partecipativa.

SECONDA FASE DEL PROCEDIMENTO, volta alla conclusiva definizione del codice, caratterizzata dalla partecipazione aperta a tutti gli interessati.

La partecipazione deve consentire a chiunque, in forma singola o associata, di esprimere proprie considerazioni e proposte di modificazione e integrazione del codice, possibilmente *on-line* laddove in grado di ampliare effettivamente la platea dei potenziali partecipanti (tenendo conto dei vantaggi, ma anche dei rischi di esclusione a questa connessi).

In sede di partecipazione potranno essere riconosciute alle organizzazioni sindacali forme di intervento più penetranti (si consideri, ad esempio, l'esame congiunto della bozza, anche se il legislatore ha operato una netta cesura con la precedente disciplina dei codici di amministrazione, sostituendo la previsione secondo cui il codice doveva essere adottato sentite le organizzazioni sindacali).

Con riferimento alla declinazione dei doveri di comportamento dei soggetti non dipendenti (collaboratori, consulenti), ad esempio, potrebbero essere coinvolti, Ordini professionali e associazioni di categoria.

Una modalità ritenuta efficace per il coinvolgimento della generalità degli *stakeholder* (dipendenti, UPD, organizzazioni sindacali) è rappresentata dalla pubblicazione di avvisi sulla intranet dell'amministrazione (per i dipendenti) e/o sul sito internet istituzionale e incontri ad hoc con specifici *stakeholders* qualificati.

Acquisti gli esiti dopo la pubblicazione, effettuate le valutazioni, l'organo di vertice approva definitivamente il Codice, che viene poi pubblicato *on line* nella sez. *Amministrazione Trasparente*.

## **2.5 I codici di comportamento nell'attuale normativa.**

L'attuale quadro di riferimento, per la redazione ed analisi dei codici di comportamento, rapportato con le ultime indicazioni previste nella Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche, approvate da A.N.AC. con delibera n. 177 del 19 febbraio 2020, rappresenta i codici come dei testi regolamentari che devono contenere singoli “*doveri*” per il dipendente pubblico che trovano riscontri negli articoli dal 4 al 14 del D.P.R. n. 62/2013 che traducono i principi costituzionali in regole e obblighi di condotta che i destinatari del codice sono tenuti ad osservare.

Tali doveri consentono di orientare la tipizzazione delle condotte lecite e di quelle illecite e, quindi, di aiutare gli stessi destinatari del codice, oltre a coloro che esercitano la vigilanza, a valutare i comportamenti coerenti o meno rispetto alle previsioni generali.

Con riferimento al rilievo giuridico del codice di comportamento, sia nazionale che di amministrazione, la nuova formulazione dell'art. 54 introdotta dalla legge n. 190/2012, prevede chiaramente che la violazione dei doveri ivi contenuti è fonte di responsabilità disciplinare, con il corollario di entrare nel rapporto di lavoro come

sanzioni alla violazione di un obbligo contrattualmente esigibile, mentre per i privati, ovvero gli operatori economici, quali condizioni di risoluzione del contratto<sup>34</sup>.

Ciò costituisce una importante novità rispetto alle precedenti disposizioni che si limitavano a prevedere indirizzi affinché i principi del codice venissero coordinati con le previsioni dei contratti collettivi in materia di responsabilità disciplinare, lasciando a questi ultimi il compito di definire le conseguenze giuridiche delle violazioni.

La fonte primaria della disciplina sui codici di comportamento è la Costituzione che impone che le funzioni pubbliche siano svolte con imparzialità (*ex art. 97*), al servizio esclusivo della Nazione (*ex art. 98*) e con “*disciplina e onore*” (*ex art. 54*, comma 2).

---

<sup>34</sup> Cfr. Aggiornamento FAQ “Anticorruzione” e “Trasparenza”, del 17 settembre 2020, che recepiscono le modifiche normative intervenute ed i principali orientamenti espressi dall’A.N.AC., con particolare riguardo alle prescrizioni del PNA 2019, dove al punto «4.2 Quale deve essere il contenuto delle clausole di risoluzione o decadenza del rapporto con soggetti esterni in caso di violazione degli obblighi di condotta di cui ai codici di comportamento? Ai fini dell’inserimento, previsto dal d.P.R. n. 62 del 2013, di apposite clausole di risoluzione o decadenza del rapporto con soggetti esterni in caso di violazione degli obblighi di condotta di cui ai Codici di comportamento, è possibile graduare, sino alla risoluzione contrattuale, le conseguenze di un comportamento lesivo dei detti obblighi. L’Autorità ritiene, altresì, che tali clausole devono essere inserite anche nei contratti stipulati ai sensi del d.lgs. n. 163/2006 (c.d. “Codice dei contratti pubblici”)».

Lo ribadisce anche la legge n. 190 del 2012 (*ex art. 1 comma 59*) che definisce le proprie disposizioni come di diretta attuazione del principio di imparzialità di cui all'art. 97 della Costituzione, nel più generale concetto di “*buona amministrazione*”. La circostanza, poi, che la disciplina di revisione dei codici di comportamento sia inserita proprio nella Legge n. 190 cit. consente di ritenere che volontà del legislatore sia proprio quella di ancorare saldamente il codice di comportamento non solo alle suddette norme costituzionali, ma anche alla strategia di prevenzione della corruzione nel settore pubblico.

Il codice di comportamento, adottato con D.P.R. n. 62/2013, rafforza l'effettività dei precetti costituzionali in tema di azione amministrativa, con disposizioni specifiche sulle modalità cui il dipendente pubblico deve ispirare la propria condotta.

I principi generali sono improntati, nel rispetto della Costituzione, al servizio della Nazione con disciplina ed onore e all'esercizio imparziale dei propri compiti e funzioni nel perseguimento dell'interesse pubblico senza abuso della posizione o del potere di cui si è titolari (*ex art. 3, comma 1, D.P.R. n. 62/2013*).

La natura regolamentare del codice nazionale definisce i doveri minimi che i dipendenti pubblici e gli altri destinatari del codice sono tenuti ad osservare al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità, servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico.

La gran parte delle disposizioni del codice nazionale ha carattere generale e di principio ed è applicabile a tutte le amministrazioni.

Si tratta di disposizioni riferibili ad una figura tipica di pubblico funzionario tenuto al rispetto di quei doveri indipendentemente dall'amministrazione presso cui presta servizio.

I codici di comportamento delle singole amministrazioni, nell'integrare e specificare le regole del codice, non possono però scendere al di sotto dei «*doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i pubblici dipendenti sono tenuti ad osservare*».

In tal senso, si è espresso anche il Consiglio di Stato nel parere 21 febbraio 2013 n. 97, reso sullo schema di D.P.R. recante “*Codice di comportamento dei dipendenti pubblici*”, chiarendo che «*i codici di comportamento delle singole amministrazioni possono integrare e specificare le regole del Codice, ma non attenuarle*».

I codici etici hanno una dimensione “*valoriale*” e non disciplinare e sono adottati dalle Amministrazioni al fine di fissare doveri, spesso ulteriori e diversi rispetto a quelli definiti nei codici di comportamento, rimessi alla autonoma iniziativa di gruppi, categorie o associazioni di pubblici funzionari.

Con tali codici vengono individuate anche sanzioni etico-morali – al di là di conseguenze di altra natura eventualmente previste - che vengono irrogate al di fuori di un procedimento di tipo disciplinare, in quanto fondate essenzialmente sulla

riprovazione che i componenti del gruppo esprimono in caso di violazione delle regole autonomamente fissate.

I codici di comportamento, invece, fissano doveri di comportamento che hanno una rilevanza giuridica che prescinde dalla personale adesione, di tipo morale, del funzionario ovvero dalla sua personale convinzione sulla bontà del dovere.

Essi vanno rispettati in quanto posti dall'ordinamento giuridico e, a prescindere dalla denominazione attribuita da ogni singola Amministrazione al proprio codice, ad essi si applica il regime degli effetti e delle responsabilità conseguenti alla violazione delle regole comportamentali previsto dall'art. 54, comma 3, del D.lgs. n. 165/2001.

Le novità dei codici di ultima generazione, rispetto alle precedenti stesure possono riassumersi, con riferimento specifico al presente lavoro riferito alla “*CORRETTEZZA E IL BUON ANDAMENTO DEL SERVIZIO*”, atteso il rilievo che oggi riveste l'utilizzo di *social network*, le integrazioni possono concentrarsi sul dovere di accedere ai *social network* nel rispetto delle regole interne che dettano permessi e divieti di utilizzo delle piattaforme *social*, astensione dal rendere pubblico con qualunque mezzo, compresi il *web* o i *social network*, i *blog* o i *forum*, commenti, informazioni e/o foto/video/audio che possano ledere l'immagine dell'amministrazione, l'onorabilità dei colleghi, nonché la riservatezza o la dignità delle persone.



## **CAPITOLO 3: I CODICI DI COMPORTAMENTO ADOTTATI DALLE AZIENDE SANITARIE IN ITALIA. UN'ANALISI EMPIRICA.**

### **3.1 Obiettivo e metodologia della ricerca.**

Obiettivo del presente lavoro è quello di esaminare i codici di comportamento, pubblicati sui portali delle Aziende sanitarie italiane, al fine di delinearne i principali contenuti e proporre un'analisi comparativa che ponga in luce le differenze tra i documenti ed evidenzi, altresì, l'allineamento di fatto con la normativa esistente in materia.

Dopo una ricerca in rete, esaminati i codici di comportamento di circa 30 Aziende sanitarie nel territorio nazionale, è emerso che nessuna di queste presentavano codici aggiornati al 2020. Si è deciso di prendere in analisi 10 di loro, in quanto essi si presentavano aggiornati dal 2014 fino al 2019, cioè ad un anno dalla delibera CiVIT n. 72/2013 (contenente le prime indicazioni del codice condotta con regole specifiche).

Le restanti Aziende, invece, avevano in adozione codici di comportamento con data antecedente al disposto del 2013, oppure codici non reperibili in quanto “in bozza” o con problematiche relative a “sito aziendale in costruzione”.

In particolare, si è dapprima indagata la presenza, all'interno dei codici che costituiscono il campione di analisi, dei principali “doveri di condotta” del “*dipendente sanitario*”, richiamati nella delibera CiVIT n. 72/2013. La categoria

del dipende sanitario, si precisa, ricomprende tutte le categorie e i soggetti che a vario titolo lavorano o operano all'interno dell'Azienda. In questi sono da includere, ovviamente gli operatori economici/fornitori, compresa la dirigenza, e il rispetto degli obiettivi “*responsabilizzazione*” (*accountability* nell'accezione inglese) delle P.A. sull'adozione di condotte e “*doveri etici*” in grado di “*rendere conto*” sulle misure concrete adottate, misure e azioni finalizzate ad assicurare l'applicazione del quadro normativo e regolamentare dei doveri di coloro che svolgono “*funzioni pubbliche*” al servizio della Comunità in ambito sanitario.

Va subito, inoltre, precisato che i “doveri di condotta” richiamati nel 2013 non hanno subito sostanziali variazioni nelle disposizioni normative e nelle linee guida degli ultimi anni (il riferimento è alla deliberazione A.N.AC. n. 358 del 29 marzo 2017, “Linee guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale” e alla deliberazione A.N.AC. n. 177 del 19 febbraio 2020, “Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche”, richiamate nel capitolo precedente), ma sono state oggetto di integrazioni relativamente alle loro modalità applicative. Partendo da questa considerazione, il lavoro di analisi, infine, ha voluto focalizzare l'attenzione su uno specifico aspetto ampiamente raccomandato dall'ultimo intervento regolatorio (le linee guida del 2020): l'importanza dell'utilizzo dei *social*. L'indagine di questo aspetto nei documenti del quinquennio 2014-2019 ha avuto quale obiettivo quello di comprendere se la prassi delle Aziende sanitarie, nella redazione dei propri codici,

anticipasse o meno le rilevanti raccomandazioni sull'uso dei *social* contenute nelle linee guida del 2020.

Allo scopo di dare una risposta ai quesiti della presente ricerca si è adottata la metodologia dell'analisi testuale manuale<sup>35</sup>. I codici sono stati letti in profondità e sono state raccolte le informazioni relativamente ai “doveri di comportamento”, che sono esposte nei risultati presentati nel successivo paragrafo. La stessa metodologia è stata adottata per cogliere le informazioni sull'uso dei social nella prassi e, quindi, nei documenti adottati nel quinquennio 2014-2019. Le principali evidenze su questo ultimo aspetto sono riportate nel paragrafo 3.3.

### **3.2 I risultati della ricerca empirica: i doveri di comportamenti nei codici di condotta delle Aziende Sanitarie.**

I risultati dell'analisi testuale dei codici di condotta delle 10 Aziende sanitarie, che hanno costituito il campione di riferimento, sono esposti nella tabella che segue.

I doveri di comportamento presi a riferimento ricalcano quanto contenuto nella disposizione normativa del 2013, come precisato al paragrafo precedente. In

---

<sup>35</sup> Cfr. Loughran, T. & McDonald, B. (2016), Textual analysis in accounting and finance: A survey, *Journal of Accounting Research*, 54(4), p. 1187-1230.

particolare, per chiarezza espositiva, si riportano di seguito l'elenco di tali argomenti, oggetto di analisi e del processo di raccolta delle informazioni.

1.      **CENTRALITÀ DELLA PERSONA:** la prevenzione ed il sanzionamento di ogni e qualsiasi atto che offenda la dignità della persona umana, nella sua interezza e che ne comprometta la libertà personale e d'espressione, rilevando in ogni caso, la centralità della persona/paziente, l'umanizzazione delle cure, intesa come “*prendersi cura*” del malato nella sua globalità e in tutti gli aspetti e tutte le fasi dell'assistenza e della cura, dal ricovero alla dimissione: un processo inteso a rendere una realtà degna della persona umana, rispettosa e coerente con i valori che essa sente come peculiari e inalienabili.

2.      **PRINCIPIO DI NON DISCRIMINAZIONE:** attuazione del principio costituzionale di uguaglianza formale e sostanziale (*ex art. 3 Cost.*), garantendo il diritto dei dipendenti alla tutela da atti o comportamenti, che comportino discriminazioni di qualsiasi genere; in particolare il contrasto al *mobbing* o a qualsiasi altra forma di discriminazione, da attuare con il ricorso a misure adeguate e tempestive, che consentano la cessazione dei comportamenti molesti.

3.      **LEGALITÀ E INTEGRITÀ:** tutti i principi etici di buona amministrazione e tutela della dignità e dei diritti dei/delle dipendenti e dei principi di garanzia dei servizi resi alla collettività (*ex artt. 54, comma 2, 97, 98 Cost.*). L'integrità intesa

come mantenimento costante di una condotta integerrima ed ispirata alla consapevolezza di dover perseguire l'interesse pubblico sia nei rapporti con i terzi sia nella gestione delle risorse assegnate, dando esempio ai colleghi. Correttezza, intesa come porre quale unico obiettivo nel proprio operato quello del rispetto delle norme nello svolgimento dei propri compiti e nell'adozione delle proprie decisioni e comportamenti, mantenendo rapporti professionali corretti con i colleghi, con equidistanza e rispetto di ciascuno, ed astenendosi dall'utilizzare espressioni o assumere atteggiamenti maleducati od offensivi, e tenendo comportamenti adeguati a quanto richiede il ruolo rivestito, anche al di fuori dell'ambiente lavorativo. Buona fede, assicurando l'interesse pubblico nel proprio lavoro e nei rapporti con i terzi ed i colleghi tramite comportamenti che tengano conto del generarsi dell'aspettativa altrui conseguente al proprio agire.

4. **TRASPARENZA:** trasparenza delle informazioni, dei dati, dei documenti (c.d. modello FOIA).

5. **RISERVATEZZA:** tutela dei dati personali e della riservatezza delle informazioni trattate, con il divieto di usare per fini privati le informazioni di cui dispone per ragioni d'ufficio o di tenere comportamenti che possano nuocere agli interessi o all'immagine dell'Azienda, compreso l'obbligo di riservatezza nello

svolgimento delle prestazioni sanitarie e di rispettare il segreto professionale e d'ufficio.

6. VALORIZZAZIONE DEL PATRIMONIO PROFESSIONALE: percorso formativo e incentivazione le buone pratiche, nella consapevolezza che le risorse umane siano fondamentali per l'assolvimento dei compiti istituzionali, valorizzando l'impegno, il merito e la produttività di tutti i dipendenti e, nel rispetto della vigente normativa, ad offrire loro opportunità di formazione e valorizzazione professionale.

7. RESPONSABILITÀ SOCIALE: scopo di assicurare che il comportamento di coloro che operano all'interno dell'Azienda e degli individui, gruppi, organizzazioni che hanno con l'Azienda relazioni significative e i cui interessi sono a vario titolo coinvolti nell'attività, corrisponda ai doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta, sia conforme ai principi che presiedono all'attività dell'Azienda pubblica e non sia, comunque, condizionato da interessi estranei a quelli istituzionali, raggiungendo un fine collettivo, da ricomprendere l'accessibilità e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie.

8. RICERCA E ORIENTAMENTO ALL'INNOVAZIONE: investimenti per migliorare la qualità delle prestazioni e i risultati attesi.

9. GESTIONE DEL RISCHIO: rispetto dei parametri qualitativi dei servizi offerti all'utenza, definiti in "*Carte dei servizi*" e declinati come obiettivi nel Piano della *Performance*, impegnandosi a migliorare la qualità dei servizi offerti e la tutela del personale per i rischi professionali, sia tenendo nella giusta considerazione il raggiungimento degli obiettivi, incrementando le politiche interne sulla sicurezza dei luoghi di lavoro, comprendendo anche le misure adottate nelle varie aree a rischio corruttivo.

10. TUTELA DELLA SICUREZZA: garantire il diritto dei dipendenti ad un ambiente di lavoro sicuro e confortevole, ponendo in atto le iniziative necessarie a rendere idonei, sia sotto il profilo della sicurezza che sotto il profilo sanitario, gli ambienti ed i luoghi di lavoro, in conformità alla vigente normativa in materia.

11. MULTIDISCIPLINARIETÀ E INTEGRAZIONE: capacità di interagire con tutte le professioni sanitarie anche con altre discipline esterne ma correlate alla cura della persona.

12. COMPORTAMENTO *SOCIAL*: uso dei *social network*.

13. OBBLIGO DI FEDELTA': collegato al dovere di diligenza verso l'Azienda e della sua immagine, orientando la propria attività al rispetto dei principi di

economicità, efficienza ed efficacia, in una logica di contenimento dei costi che non pregiudichi la qualità dei risultati.

14. LA CONDOTTA ILLECITA: sanzione di ogni condotta non rispettosa dei doveri propri e tutela del *wistleblowing*.

15. L'ESCLUSIVITÀ DEL RAPPORTO: autorizzazioni e modalità per incarichi *extralavorativi*.

16. LE REGOLE DI COMPORTAMENTO: la prevenzione ed il sanzionamento di ogni e qualsiasi atto che offenda la dignità della persona umana, nella sua interezza e che ne comprometta la libertà personale e d'espressione, comprendendo il divieto di usare la propria posizione e i poteri pubblici di cui è titolare per finalità diverse da quelle per le quali sono stati conferiti dalla legge, con l'obbligo di astenersi in caso di conflitto di interesse, anche meramente potenziale, da ricomprendere il divieto di promettere vantaggi o prospettare svantaggi di carriera per ottenere utilità; l'obbligo di utilizzare materiale, attrezzature e mezzi di trasporto dell'Azienda esclusivamente per motivi d'ufficio, nel rispetto dei limiti posti dall'Amministrazione; il divieto di usare illecitamente le risorse affidate; l'obbligo di improntare i rapporti con i colleghi con la massima correttezza; l'obbligo di anteporre, nei rapporti con gli utenti e, soprattutto, con i pazienti, il valore dell'assistenza sanitaria su ogni altro; l'obbligo di rispetto degli ambienti di



lavoro e del materiale in custodia. Tra le regole devono ricomprendersi l'obbligo del rispetto delle liste e della riduzione dei tempi di attesa e delle relative discipline regolamentari; l'obbligo di tenere distinte attività istituzionale e attività libero professionale, per ciò che riguarda i rispettivi tempi, luoghi e modalità di svolgimento; il divieto di condizionare il/la paziente orientandolo/a verso la visita in regime di libera professione; l'obbligo del medico di garantire la tracciabilità dei pagamenti e la tempestiva contabilizzazione a consuntivo delle somme incassate nell'attività libero professionale intramuraria; l'obbligo di aggiornamento professionale per il personale sanitario; il divieto di percepire corrispettivi di qualsivoglia natura nell'esercizio delle proprie funzioni istituzionali che non siano consentiti dalla legge, previsti dal contratto collettivo e autorizzati dall'Azienda; il divieto di indicare nella documentazione sanitaria, all'atto della prescrizione e/o del consiglio terapeutico, in sede di dimissione dalla struttura sanitaria e/o a seguito di visita ambulatoriale, il nome commerciale dei farmaci prescritti e/o consigliati nonché il richiamo all'osservanza dei principi deontologici e di imparzialità anche nella prescrizione/consiglio terapeutico di altri prodotti diversi dai farmaci.

Chiarito quali doveri sono stati indagati, la tabella che segue riporta i risultati dell'analisi svolta.

Per ciascuna Azienda, è stata apposta una "x" per identificare la presenza del "dovere di condotta" ed il simbolo " – " per identificare l'assenza di questo.

	Az. Osp. Riuniti Villa Sofia-Cervello (PA)	Az. Marche Nord (PU)	Az. Osp. Università di Padova (PD)	Az. Osp. Niguarda (MI)	Az. Osp. Dei Colli Monaldi-Cotugno (NA)	Az. Osp. Saverio de Bellis (BA)	Az. Osp. Di Parma (PR)	Az. Osp. Galliera Genova (GE)	Polclinico Torvergata (RM)	Az. Osp. Universitaria di Ferrara (FE)
CENTRALITA' DELLA PERSONA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
PRINCIPIO DI NON DISCRIMINAZIONE	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
LEGALITA' E INTEGRITA'	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
TRASPARENZA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
RISERVATEZZA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
VALORIZZAZIONE DEL PATRIMONIO PROFESSIONALE	X	X	-	X	X	X	X	X	X	X
RESPONSABILITA' SOCIALE	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
RICERCA E ORIENTAMENTO ALL'INNOVAZIONE	-	-	-	X	-	X	X	X	X	X
GESTIONE DEL RISCHIO	X	X	-	X	-	X	X	X	X	X
TUTELA DELLA SICUREZZA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
MULTIDISCIPLINARIETA' E INTEGRAZIONE	-	-	-	X	-	X	X	X	X	X
COMPORTEMENTO SOCIAL	X	-	-	X	-	X	X	X	X	X
OBBLIGO DI FEDELTA'	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
LA CONDOTTA ILLECITA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
L'ESCLUSIVITA' DEL RAPPORTO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Come si evince dalla tabella, in alcuni casi, appare l'assenza dell'indicazione di alcuni doveri di condotta.

Questa evidenza deve essere però interpretata alla luce della considerazione che le Aziende focalizzano l'attenzione su alcuni aspetti piuttosto che su altri, alla luce del sistema dei vincoli e delle opportunità nonché delle peculiarità della propria gestione.

Ciò premesso, l'analisi testuale ha portato ad evidenziare anche quali siano gli aspetti maggiormente enfatizzati nei documenti, oggetto di analisi. Si riportano di seguito alcuni stralci e riflessioni che consentono di comprendere, più nel dettaglio, tale argomentazione.

1. Az. Osp. Riuniti Villa Sofia-Cervello (PA): “*Codice etico e di comportamento*”.

Art. 10 (*Comportamento in servizio*) vengono richiamati divieti:

Particolare attenzione viene posta negli art. 14, *Attività conseguente al decesso*, e art. 15, *Gestione delle liste di attesa e attività libero professionale*.

2. Az. Marche Nord (PU): “*Codice di comportamento aziendale dei dipendenti*”.

Presenta una dettagliata analisi delle aree a rischio, del rapporto del c.d. *wistleblowing*, dei compiti di vigilanza, della centralità della persona e gli obblighi di integrità.

3. Az. Osp. Università di Padova (PD) “*Codice di comportamento*” (formato aperto).

Nell’art. 4, *Regali, compensi e altre utilità*, al comma 3, prevede che l’Azienda non autorizza incarichi di collaborazione, neppure a titolo gratuito, con soggetti privati, eccetto le *ONLUS*, che negli ultimi due anni abbiano avuto o abbiano interessi economici significativi, in relazione alla loro dimensione economica, in decisioni o attività inerenti all’Azienda (non viene giustificata tale deroga).

Nell’art. 10, *Comportamento in servizio*, si riporta espressamente al comma 3 che tutti i dipendenti, fatte salve specifiche disposizioni contrattuali, hanno l’obbligo di documentare la propria presenza in servizio attraverso timbratura con la propria tessera magnetica (*badge*), senza indicare espressamente le eccezioni ma rinviando a documenti interni, ovvero ad apposita autorizzazione.

All’art. 11, *Rapporti con il pubblico e con l’utenza anche interna*, si segnala al comma 2 che l’approccio deve essere improntato prioritariamente al “*lei*”; mentre al comma 11, il dipendente e ogni destinatario del Codice di professionalità sanitaria e socio-sanitaria, nell’ambito delle proprie attività dirette alla persona assistita, coinvolge il paziente nel percorso assistenziale, prevedendo una adeguata informazione sulle prestazioni e sugli esiti/complicanze attesi e raccogliendo quindi il prescritto consenso.

All’art. 12, *Disposizioni particolari per i dirigenti*, al comma 2 affida al dirigente della Struttura l’obbligo di vigilare sul rispetto dei divieti di cumuli di impieghi e carichi di lavoro da parte dei dipendenti, anche al fine di evitare pratiche illecite di

“*doppio lavoro*”, segnalando i casi di possibile violazione di tali pratiche alla struttura che gestisce il personale.

4. Az. Osp. Niguarda (MI) “*Codice etico di comportamento*”.

Viene posto come criterio fondamentale la centralità della persona, l’umanizzazione delle cure, l’accessibilità e appropriatezza della prestazione sanitaria, la tutela della riservatezza, il benessere della persona, l’aggiornamento professionale, viene assicurato allo straniero la presenza di un mediatore linguistico – culturale.

Viene dedicato spazio all’assistenza e all’attività libero professionale.

Sono affrontate tutte le tematiche di riferimento, compresa l’area a rischio dei contratti, rilevando che il codice etico viene ritenuto parte integrante del codice.

5. Az. Osp. Dei Colli Monaldi-Cotugno (NA) “*Codice di comportamento dei dipendenti*” (formato aperto)

Si caratterizza per una premessa etica dove si legge che «*l’obiettivo di erogare prestazioni sanitarie specialistiche di media o elevata complessità, secondo criteri di appropriatezza e qualità. In questo senso, costituisce obiettivo aziendale primario la erogazione di una qualificata offerta sanitaria, sia in termini di qualità che di quantità, mediante un corretto atteggiamento e comportamento degli organi aziendali e degli operatori tutti. In termini generali il fine perseguito è quello di rendere l’attività aziendale competitiva in termini di:* • *tempi di risposta a fronte di*

*corretti tempi di attesa; • qualità delle prestazioni e valorizzazione delle aree di eccellenza; • costi interni in rapporto alle condizioni di competitività; • comportamenti eticamente corretti di ogni componente aziendale, sia nei rapporti con gli utenti, sia nella costruzione degli aspetti organizzativi ed amministrativi connessi».*

Durata del processo di cura.

Si precisa che *«Rientrano nella nozione di rispetto riconosciuta dall'Ospedale: – la migliore assistenza possibile come risposta al bisogno sanitario; – la salvaguardia del diritto del paziente all'autodeterminazione nelle scelte che riguardano il proprio stato di salute; – il diritto alla difesa della dignità della persona, con la conseguente repressione di ogni forma di discriminazione sulla base di elementi quali l'appartenenza ad una determinata etnia, il credo religioso, lo status sociale, l'orientamento sessuale o lo stato di salute».*

Nel comportamento in servizio si dispone che *«Gli amministratori, i dirigenti e i dipendenti dell'Azienda Ospedaliera non possono svolgere attività politica nel corso dell'orario di lavoro. È fatto altresì divieto assoluto di utilizzare i beni e gli strumenti dell'Azienda per lo svolgimento della predetta attività. Le opinioni politiche espresse sono da considerarsi strettamente personali, e come tali vanno rispettate»*, un'estensione non solo ai dipendenti.

6. Az. Osp. Saverio de Bellis (BA) *“Aggiornamento del Codice di comportamento dei dipendenti”*.

Viene precisato che l’Istituto non autorizza incarichi di collaborazione, neppure a titolo gratuito, con soggetti privati, eccetto le *ONLUS*, che negli ultimi due anni abbiano avuto o abbiano interessi economici significativi, in relazione alla loro dimensione economica, in decisioni o attività inerenti all’istituto (anche in questo caso non si chiarisce la motivazione della regola).

Viene stabilito che *«Nell’esercizio del diritto di manifestazione del pensiero, il destinatario del Codice evita espressioni comunque offensive per l’istituto. I contenuti pubblicati su social network o comunque presenti in internet che possano nuocere all’immagine dell’istituto comportano illecito disciplinare, come tale sanzionato in aderenza alla procedura operativa relativa ai procedimenti disciplinari»*.

Nei rapporti che i dipendenti e gli altri destinatari del Codice, quando agiscono in nome e per conto dell’istituto *«l’approccio deve essere improntato prioritariamente al “Lei”*».

Questo aspetto è allineato con le indicazioni delle Linee guida n. 177/2020.

7. Az. Osp. Di Parma (PR) *“Codice di comportamento”* (formato aperto)

Tra le finalità dell’art. 1 prevede che il Codice *«si pone come strumento a supporto della gestione aziendale fondato su valori etici condivisi, volto all’adozione di procedure e comportamenti finalizzati ad assicurare il miglior soddisfacimento dei*

*bisogni delle comunità di riferimento, a migliorare l'efficienza e l'efficacia delle Aziende e a prevenire attività e comportamenti illegittimi e/o illeciti. Le regole introdotte con il Codice hanno, pertanto, una valenza etica e giuridica».*

Viene dichiarato espressamente che l'adozione del Codice «risponde al fondamentale concetto di responsabilità sociale delle Aziende, come risultato di un complesso sistema di principi e regole che disciplinano le relazioni tra le aziende sanitarie e tutti i soggetti con i quali intrattengono rapporti di legittimo reciproco interesse (stakeholders)».

Rappresenta una scelta strategica del Servizio Sanitario Regionale, che «induce ad affrontare un processo condiviso e articolato in tre momenti: a) una prima fase di presa di coscienza e di chiara esplicitazione, diffusione e condivisione dei riferimenti valoriali; b) una seconda in cui i valori si traducono in prassi operative con essi coerente e regolamentata; c) una terza di monitoraggio e valutazione dell'adeguatezza delle misure adottate».

Si puntualizza che «l'osservanza delle disposizioni contenute nel Codice e nel Regolamento costituisce parte integrante e sostanziale delle obbligazioni contrattuali facenti capo al personale».

Tutti i principi riportati nella griglia sono declinati al comma 3, dell'art 3 dal titolo "Principi generali": centralità della persona, non discriminazione, legalità e integrità, trasparenza, riservatezza, valorizzazione del patrimonio professionale,



ricerca e orientamento all'innovazione, responsabilità sociale, multidisciplinarietà e integrazione, gestione del rischio e tutela della sicurezza.

8. Az. Osp. Galliera Genova (GE) “*Codice di Comportamento*” (formato aperto, viene analizzata la bozza in consultazione).

Tra le premesse precisa che *«dell’Atto di autonomia regolamentare ha pertanto espressamente fissato i seguenti principi ispiratori dell’Ente: “L’Ente si riconosce quale luogo dell’accoglienza, della speranza, dell’attenzione, della lotta al dolore ed alla sofferenza, affermando il valore fondamentale della dignità della persona, nella difesa e promozione dei suoi diritti e responsabilità, a cominciare da quelli riguardanti la vita umana, dal suo inizio alla sua fine naturale. Nella configurazione della sua organizzazione e nello svolgimento di tutte le sue attività l’Ente ospedaliero pone al centro il servizio alla persona, individuata non solo come destinataria delle singole prestazioni sanitarie, ma come fulcro di tutta l’attività istituzionale, garantendone l’ascolto, l’informazione, l’accoglienza e la cura di tutti gli aspetti rivolti alla salvaguardia della sua salute, dignità ed integrità. A tale fine l’Ente ospedaliero persegue il miglioramento continuo delle prestazioni sanitarie, attraverso l’utilizzo delle più avanzate scoperte della scienza e della tecnologia nel settore biomedico e la ricerca dell’eccellenza nella qualità dei servizi erogati anche attraverso l’impiego di modelli gestionali innovativi e sperimentali. L’Ente ospedaliero assicura il più efficace impiego delle risorse a sua*

*disposizione per il perseguimento delle attività istituzionali garantendo la trasparenza dei criteri e delle procedure decisionali e prevedendo forme di partecipazione degli operatori della struttura ospedaliera».*

Tra i principi l'Ente *«garantisce il diritto dei dipendenti alla tutela da atti o comportamenti, che comportino discriminazioni di qualsiasi genere. In particolare, viene curato il contrasto al mobbing o a qualsiasi altra forma di discriminazione, da attuare con il ricorso a misure adeguate e tempestive, che consentano la cessazione dei comportamenti molesti», rilevando che «In coerenza con i principi etici di buona amministrazione e tutela della dignità e dei diritti dei/delle dipendenti e dei principi di garanzia dei servizi resi alla collettività».*

I/le dipendenti dell'Ente, nello svolgimento della propria attività, conformano il proprio agire ai principi etici e valoriali che hanno caratterizzato ed ispirato l'Ente sin dalla sua costituzione, tra i quali assumono particolare rilevanza: a) la centralità della persona/paziente; b) l'umanizzazione delle cure; c) l'accessibilità e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie; d) l'obiettività e l'indipendenza nell'attività di sperimentazione e ricerca; e) la tutela della riservatezza.

Particolare attenzione viene riposta all'accesso ai sistemi di posta elettronica, nonché l'accesso ad Internet, che deve *«servire esclusivamente all'attività lavorativa, dovendosi, quindi, ritenere vietato l'accesso alla rete Internet e l'utilizzo della posta elettronica per scopi personali (ad es: installazione di programmi di "file-sharing", "download" di foto, filmati, ecc.)».*

Viene disposto che «*la navigazione in Internet in orario di lavoro - incluso l'utilizzo dei social network - è giustificata ove strettamente attinente alle funzioni ed alle attività di competenza. L'utilizzo delle dotazioni informatiche aziendali per fini personali è perseguibile disciplinarmente qualora: (a) la condotta del/della dipendente sia contraddistinta dal carattere non sporadico e/o eccezionale, ovvero risulti, per contro, sistematica in considerazione della frequenza, della durata, dell'accesso e dello scambio di dati; (b) il comportamento del/della dipendente integri un indebito utilizzo della strumentazione dell'Ente per scopi estranei ai compiti di istituto con carattere di intenzionalità e reiterazione; (c) il comportamento del/della dipendente sia risultato idoneo a ledere l'integrità del patrimonio aziendale e la sicurezza degli impianti; (d) il comportamento, le azioni e le attività poste in essere dal/della dipendente abbiano determinato una significativa sottrazione di tempo all'attività di lavoro, ovvero la condotta abbia compromesso, ritardato o determinato il blocco di attività istituzionali, danneggiando in maniera significativa l'attività produttiva dell'Ente stesso*».

9. Policlinico Torvergata (RM) “*Codice etico e di Comportamento*” (formato aperto).

Tra i principi si richiama la «*promozione e alla tutela delle condizioni di salute degli utenti, nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale e regionale, garantendo l'applicazione di standard uniformi ed efficaci di assistenza e*

*valorizzando il rafforzamento del rapporto con il territorio. A tal fine, nell'esercizio delle proprie attività, i destinatari del "Codice": - conformano il proprio operare al rispetto della normativa e ai principi di integrità, correttezza, buona fede, proporzionalità, trasparenza, equità e ragionevolezza, indipendenza e imparzialità, efficacia, efficienza e sostenibilità, centralità della persona, umanizzazione delle cure, accessibilità e appropriatezza delle prestazioni sanitarie, obiettività e indipendenza nell'attività di sperimentazione e ricerca e tutela della riservatezza; - perseguono l'interesse del Policlinico, la tutela della sua immagine e del patrimonio aziendale mediante il corretto e appropriato utilizzo di beni ed attrezzature secondo criteri di economicità».*

Il "Codice" rinvia alla c.d. mappatura delle aree sensibili e dei processi a rischio di corruzione come individuati dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza del Policlinico sia per la graduazione delle eventuali sanzioni applicabili in concreto, sia ai fini dell'introduzione di eventuali altre regole comportamentali specifiche.

L'art. 10 si occupa delle molestie e mobbing sul luogo di lavoro.

Viene espressamente previsto all'art. 16 che i dipendenti *«non diffondono informazioni e/o commenti, anche attraverso il web e i social network, volutamente atti a ledere l'immagine o l'onorabilità di colleghi, superiori gerarchici o dell'Amministrazione in generale; - rispettano la disciplina dei rapporti con gli organi di informazione e di stampa».*

10. Az. Osp. Universitaria di Ferrara (FE) “*Codice di Comportamento*” (formato aperto).

Viene subito disposto che *«l’adozione del Codice: - risponde al fondamentale concetto di responsabilità sociale dell’Azienda, come risultato di un complesso sistema di principi e regole che disciplinano le relazioni tra le aziende sanitarie e tutti i soggetti con i quali intrattengono rapporti di legittimo reciproco interesse (stakeholders); - rappresenta una scelta strategica del Servizio Sanitario Regionale, che induce ad affrontare un processo condiviso e articolato in tre momenti: a) una prima fase di presa di coscienza e di chiara esplicitazione, diffusione e condivisione dei riferimenti valoriali; b) una seconda in cui i valori si traducono in prassi operative con essi coerente e regolamentata; c) una terza di monitoraggio e valutazione dell’adeguatezza delle misure adottate».*

Tutti i principi riportati nella griglia sono declinati al comma 3, dell’art 3 dal titolo “*Principi generali*”: centralità della persona, non discriminazione, legalità e integrità, trasparenza, riservatezza, valorizzazione del patrimonio professionale, ricerca e orientamento all’innovazione, responsabilità sociale, multidisciplinarietà e integrazione, gestione del rischio e tutela della sicurezza.

Un’unica considerazione di sintesi. Alcuni codici (si veda Azienda presentata al punto 9 e al punto 10) appaiono rispettare appieno tutte le disposizioni contenute

nei disposti normativi successivi al 2013 e, in particolare, considerando la data di pubblicazione del documento, contenute nelle *Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale*, adottate con delibera A.N.AC. n. 358/2017. Si può affermare, pertanto che alcuni sono maggiormente completi rispetto ad altri, costituendo pertanto un esempio di buone pratiche.

### **3.3 Il focus sui “social” nei rapporti con il pubblico.**

Come richiamato nel primo paragrafo, la ricerca ha, in aggiunta, analizzato le diverse condotte previste nei codici di comportamento delle Aziende sanitarie, riportando quelle parti riferite ad un aspetto di novità -incentivato nelle linee guida del 2020- sull'uso dei *social*. Di seguito si riportano alcuni stralci dei documenti analizzati allo scopo di far comprendere le principali evidenze su questo particolare argomento.

1. Az. Osp. Riuniti Villa Sofia-Cervello (PA): “*Codice etico e di comportamento*”.

Art. 10 (*Comportamento in servizio*) vengono richiamati divieti:

«*di diffondere informazioni e/o commenti, anche attraverso i web o social network, volutamente atti a ledere l'immagine o l'onorabilità dei colleghi, superiori gerarchici o dell'Azienda...*

*porre in essere ritrazioni fotografiche di sé stessi, colleghi, terzi soggetti in luoghi e ambienti di lavoro e di pubblicarle sul web e sui social network».*

2. Az. Marche Nord (PU): “*Codice di comportamento aziendale dei dipendenti*”.

Non riporta alcuna indicazione sull’utilizzo dei *social*.

3. Az. Osp. Università di Padova (PD) “*Codice di comportamento*” (formato aperto).

Nulla viene riportato sui rapporti con i *social*.

4. Az. Osp. Niguarda (MI) “*Codice etico di comportamento*”.

Viene precisato che tutto il personale non diffonde informazioni e commenti, tramite mass – media o *social network*, che compromettano l’immagine e l’onorabilità di altri lavoratori o del personale, inoltre, il personale deve osservare la *policy* sull’utilizzo del *web* e dei *social network*.

5. Az. Osp. Dei Colli Monaldi-Cotugno (NA) “*Codice di comportamento dei dipendenti*” (formato aperto)

Nulla viene riportato sull’utilizzo dei *social network*.

6. Az. Osp. Saverio de Bellis (BA) “*Aggiornamento del Codice di comportamento dei dipendenti*”.

Viene stabilito che *«Nell'esercizio del diritto di manifestazione del pensiero, il destinatario del Codice evita espressioni comunque offensive per l'istituto. I contenuti pubblicati su social network o comunque presenti in internet che possano nuocere all'immagine dell'istituto comportano illecito disciplinare, come tale sanzionato in aderenza alla procedura operativa relativa ai procedimenti disciplinari».*

7. Az. Osp. Di Parma (PR) “*Codice di comportamento*” (formato aperto)

Nel comportamento il personale in servizio *«si astengono dal rendere pubblico con qualunque mezzo, compresi il web o i social network, i blog o i forum, commenti, informazioni e/o foto/video/audio che possano ledere l'immagine delle Aziende, l'onorabilità dei colleghi, nonché la riservatezza o la dignità delle persone e in particolare dei pazienti».*

8. Az. Osp. Galliera Genova (GE) “*Codice di Comportamento*” (formato aperto, viene analizzata la bozza in consultazione).

Viene ribadito in più parti l'obbligo di astenersi dal diffondere e pubblicare, anche tramite l'utilizzo di *social network*, immagini o fotografie realizzate all'interno della struttura ospedaliera.



9. Policlinico Torvergata (RM) “*Codice etico e di Comportamento*” (formato aperto).

Viene espressamente previsto all’art. 16 che i dipendenti «*non diffondono informazioni e/o commenti, anche attraverso il web e i social network, volutamente atti a ledere l’immagine o l’onorabilità di colleghi, superiori gerarchici o dell’Amministrazione in generale; - rispettano la disciplina dei rapporti con gli organi di informazione e di stampa*».

10. Az. Osp. Universitaria di Ferrara (FE) “*Codice di Comportamento*” (formato aperto).

Viene disposto che i dipendenti «*si astengono dal rendere pubblico con qualunque mezzo, compresi il web o i social network, i blog o i forum, commenti, informazioni e/o foto/video/audio che possano ledere l’immagine dell’Azienda, l’onorabilità dei colleghi, nonché la riservatezza o la dignità delle persone e in particolare dei pazienti*».

Anche in questo caso si propone un’unica riflessione di sintesi. Se da un lato non tutti i documenti richiamano l’utilizzo di *social network*, seppur raccomandato dalla normativa, chi lo fa, lo fa in modo non uniforme, puntando l’accento dell’utilizzo su ambiti diversi.

## **Conclusioni**

Si ricorda che obiettivo del presente lavoro è quello di esaminare i codici di comportamento, pubblicati sui portali delle Aziende sanitarie italiane, al fine di delinearne i principali contenuti e proporre un'analisi comparativa che ponga in luce le differenze tra i documenti ed evidenzi, altresì, l'allineamento di fatto con la normativa esistente in materia.

L'analisi testuale svolta ha evidenziato la presenza di documenti più completi e altri meno dettagliati. Nonostante ciò, tutti i codici sono rispettosi degli obblighi generali previsti dal D.P.R. n. 62/2013.

Una riflessione aggiuntiva rispetto a quanto esposto nei risultati merita la considerazione che le denominazioni utilizzate all'interno dei documenti non sono sempre le stesse. Su questo ultimo punto, va evidenziato che l'analisi condotta non si è spinta nella ricerca di terminologie diverse (oltre quelle utilizzate dalla normativa) che comunque potessero evocare il dovere di comportamento indagato. Questo aspetto di dettaglio potrebbe rappresentare un limite della presente ricerca ma allo stesso tempo la diversità di approccio, anche lessicale, può essere ricondotta al fatto che i disposti normativi lasciano un certo grado di libertà nell'adozione del disposto stesso in quanto tesi all'armonizzazione delle pratiche oltre che alla prescrizione di comportamenti.

La ricerca, inoltre, ha voluto indagare la considerazione del particolare aspetto dell'uso dei *social network* nei documenti dei codici di comportamento, redatti nel quinquennio 2014-2019. Si richiama che i risultati in questo caso evidenziano una non uniformità nell'adozione di tali strumenti così come una diversità negli ambiti di applicazione.

Si vuole concludere il presente lavoro con una riflessione su tale aspetto.

La partecipazione, la trasparenza, l'estrema diffusione dell'uso dei *social network*, la proliferazione di *tool* informativi, l'interesse crescente per i *post*, il profilo pubblico dei dati e delle informazioni in "*Amministrazione Trasparente*" mediante *link*, lo sbarco massiccio *on line* e l'estrema valorizzazione della digitalizzazione della P.A., non sono questioni che esulano gli aspetti trattati nei "*Codici di comportamento*", ma ne integrano il valore di questa nuova forma di relazioni sociali, accrescono il dovere di disciplinarne l'uso ai fini di non alterare i rapporti e l'immagine dell'Azienda sanitaria, diffondendo informazioni e dati al di fuori dei canali formali e nel pieno rispetto della riservatezza delle persone che in ambito sanitario lavorano o sono destinatarie dei servizi.

L'utilizzo dei *social* in servizio (durante l'orario di lavoro, ma anche al di fuori) può costituire, infatti, una fonte di possibile diffusione del materiale pubblicato sul profilo dell'utente a un numero imprecisato e non prevedibile di soggetti, se l'utente stesso non provvede ad effettuare restrizioni, che peraltro il *social network* consentono, e se l'Amministrazione non ne disciplina l'uso.

È noto, ad es., che *Facebook* è un luogo virtuale aperto all'accesso di chiunque utilizzi la rete e, quindi, è un “*luogo aperto al pubblico*”<sup>36</sup>, definito anche *social media* per valorizzare l'impatto non solo come rete sociale ma come “*piazze virtuali o luogo di condivisione*” con altri di fotografie, filmati, pensieri, indirizzi, amici, costituendo uno strumento di comunicazione, che non può essere provata la natura chiusa del profilo e la sua accessibilità a un numero ristretto di “*amici*”, in ragione del fatto che esso è agevolmente modificabile, da “*chiuso*” ad “*aperto*” in ogni momento da parte del titolare, nonché della possibilità per qualunque “*amico*” ammesso al profilo stesso di condividere sulla propria pagina il *post* rendendolo, conseguentemente, visibile ad altri utenti, potenzialmente tutti gli utenti del *social*<sup>37</sup>.

Le Linee guida A.N.AC. n. 177/2020 hanno fornito indicazioni su queste nuove forme di socializzazione e partecipazione, con l'intento di assicurare che la condotta del dipendente non possa nuocere all'immagine dell'Amministrazione, dei “*colleghi*” di lavoro, dell'utenza finale, coloro che a vario titolo beneficiano dei servizi pubblici, in relazione alle finalità istituzionali delle singole Amministrazioni.

---

<sup>36</sup>Cass. Pen., Sez. I, 11 luglio 2014, n. 37596.

<sup>37</sup>Cfr. Garante per la protezione dei dati personali, doc. web n. 6163649, “*Rimozione da un profilo facebook di provvedimenti giurisdizionali contenenti informazioni relative a un minore - 23 febbraio 2017*”, Registro dei provvedimenti n. 75 del 23 febbraio 2017.

Ciò premesso, indagare in che misura le Aziende faranno uso dei social network nei propri comportamenti etico-sociali, improntati all'*accountability*, costituisce una rilevante prospettiva di ricerca futura del presente lavoro.



## Bibliografia

- A. Cicchetti *“La progettazione organizzativa -principi strumenti e applicazione nelle organizzazioni sanitarie”*, Milano, Franco Angeli 2004, p. 84-85.
- Alfonso Provvidenza (2006) *“L’Azienda Sanitaria Pubblica”*, Aracne, p. 48, 49.
- A. Sen, *“Etica ed economia”*, Laterza, Roma-Bari 2002.
- A. Zangrandi (1998) *“Il controllo di gestione nelle Usl. Milano”*, Giuffrè p. 155.
- A. Zangrandi (1988) *“Le caratteristiche dell’azienda ospedale”*, Milano, Giuffrè, p. 88.
- C. Bottari (1991) *“Principi costituzionali ed assistenza sanitaria”*, Giuffrè, Milano p. 1, 7.
- E. Borgonovi (1990) *“Il controllo economico nelle aziende sanitarie”*, EGEA, p. 65.
- Cassano R. (2014) *“Accountability e Stakeholder Relationship nelle aziende pubbliche”*, p. 78.
- G. Moro, A. Profumo (2003) *“PlusValori. La responsabilità sociale delle imprese”*, Baldini & Castaldi, Milano.
- Hinna L. (2004) *“Il bilancio sociale nelle Amministrazioni Pubbliche. Processi, strumenti, strutture e valenze”*, Milano, Franco Angeli, p. 15.
- L. Marinò (2008) *“Alla ricerca dell’economicità nelle aziende sanitarie”*, Giuffrè Milano, p. 132,133,134.
- L. Sacconi (2002) *“Un contratto sociale per l’impresa, in Etica per le professioni”*, IV, 3, p. 33-40.
- Loughran, T. & McDonald, B. (2016), Textual analysis in accounting and finance: A survey, *Journal of Accounting Research*, 54(4), p.1187-1230.

- Marasca S., Montanini L., Manelli A., D'Andrea A., Vallesi M., Carignani V., Galassi P. (2018) "*Social Reporting in a Health Care Organization: A Case Study of a Regional Italian Hospital*", in: Gal G., Akisik O., Wooldridge W. (eds) *Sustainability and Social Responsibility: Regulation and Reporting. Accounting, Finance, Sustainability, Governance & Fraud: Theory and Application*. Springer, Singapore.
- M. Del Vecchio (2009) "*Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzata, deintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica*", p. 313.
- P. Miolo Vitali, L. Anselmi, (1989) "*La Programmazione nelle pubbliche amministrazioni linee evolutive*", Giuffrè, Milano p. 25, 27.
- S. Lazzarini (2005) "*Principi di accountability nei sistemi sanitario italiano e statunitense*" Giuffrè, 2005, p. 106, 107.
- V. Mapelli (2012) "*Il Sistema sanitario italiano*", Il Mulino p. 54 e 57.



