

COLLANA: ECONOMIA

VOLUME

2

L'organizzazione delle Aziende Sanitarie

[Organizzazione Aziendale]

G. MURATORI – E. PALERMO

2015

ECONOMIA & DIRITTO

INDICE

CAPITOLO 1: L'ISTITUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

- 1.1 L'art. 32 della Costituzione
 - 1.1.1 Le caratteristiche dei sistemi sanitari europei
- 1.2 La legge 833/1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale
- 1.3 *Il DLGS 502/92*
- 1.4 La legislazione successiva
- 1.5 Il DLGS 229/99
- 1.6 Le competenze in materia di SSN

CAPITOLO 2: IL PIANO SANITARIO NAZIONALE E QUELLO REGIONALE

- 2.1 Il Piano Sanitario nazionale
- 2.2 Il Piano Sanitario Regionale
- 2.3 I Livelli Essenziali di assistenza
- 2.4 Gli organismi nazionali e regionali in materia sanitaria
- 2.5 Il Piano attuativo locale e le competenze delle AUSL in materia di LEA
- 2.6 I tempi di attesa e il monitoraggio
- 2.7 Il consenso informato
- 2.8 I vari "governi"
- 2.9 L'organizzazione secondo Mintzberg

CAPITOLO 3: LE AUSL E LE ALTRE AZIENDE ASSISTENZIALI

3.1 Le AUSL

3.2 *Funzioni e assetto organizzativo*

3.2.1 I Dipartimenti

3.2.2 I Distretti Sanitari di Base

3.2.3 Il Dipartimento di Cure Primarie

3.2.4 Il Dipartimento di Sanità Pubblica

3.2.5 La Specialistica Ambulatoriale

3.2.6 Presidi Ospedalieri non costituiti in Aziende Ospedaliere

3.3 Le Aziende Ospedaliere e le Aziende Ospedaliere Universitarie

3.4 IRCSS, IZS, ASP

3.5 Altre forme di assistenza

CAPITOLO 4: IL FINANZIAMENTO DELLE AUSL E LA PROGRAMMAZIONE

4.1 Il finanziamento

4.1.1 Le entrate proprie

4.1.2 Il tesoriere delle Ausl

4.2 La ragioneria pubblica

4.3 Gli strumenti di programmazione

4.4 Contabilità e budget

- 4.4.1 Il Processo di Budgeting
- 4.5 Il controllo di gestione interno alle Aziende
 - 4.5.1 Altri strumenti di controllo della gestione

CAPITOLO 5: STATO GIURIDICO DEL PERSONALE SANITARIO E RESPONSABILITA'

- 5.1 Stato giuridico del personale
- 5.2 Il personale sanitario
- 5.3 I dirigenti Sanitari
- 5.4 La formazione professionale
- 5.5 L'attività libero professionale e le sue incompatibilità
- 5.6 Le Professioni Sanitarie e la Dotazione Organica
- 5.7 Le responsabilità
 - 5.7.1 Le responsabilità dirigenziali

CAPITOLO PRIMO

L'ISTITUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

1.1 L'art 32 della Costituzione

Fra i diversi diritti sociali che la Carta Costituzionale riconosce, caratterizzando il nostro ordinamento come quello di uno Stato democratico sociale, il diritto alla tutela della salute emerge chiaramente, per un molteplice ordine di ragioni.

In primo luogo, per la sfera e l'essenza oggettiva che le disposizioni costituzionali intendono tutelare, ovvero un bene assolutamente primario tra tutti i diritti fondamentali; in secondo luogo, per le vicende istituzionali e legislative che ne hanno interessato il riconoscimento; infine perché forse l'unico, e comunque sicuramente il primo, ad aver ricevuto un sistema compiuto ed organizzato di attuazione nel più ampio circuito sociale dei servizi alla persona ed alla comunità.

La tutela della salute viene oggi modernamente definita a livello internazionale dall'Organizzazione mondiale della sanità come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non solamente l'assenza di malattia o di inabilità", ovvero una condizione di armonico equilibrio funzionale, fisico e psichico dell'organismo dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale.

Si tratta di una definizione dalla quale si evince che il benessere fisico non è mai solamente una condizione statica, ma estremamente mutevole a seconda dei suoi rapporti con l'ambiente naturale e sociale.

Nell'art. 32 della Costituzione, possono dirsi racchiusi una molteplicità di significati e contenuti: non solo infatti il diritto all'integrità psico-fisica ed a vivere in un ambiente salubre, ma anche un diritto alle prestazioni sanitarie, alle cure gratuite per gli indigenti e finanche a non ricevere trattamenti sanitari se non quelli di carattere obbligatorio volti a tutelare non già solo il destinatario, ma soprattutto la collettività, come avviene nel caso delle vaccinazioni o degli interventi effettuati per la salute mentale.

Questi ultimi due significati sono peraltro richiamati esplicitamente nella norma costituzionale per la quale «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana ».

1.1.1 Le caratteristiche dei sistemi sanitari europei

Gran parte dei paesi europei negli ultimi anni ha avuto modo di confrontarsi con l'implementazione di riforme del proprio sistema sanitario, sviluppando differenti logiche d'intervento sulla base delle reali esigenze. La questione legata al ridimensionamento della spesa sanitaria ed ai conseguenti strumenti approntati dai diversi governi dipende in maniera incontrovertibile dall'impostazione su cui si fonda il sistema centrale di mobilitazione, reperimento ed allocazione delle risorse. Una differenza sostanziale sembra invece

doversi porre tra i sistemi che poggiano su una base assicurativa (Social health insurance), che, per definizione, hanno bisogno di una regolazione d'insieme e quelli che poggiano su una base fiscale (General taxation), legati sostanzialmente ad un modello di amministrazione sanitaria accentrato, che per loro natura devono contemperare le esigenze di cambiamento con quelle legate alle spese previste nel bilancio dello Stato. I primi sono portati logicamente a orientare le riforme in funzione di una problematica di regolazione globale e, essendo piuttosto dissipatori, verso una problematica di controllo delle spese. I secondi, invece, sono preoccupati principalmente di offrire una certa quantità e qualità di servizi e tendono a ridurre le eventuali disfunzioni attraverso una regolazione mirante all'efficienza microeconomica. Una classificazione comunemente accettata, fondata per lo più sulle tradizioni storiche dei sistemi previdenziali, porta a distinguere i sistemi sanitari europei sulla base dei criteri di finanziamento adottati e dei modelli che si sono andati consolidando nel tempo, ovvero:

1. il modello Beveridge;
2. il modello Bismark;
3. il modello Misto;
4. il modello Semasko.

In realtà una differenza sostanziale è ravvisabile tra i primi due, poiché gli altri rappresentano forme ibride che contemplano caratteristiche tipiche dell'uno e dell'altro sistema.

Nel modello Beveridge (da accesso al sistema a tutta la popolazione) i sistemi sanitari sono prevalentemente finanziati

mediante le entrate tributarie e garantiscono il funzionamento del servizio sanitario fornendo la totalità delle prestazioni. In questo modello le forme impositive sono eterogenee e possono essere dirette o indirette, a differenti livelli – nazionali o locali. Tutti i tipi di imposte hanno altrettante differenti implicazioni sull'equità e sull'efficienza. Tradizionalmente la contrattazione non gioca un ruolo nelle relazioni tra pagatori, che sono unità di governo, e fornitori, che sono, per la maggior parte, pubblici. Ciò ha consentito che tanto il finanziamento quanto l'erogazione venissero assunti all'interno della stessa macrostruttura organizzativa (UK, Finlandia, Svezia). Nel modello Bismark (da accesso al sistema ai soli contribuenti) i sistemi sanitari sono per la maggior parte sostenuti attraverso il sistema di assicurazioni sociali. Finanziamento ed erogazione sono istituzionalmente separati e gli accordi contrattuali governano le relazioni tra le organizzazioni d'assicurazione sociale ed i fornitori. In questo modello, caratterizzato da un livello relativamente elevato di pluralismo, due elementi assurgono come predominanti. Da un lato, le persone pagano contributi stabiliti generalmente sulla base sugli stipendi, dall'altro, gli organismi, che prendono il nome di Fondi malattia, agiscono quali strutture amministrative del sistema e pagatori delle cure. Il numero di fondi e le loro dimensioni variano ampiamente rispetto al numero di iscritti ed al loro status occupazionale, mentre a determinare le aliquote contributive è, nella maggioranza dei casi, il Governo. In alcuni paesi è possibile scegliere il fondo cui aderire, (è il caso ad esempio della Germania, dell'Olanda e della Svizzera), in altri invece i lavoratori vengono cooptati al momento

dell'assunzione, in virtù della categoria lavorativa di appartenenza (Francia). Ovviamente esistono anche delle forme diversificate rispetto al modello tradizionale che, come è possibile intuire dal nome che porta, nasce in Germania, nel XIX secolo. Il modello misto prevede invece la presenza simultanea di meccanismi impositivi e di forme di assicurazione sociale, garantendo la copertura a tutta la popolazione. In questi modello si è assistito perlopiù ad una graduale sostituzione di forme di finanziamento della spesa sanitaria basate su contributi lavorativi con forme di finanziamento fondate sull'imposizione fiscale e sulla destinazione di talune imposte alla copertura dei servizi sanitari IL modello Semasko, infine, è tipico di quei paesi che nell'ultimo decennio hanno visto mutare il proprio scenario politico e sociale (Europa centrale ed i paesi dell'ex unione Sovietica) e sono attualmente caratterizzati da contesti economici in via di transizione. Tali paesi si sono avviati verso l'implementazione di un sistema che, per le connotazioni legate ai meccanismi assicurativi sociali, più si accosta al modello Bismark, anche se è finanziato mediante ritenute fiscali dirette sullo stipendio. Nei casi in cui tale meccanismo è utilizzato in maniera complementare, vige ancora il sistema basato sulla tassazione dei redditi e non di rado il ricorso alle cure è completamente a carico degli utenti contestualmente rendendo impossibile il raggiungimento degli obiettivi di previdenza sociale e di equità. Ogni paese, pertanto, come si accennava all'inizio, segue un proprio modello di impostazione, che viene ad essere determinato da fattori storici, politici, economici e sociali. Il livello di diffusione dei fondi malattia, la diversità nei principi di

contribuzione, le peculiarità del ruolo della famiglia, l'andamento demografico, le caratteristiche del mercato del lavoro, la natura del reddito percepito ed i meccanismi di redistribuzione dello stesso, il ruolo dei sindacati assumono un significato fondamentale e figurano come un elemento condizionante per lo sviluppo di un sistema, rappresentandone la dimensione storica ed economica. Parimenti le molteplici trasformazioni, il comportamento degli elettori, il livello di responsabilizzazione attribuito ai manager, il grado di intervento dei ministeri del tesoro e delle finanze ed il controllo della spesa dipendono tutti da fattori politici e sociali.

Le attuali evoluzioni in ogni caso sembrano mettere in evidenza una comune tendenza alla razionalizzazione dei meccanismi di regolazione interna, mediante revisione delle modalità di allocazione delle risorse e di erogazione dei servizi. Senza trascurare l'impatto che il moltiplicarsi di assicurazione private integrative hanno sugli equilibri economici e sui livelli di solidarietà sociale dei differenti schemi, l'attuale configurazione europea presenta modelli con forme di decentramento spinto agli enti locali tanto nel sistema di finanziamento quanto in quello erogazione (Paesi Scandinavi); modelli in cui l'elevata presenza di assicurazioni private si combina con il tradizionale sistema di assicurazione sociale (Olanda, Germania); e altri ancora dove, nonostante la presenza di un modello assicurativo sociale fortemente consolidato, per quanto concerne il sistema di finanziamento, il ricorso al decentramento nel settore erogativo è stato inevitabile (Francia). Resta il fatto che, nonostante le

differenti strategie politiche, le sfide di questi sistemi sembrano perseguire i medesimi obiettivi quali:

- > assicurare l'equità nell'accesso ai servizi;
- > aumentare la qualità diffondendo una nuova cultura gestionale;
- > migliorare l'outcome e dunque i livelli di soddisfazione della popolazione;
- > perseguire adeguati e sostenibili livelli di finanziamento;
- > migliorare l'efficienza produttiva;
- > responsabilizzare il management sui risultati;
- > coinvolgere i cittadini nei processi decisionali;
- > ridurre le barriere sociali tra aspetti sanitari (health care) e aspetti sociali (social care) del sistema.

1.2 L. 833/1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale

Mentre prima di questa riforma l'Italia adottava il modello Bismark, con la Legge 833/1978 c'è un radicale cambiamento di tendenza e da ora in poi l'Italia adotterà il modello Beveridge (seppur con la peculiarità della libera scelta della struttura/medico del paziente-utente).

I principi informatori della L. 833/78 sono 4: la globalità delle prestazioni, l'universalità dei destinatari, l'eguaglianza di trattamento ed il rispetto della dignità e della libertà della persona.

Tra i principi citati merita rilievo quello del rispetto della dignità e della libertà della persona umana, che attiene non al contenuto, ma agli scopi dell'attività di protezione della salute; protezione che

rientra tra quei diritti fondamentali dell'individuo che sono strettamente connessi alla finalità del pieno sviluppo della personalità umana sanciti dagli articoli 2 e 3 della Costituzione. Ne consegue che la protezione della salute non può essere considerata come fine a se stessa, ma come mezzo per la completa realizzazione dello sviluppo individuale e personale, nel più ampio quadro della tutela della dignità e della libertà della persona umana, il cui concetto non costituisce un limite, ma piuttosto un obiettivo che il servizio sanitario nazionale deve concretizzare.¹

Queste ragioni politiche ed etiche erano e sono alla base di scelte che ancora oggi rappresentano una sfida per tutti: istituzioni, soggetti sociali, imprenditoriali, volontariato organizzato ed ogni persona che crede nell'incontro tra diritti e doveri sociali. E' quanto si impegnava a fare l'art. 1 della L. 833/78

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale.

La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana.

Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione

¹ Atti Parlamentari Camera dei Deputati, p 13298 VII legislatura –discussioni- seduta 14 dicembre 1977

del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.

Nel servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività.

Le associazioni di volontariato possono concorrere ai fini istituzionali del servizio sanitario nazionale nei modi e nelle forme stabiliti dalla presente legge.

Il Servizio Sanitario è quindi un servizio pubblico² erogato attraverso strutture pubbliche e private, finanziato dalla collettività, consistente nell'assicurare prestazioni ai singoli ed alla collettività, cui sono strumentali ed accessori poteri di regolazione e funzioni amministrative di carattere autoritativo (certificazioni, sanzioni, ecc.).

La mission del SSN è l'erogazione di prestazioni sanitarie (rappresenta il core business dell'azienda) ed intorno a questa è presente la regolazione del sistema, l'organizzazione amministrativa e tutte quelle attività accessorie alla prestazione sanitaria (es: acquisizione del personale, di tecnologie, di risorse strumentali).

² Per servizio pubblico si intende "qualsiasi attività che si concretizzi nella produzione di beni o servizi in funzione di un'utilità per la comunità, non solo in termini economici ma anche in termini di promozione sociale, purché risponda ad esigenze di utilità generale o ad essa destinata in quanto preordinata a soddisfare interessi collettivi" (Consiglio di Stato 2605/2001).

I principi fondamentali su cui si regge il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) espressi appunto nell'art. 1 della legge 833/1978, sono poi stati riproposti anche nell'art. 1 del d.lgs. 229/99 ma è da notare come tali principi non sono solo canoni teorici, ma elementi che hanno una forte ricaduta nella programmazione e nella gestione dei servizi sanitari. Principi ad ampio spettro che nel tempo hanno avuto la necessità di essere affiancati da una serie di criteri organizzativi, metodologici ed economico-finanziari necessari per arginare e comprendere cosa dovesse essere racchiuso in questa globalità.

Sono poi nati criteri per garantire la sopravvivenza di questi principi.

Si tratta di parametri che concorrono a regolamentare le prestazioni sanitarie e che si pongono al di sotto dei principi sopra elencati e sono:

- individuazione dei destinatari delle prestazioni sanitarie SSN: il problema è connesso alla condizione di “utente del servizio” e quindi alla sua iscrizione nell'apposito elenco della Azienda Sanitaria, la quale risponde ad una logica relazionale tra Ausl e popolazione residente e/o domiciliata in quell'ambito territoriale;

- la libera scelta della struttura cui rivolgersi, diritto affermato dall'art. 19 della legge 833/78 (anche se si tratta di un diritto notevolmente condizionato negli ultimi tempi dalle leggi finanziarie che lo hanno ridimensionato in relazione ad esigenze di ordine economico del Servizio);

- l'efficacia e l'economicità: elementi che si traducono nella necessità di erogare solo gli interventi e le tipologie che presentino, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate³;

- l'appropriatezza: trattasi di un criterio sulla base del quale spetta al SSN, nelle sue diverse articolazioni, garantire gli interventi realmente adeguati e necessari ai bisogni di salute;

- la programmazione degli interventi: regola per la quale, tenuto conto delle risorse finanziarie disponibili, vengono definiti gli obblighi di servizio pubblico;

- il principio della compartecipazione da parte degli utenti alla spesa sanitaria (ticket) che impongono quote di pagamento da parte dell'utente su visite specialistiche, analisi, erogazione di farmaci in una misura differenziata in ragione del reddito e, comunque, quantitativamente limitata, tale da non incidere sul principio di universalità del SSN;

- la necessità di un'integrazione fra politiche sanitarie e sociali⁴.

³ Tali criteri vengono introdotti formalmente con la riforma Bindi (d.lgs. 229/99)

⁴ Il d.lgs 229/99, introducendo nel testo del d.lgs. 502/92 l'art. 3 septies, definisce quali prestazioni socio sanitarie "quelle attività atte a soddisfare, mediante processi assistenziali, i bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra azioni di cura e quelle di riabilitazione". E distingue tra:

a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale intese come quelle attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie acquisite;

- I livelli uniformi di assistenza sanitaria (LEA). I livelli, che rappresentano il risultato di un processo sistematico e ricorrente, attivato dal Governo d'intesa con le Regioni, sono finalizzati ad individuare quelle attività e quelle prestazioni sociosanitarie che devono essere necessariamente erogate dal SSN per garantire al cittadino, oltre la pari opportunità di accesso, anche una soglia minima di domanda di prestazioni sanitarie

L'art. 13 della 833/1978 lascia al Sindaco le attribuzioni esercitate in qualità di autorità sanitaria locale, anche se si sostanziano prevalentemente nell'esercizio di un potere di ordinanza in materia igienico-sanitaria. Con il dlgs 502/92 vengono demandate al Sindaco: (a) potestà di indirizzo circa l'impostazione programmatica dell'attività sanitaria nell'ambito territoriale di competenza (b) attività amministrativa di ingerenza e controllo sui bilanci preventivi e consuntivi delle AUSL (c) potestà di verifica sull'andamento della gestione

1.3. *Il Dlgs 502/92.*

Le ragioni che hanno portato alla proposta di modificare la L. 833/78 e all'approvazione dei successivi Decreti Legislativi n. 502/92 e n. 517/93 sono sostanzialmente quattro:

b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria intese come quelle attività del sistema sociale che perseguono l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.

- 1) La mancata attuazione di altre riforme, strutturalmente necessarie per la costruzione di un moderno stato sociale, quali ad esempio la riforma delle autonomie locali, la trasformazione regionalistica dello Stato, la riforma fiscale e della finanza locale, la riforma dei servizi sociali;
- 2) La difficoltà di promuovere la coesistenza dei diritti e dei doveri sociali: paradossalmente una società di diritti senza doveri alimenta e amplifica gli egoismi corporativi creando dinamiche perverse, dove l'organizzazione settoriale degli interessi finisce per far prevalere i più forti sui più deboli, anche nella fruizione delle risposte universalistiche per la salute;
- 3) La insufficiente capacità dei quadri politici, amministrativi e professionali di interpretare i cambiamenti necessari, anzi talora impegnati ad ostacolarli, facendo prevalere logiche burocratiche o inadeguate per la promozione del cambiamento;
- 4) La sostenibilità del modello del welfare (di tipo solidaristico e universalistico), visto l'incremento della spesa, le difficoltà di controllarne l'evoluzione, l'espansione della domanda sociale, il consolidamento di nicchie di privilegio e di rendite di posizione tutelate per legge.

Le proposte a suo tempo formulate in sede nazionale (ad esempio con il Ddl n. 1942/87, Modifiche all'ordinamento sanitario nazionale) per affrontare questi problemi hanno suscitato forti perplessità per i rischi che presentavano: di accentramento regionale, di separazione interna al sistema, in particolare tra ospedale e territorio, di concentrazione monocratica dei processi decisionali, di scarsa chiarezza nella definizione imprenditoriale della nuova azienda, di enfattizzazione della cura (ospedaliera) a scapito delle funzioni di prevenzione e di riabilitazione, di una

declamazione dei processi manageriali senza, di fatto, intaccare la diffusa burocratizzazione dei percorsi decisionali e di separazione tra sanitario e sociale, di confusione tra mezzi e fini assimilando il pareggio di bilancio al raggiungimento di obiettivi di salute.

Ecco quindi il carattere fortemente innovativo del Dlgs 502/92 i cui punti salienti erano:

- **L'individuazione dei livelli essenziali** e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale, per il periodo di validità del Piano sanitario nazionale, è effettuata **contestualmente** all'individuazione delle **risorse finanziarie** destinate al Servizio sanitario nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico-finanziaria. Le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal Servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente
- L'attribuzione di **maggiori responsabilità gestionali-programmatorie, organizzative e finanziarie alle regioni** dando il via al processo di regionalizzazione della sanità
- L'aziendalizzazione delle strutture di produzione ed erogazione dei servizi sanitari intesa nel duplice senso di **riconoscimento di autonomia patrimoniale, contabile, gestionale, tecnica ed organizzativa** e di recepimento delle strategie di gestione di marca privatistica
- Un nuovo modello di finanziamento sia a livello di spesa complessiva per cui gli **obiettivi programmatici sono determinati in funzione delle risorse disponibili** e non

secondo il meccanismo inverso, sia a livello delle singole strutture finanziate secondo la logica di mercato della **remunerazione a tariffa ovvero in base alle prestazioni effettivamente erogate**

- La **competitività** secondo le più classiche regole di mercato tra pubblico e privato finalizzata a garantire il costante miglioramento qualitativo delle prestazioni offerte e la **più ampia libertà di scelta da parte del privato circa le strutture eroganti**
- La **partecipazione del cittadino** uti singuli o in forma associativa alla fase gestionale ed organizzativa del ssn con la segnalazione di proposte o la raccolta di informazioni circa l'organizzazione dei servizi e alla fase consuntiva di verifica degli obiettivi raggiunti.

1.4 La legislazione successiva

Subito dopo l'emanazione del Dlgs 502/92 furono introdotte altre leggi in materia tra cui vale la pena citare:

- la legge 273/1995 che, a distanza di anni sta acquistando sempre maggiore importanza perché qui per la prima volta apparve la Carta dei Servizi nell'intento di promuovere un concreto miglioramento gestionale del SSN. Con tale CARTA DEI SERVIZI si stabiliva che ciascuna struttura erogatrice di servizi sanitari, partendo dal dato reale (quantità della domanda, numero degli utenti, natura delle prestazioni offerte) elaborasse un proprio decalogo operativo adattando

alla propria specificità i principi guida emergenti della Carta dei servizi stessa in qualità di documento programmatico.

- Il dlgs 112/98 che si inserisce nel complesso procedimento di razionalizzazione e di decentramento amministrativo, secondo il quale i compiti di gestione amministrativa della cosa pubblica devono essere lasciati alla struttura più vicina alla cittadinanza (l'Ente territoriale) lasciando allo Stato le sole funzioni che per natura loro propria non possono essere delegate. Pur riguardando prevalentemente però le sole regioni e lasciando che gli enti locali siano coinvolti per lo più a livello di programmazione concertata mediante la Conferenza unificata ed in alcuni casi a livello di amministrazione attiva. Inoltre all'art. 113 traccia la via di quella che poi sarà indicata come missione dalle varie AUSL sancendo che: "Rientrano nella salute umana le funzioni ed i compiti rivolti alla promozione, prevenzione, mantenimento e recupero della salute fisica e psichica della popolazione nonché al perseguimento degli obiettivi del SSN, mentre riguardano la sanità veterinaria quelli relativi agli interventi profilattici e terapeutici concernenti la salute animale e la salubrità dei prodotti di origine animale
- la legge delega n. 419/1998 con la quale vengono conferite al governo 4 deleghe su: (a) riforma del dlgs 502/92 (dlgs 229/1999); (b) riordino della medicina penitenziaria (dlgs 230/1999); (c) l'organizzazione dei rapporti tra SSN e Università (dlgs 517/1999); (d) adozione di un testo unico di organizzazione e funzionamento del SSN (NON ATTUATA).

Con quest'ultima legge delega, i nodi che il legislatore avrebbe dovuto sciogliere erano sostanzialmente legati ai rapporti: tra accentramento e decentramento, tra responsabilità politiche e ruoli gestionali, tra efficienza ed efficacia, tra funzioni manageriali e professionali, tra riconversioni delle strutture (ad es. riduzione dei posti letto) e governo della spesa, tra qualificazione tecnica ed umanizzazione dei servizi.

1.5 IL Dlgs 229/1999 (cd riforma ter)

Con l'approvazione del D.Lgs. 229/99 si apre una nuova stagione per il servizio sanitario che vede messi in gioco diversi livelli di responsabilità: le Regioni insieme con gli enti locali, le nuove aziende, la dirigenza, il sistema dei produttori pubblici e privati non profit e profit, il volontariato.

Ne esce un sistema più aperto, più impegnato nella costruzione di una rete di garanzie, nella ricerca della qualità, più trasparente nell'esercizio delle responsabilità. Già il Psn 1998-2000 aveva anticipato l'orientamento delle scelte: definendo in modo nuovo le priorità, gli obiettivi (di salute e di sistema), la caratterizzazione dei livelli essenziali di assistenza, il sistema di erogazione e di finanziamento, le questioni strategiche rappresentate, dalla tutela dei soggetti deboli, dai traguardi europei, dall'innovazione tecnologica, dalla sicurezza, dallo sviluppo delle risorse umane, dall'integrazione sociosanitaria, dallo sviluppo dell'assistenza distrettuale, dall'appropriatezza, dalla ricerca e dalla sperimentazione in area clinica e gestionale.

La struttura del decreto ripercorre buona parte di queste questioni dando ad esse certezza di riferimenti e chiarezza di indirizzi. In particolare i primi due commi dell'art. 1 sono un punto di equilibrio tra principi e valori della L. 833/78 e spinta verso nuove soluzioni che li rendono operanti:

L'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre - 1992, n. 502, e successive modificazioni, e' sostituito dal seguente:

Art. 1 Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza)

1. La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività e' 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 ed istituzioni di rilievo nazionale, nell'ambito dei conferimenti previsti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nonché delle funzioni conservate allo Stato dal medesimo decreto.

2. Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso risorse pubbliche e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse.

Ad esempio, nel primo comma, i fattori di continuità e di innovazione sono rappresentati dal rapporto tra universalismo del

sistema e sviluppo di servizi sanitari regionali, in un quadro di trasformazione federalista dello stato sociale.

Nel secondo comma il principio di dignità è associato alla necessità di valutazione del bisogno in una logica di equità, quello di qualità a quello di appropriatezza e di economicità nell'impiego delle risorse.

Possono essere colte nuove soluzioni: per integrare le responsabilità regionali con quelle degli enti locali, per dare impulso ai processi di aziendalizzazione, per promuovere l'integrazione sociosanitaria, per qualificare il sistema dei produttori, per dare maggiori garanzie alle persone utenti, per promuovere responsabilizzazioni a tutti i livelli.

Sul fronte dei mezzi si punta ad incrementare la capacità delle aziende unita' sanitarie locali di coniugare le finalità pubbliche di utilità sociale con criteri privatistici, che ne potenzino capacità di risposta ai bisogni: tramite flessibilità operativa, autonomia imprenditoriale, condivisione del rischio e responsabilizzazione della dirigenza ai diversi livelli. Il sistema di remunerazione, articolato per tariffe e per funzioni assistenziali è pensato per superare le disfunzioni da più parti segnalate su questa materia e incentivare l'uso appropriato delle risorse.

La selezione dei produttori basata su un nuovo modello di accreditamento potrà consentire una selezione qualitativa per livelli, passando dall'autorizzazione all'accreditamento e agli accordi contrattuali, mettendo sullo stesso piano strutture pubbliche e private, coinvolgendo anche i cittadini e le associazioni di utenti nei processi di valutazione.

Ulteriori garanzie vengono dal versante professionale, soggetto a verifiche periodiche sulla qualità dei risultati prodotti e sugli

investimenti in formazione, e dal posizionamento professionale: nella formula dell'esclusività del rapporto di lavoro e nei percorsi di accesso alle funzioni direzionali.

Sul fronte delle scelte di politica per la salute, viene rimesso equilibrio tra responsabilità regionali e comunali, con apporti specifici dei comuni alla programmazione regionale (nelle Conferenze permanenti per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale) e locale (con il piano attuativo locale, il programma delle attività territoriali e le verifiche del comitato dei sindaci di distretto).

Nello stesso tempo vengono evidenziate le connessioni tra politiche ambientali, dell'alimentazione, della sicurezza nei luoghi di vita e di lavoro..., e il loro impatto sulla salute, a cui il dipartimento di prevenzione e le diverse amministrazioni interessate devono congiuntamente dare risposte.

Tutte queste considerazioni hanno portato quindi all'introduzione nel Dlgs 229/99 delle seguenti innovazioni:

1) **VALORIZZAZIONE DELLE REGIONI:** che elaborano proposte per la predisposizione del PSN, adottano il PSR per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione locale, definiscono l'articolazione del territorio regionale in AUSL, stabiliscono i criteri per la suddivisione delle AUSL locali in distretti, disciplinano il finanziamento delle AUSL, le modalità di vigilanza e controllo e la valutazione dei risultati delle loro attività, provvedono all'accreditamento delle strutture pubbliche o private autorizzate a fornire prestazioni per conto del SSN; propongono forme di sperimentazione gestionale tra le strutture del SSN e i soggetti privati

2) RAFFORZAMENTO DEL RUOLO DEI COMUNI NELLA FASE DI PROGRAMMAZIONE: la concertazione con gli enti locali si sviluppa a vari livelli: il PSN è adottato d'intesa con la Conferenza unificata, il PSR è sottoposto alla Conferenza permanente per la programmazione sociosanitaria regionale (della quale fa parte il sindaco o il presidente della Conferenza dei sindaci) ed è approvato previo esame delle osservazioni da essa formulate, i Piani Attuativi Locali sono predisposti con la partecipazione degli enti locali interessati e lo stesso può dirsi per il Programma delle attività Territoriali proposto dal direttore di distretto previo parere del Comitato dei Sindaci di distretto. I comuni svolgono anche un ruolo nell'ambito dell'attività di controllo esprimendo pareri sulla conferma o revoca del DG della AUSL (o AzOsp) in relazione ai risultati raggiunti, sullo stato di attuazione del PAL da parte delle aziende e del PAT. Inoltre esercitano un'importante funzione nell'ambito dell'attività diretta alla realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie, provvedendo al rilascio delle necessarie autorizzazioni.

3) PREVISIONE DI PROGRAMMI E POTERI SOSTITUTIVI: il Governo interviene in luogo delle Regioni inadempienti in alcuni casi specifici come quello della mancata adozione del PSR in relazione al quale il Consiglio dei Ministri può provvedere a dare attuazione al PSN anche mediante la nomina di commissari ad acta.

4) PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI: la autonomia decisionale degli utenti che partecipano all'attività di programmazione cresce (come nel caso dell'adozione del PSR cui prendono parte le formazioni sociali private no profit impegnate nell'assistenza sociale e sanitaria). I cittadini svolgono inoltre

anche attività di controllo e di valutazione dei servizi e delle prestazioni.

5) INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA: è definito con questo termine il momento grazie al quale bisogni della salute della persona , che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, possono essere soddisfatti mediante percorsi assistenziali integrati tra dimensione sociale e dimensione sanitaria. Rientrano in tale ambito le prestazioni sanitarie che devono essere erogate parallelamente alle attività di assistenza sociale tese a supportare le persone in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione che condizionano lo stato di salute. Il decreto si preoccupa di garantire assistenza ai soggetti deboli. Vi possono poi essere prestazioni nelle quali sia prevalente la rilevanza sanitaria rispetto a quella sociale e sono definite prestazioni sociali a rilevanza sanitaria per le quali la L 328/2000 predispone dettagliato elenco. Il sistema integrato è ispirato al principio dell'universalità nel senso che possono usufruire sia i cee che i non cee con carta/permesso di soggiorno di durata non inferiore ad un anno. Lo Stato elabora ogni 3 anni il PN degli Interventi e dei Servizi Sociali dove vengono fissati principi, obiettivi e requisiti delle prestazioni sociali; alle regioni spetta l'adozione del PRISS mentre i comuni associati in ambi territoriali e d'intesa con le AUSL definiscono il Piano di zona degli ISS con i quali sono individuati obiettivi strategici, priorità modalità organizzative, risorse finanziarie strutturali e professionali. (L. 328/2000)

6) AZIENDALIZZAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO: Le AUSL sono dotate di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, la loro organizzazione e funzionamento sono

disciplinati con atto aziendale di diritto privato. Sono tenute al rispetto del vincolo di bilancio e agiscono con atti di diritto privato.

7) ARTICOLAZIONE IN DISTRETTI DELLA AUSL: Il Distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie tenendo conto della realtà territoriale e tutelando le comunità con non più di 60.000 abitanti, salvo le regioni dispongano diversamente. Il distretto garantisce la continuità assistenziale coordinando medici di medicina generale, pediatri e servizi di guardia medica, in ambulatorio e a domicilio, ed opera il necessario coordinamento di tali soggetti con le strutture operative e con i servizi specialistici.

8) ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE: possono essere erogate per conto del SSN servizi e prestazioni assistenziali da parte delle strutture pubbliche e private che abbiano ottenuto una sorta di attestazione di qualità da parte delle Regioni, definita ACCREDITAMENTO. A questo scopo i soggetti pubblici e privati sono totalmente equiparati. L'iter stabilito dal decreto richiede: (a) il rilascio da parte del Comune dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria sia in caso di nuove strutture sia per l'adattamento di quelle preesistenti (b) l'accreditamento istituzionale da parte della Regione di quelle strutture che rispondono a requisiti ulteriori di qualificazione rispetto a quelli dell'autorizzazione (elevati livelli di organizzazione ed assistenza, adeguate dotazioni strumentali e tecnologiche, qualificazione professionale del personale) che siano funzionali rispetto agli indirizzi dei PSR e subordinatamente alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti (c) la stipulazione di accordi contrattuali con la Regione e con l'AUSL aventi ad oggetto

l'individuazione del tipo, dell'entità e della remunerazione delle prestazioni erogate per conto del SSN.

9) INDIVIDUAZIONE DELLE TARIFFE PER LE PRESTAZIONI EROGATE DALLE STRUTTURE ACCREDITATE:

I nuovi criteri di remunerazione previsti dal decreto sono due: (a) un finanziamento calcolato in base al costo standard di produzione del programma di assistenza, attribuito per l'erogazione di alcuni precisi servizi non quantificabili in relazione alla singola prestazione (programmi per patologie croniche di lunga durata o recidivanti, di prevenzione, di assistenza a malattie rare, sperimentali di assistenza, di trapianto di organo ecc) e (b) la remunerazione in base a tariffe predefinite a livello centrale dal Ministero e a livello locale dalle Regioni per quanto riguarda i ricoveri per acuti e le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

10) SPERIMENTAZIONI GESTIONALI: le Regioni interessate propongono programmi di sperimentazione di nuovi modelli di gestione che prevedono forme di collaborazione tra strutture del SSN e soggetti privati, anche mediante la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato al fine di un miglioramento della qualità dell'assistenza. La partecipazione societaria dei privati non può superare la soglia del 49% e sono esclusi subappalti a terzi estranei alla sperimentazione per la fornitura di servizi connessi all'assistenza alla persona.

11) ISTITUZIONI DEI FONDI INTEGRATIVI: tali fondi sono destinati a potenziare l'erogazione di prestazioni aggiuntive, superiori ai LEA garantiti dal SSN, purchè fornite da strutture e da professionisti accreditati con il SSN. Serviranno a rimborsare le spese sostenute dai pazienti per i ticket di esami e visite

specialistiche, per le prestazioni erogate in regime di lp intramuraria, per cure odontoiatriche e termali, per l'assistenza domiciliare, per le prestazioni di medicina non convenzionale, e per quelle sociosanitarie erogate in strutture residenziali e semiresidenziali

12) **RIFORMA DELLA DIRIGENZA SANITARIA:** la dirigenza sanitaria non è più suddivisa in I e II livello ma collocata in un unico ruolo distinto per profili professionali ed in un unico livello articolato in relazione alle diverse responsabilità professionali e gestionali. Il ruolo di primario è sottoposto a verifica ogni 5 anni per valutarne le capacità e la professionalità. Il rapporto di lavoro è caratterizzato dall'esclusività fra medici e SSN. L'esercizio della Lp intramuraria è compatibile con il rapporto di lavoro esclusivo che costituisce titolo di preferenza per gli incarichi didattici e di ricerca e per i comandi e i corsi di aggiornamento tecnico-scientifico e professionale. La riforma incide anche sul limite massimo di età per il pensionamento fissato a 65 anni fatte salve le norme dettate per il personale medico universitario che cessa l'attività al raggiungimento dei 67 anni.

13) **FORMAZIONE CONTINUA:** comprende l'aggiornamento professionale diretto ad accrescere le conoscenze professionali e la formazione permanente tesa a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali. La formazione continua consiste in attività di qualificazione specifica per i diversi profili professionali, attraverso la partecipazione a corsi, convegni, seminari, soggiorni di studio, partecipazione a studi clinici ed attività di ricerca, di sperimentazione e di sviluppo. La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere attività professionale, in

qualità di dipendente o libero professionista per conto delle aziende ospedaliere delle Università delle AUSL e delle strutture sanitarie private.

1.6 Il SSN e le competenze in materia

Il SSN istituito dalla L. 833/1978, come sopra specificato, è il complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica della popolazione con competenze attuative ripartite fra Stato Regioni ed enti territoriali

COMPETENZE STATALI: (a) funzione legislativa attraverso cui si definiscono gli obiettivi prioritari della politica sanitaria. Le leggi statali costituiscono leggi di principio (cd leggi cornice) nel cui ambito il legislatore regionale opera ciò al fine di garantire uniformità di disciplina (b) funzione di indirizzo e di coordinamento delle attività amministrative esercitate dalle regioni in materia sanitaria. L'esercizio di tale funzione risponde ad esigenze di unitarietà nel rispetto degli obiettivi della programmazione economica nazionale e degli impegni assunti nell'ambito comunitario ed internazionale; (c) la funzione amministrativa concernente quelle attività amministrative che riflettono esigenze di carattere nazionale o impegni internazionali (es: adozione PSN, elaborazione del programma di ricerca sanitaria, adeguamento della vigente disciplina concorsuale del personale del ssn alle norme contenuta nella normativa sul pubblico impiego (dlgs 165/01), il finanziamento del fondo sanitario nazionale e sua ripartizione, il concorso alla individuazione degli

ospedali che possono essere trasformati in aziende ospedaliere, la definizione degli indicatori di qualità ed efficienza del SSN, la designazione di alcuni componenti il collegio sindacale delle aziende sanitarie

COMPETENZE REGIONALI: (a) funzione legislativa in materia di tutela della salute seppur concorrente poiché deve tener presente dei principi fondamentali enucleati per ciascuna materia dalla legge dello Stato. Con propria legge inoltre (Dlgs 229/99) la Regione istituisce e disciplina la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale, assicurandone il raccordo o l'inserimento nell'organismo rappresentativo delle autonomie locali, ove istituito, nonché disciplina il rapporto tra programmazione regionale e programmazione attuativa locale, definendo in particolare le procedure di proposta adozione ed approvazione del PAL e le modalità della partecipazione ad esse degli enti locali interessati; (b) le funzioni amministrative, infatti spettano alle Regioni: (1) determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute (2) la fissazione dei criteri di finanziamento delle aziende sanitarie (3) le attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto delle aziende sanitarie (4) il controllo di gestione e della valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie (5) l'elaborazione del PSR (6) i criteri e le modalità anche operative per il coordinamento delle strutture sanitarie operanti nelle aree metropolitane (7) l'articolazione del territorio in AUSL (8) i principi ed i criteri per l'adozione dell'atto aziendale costitutivo dell'azienda sanitaria (9) la definizione dei criteri per l'articolazione delle AUSL in distretti tenendo conto delle peculiarità della popolazione (10) il finanziamento delle

AUSL sulla base di una quota capitaria corretta in relazione alle caratteristiche della popolazione residente (11) le modalità di vigilanza e di controllo da parte della Regione stessa sulle AUSL nonchè di valutazione dei risultati delle stesse prevedendo in quest'ultimo caso forme e modalità di partecipazione della conferenza dei sindaci (12) l'organizzazione ed il funzionamento delle attività per la verifica dell'attuazione del modello di accreditamento in raccordo e cooperazione con la commissione nazionale per l'accreditamento e la qualità dei servizi sanitari (13) fermo restando il divieto di indebitamento la possibilità per le AUSL di (a) anticipazione da parte del tesoriere nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare annuo del valore dei ricavi inclusi i trasferimenti iscritti nel bilancio preventivo annuale (b) contrazione di mutui ed accensione di altre forme di credito di durata non superiore ai 10 anni per il finanziamento delle spese di investimento e previa autorizzazione regionale fino ad un ammontare complessivo delle relative rate per capitale ed interessi non superiore al 15% delle entrate proprie correnti ad esclusione della quota di fondo sanitario nazionale di parte corrente attribuita alla regione (14) le modalità con cui le AUSL e le AzOsp assicurano le prestazioni ed i servizi contemplati dai livelli aggiuntivi di assistenza finanziati dai comuni (15) istituiscono l'elenco delle istituzioni e degli organismi a scopo non lucrativo che concorrono con le istituzioni pubbliche e quelle equiparate alla realizzazione dei doveri costituzionali di solidarietà dando attuazione al pluralismo etico-culturale dei servizi alla persona.

COMPETENZE PROVINCIALI: funzioni proprie della provincia interessano (a) i servizi sanitari, di igiene e profilassi pubblica (2) la programmazione che si articola nelle fasi della

raccolta e coordinamento delle proposte avanzate dai comuni e dal concorso alla programmazione regionale in particolare del PSR

COMPETENZE COMUNALI: la titolarità delle funzioni amministrative è ora in capo ai comuni e in via subordinata qualora lo impongano esigenze di unitarietà alle provincie, città metropolitane regioni e stato. è il sindaco infatti che provvede alla definizione nell'ambito della programmazione regionale delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività, esamina il bilancio pluriennale di previsione e il bilancio di esercizio e rimette alla regione le relative osservazioni. Inoltre verifica l'andamento generale dell'attività e contribuisce alla definizione dei piani programmatici trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al DG e alla regione.

Nelle AUSL il cui ambito territoriale non coincide col comune le funzioni (non delegabili) del Sindaco sono svolte dalla conferenza dei sindaci o dei presidenti di circoscrizione di riferimento territoriale tramite una rappresentanza costituita nel suo seno da non più di 5 componenti nominati dalla stessa conferenza.

Con la 229/99 il ruolo del comune viene ulteriormente rafforzato soprattutto sul piano programmatico: (a) il PSN è adottato con la conferenza unificata (b) il PSR è sottoposto alla Conferenza permanente per la programmazione sociosanitaria regionale (della quale fa parte il sindaco e il presidente della conferenza dei sindaci) ed è approvato previo esame delle osservazioni da essa formulate (c) i PAL sono predisposti con la partecipazione degli enti locali interessati (d) il programma delle attività territoriali è proposto dal Direttore del distretto previo parere del comitato dei sindaci di distretto. I comuni svolgono anche (1) un ruolo nell'ambito dell'attività di controllo esprimendo pareri sulla conferma o revoca

del DG (2) nell'ambito della attività diretta alla realizzazione di strutture sanitario, rilasciano le autorizzazioni necessarie

CAPITOLO SECONDO

IL PIANO SANITARIO NAZIONALE E IL PIANO SANITARIO REGIONALE

2.1 Il Piano Sanitario Nazionale

Il PSN è il principale strumento di programmazione sanitaria attraverso cui in un dato arco temporale vengono definiti gli obiettivi da raggiungere attraverso l'individuazione di attività e di strategia strumentali alla realizzazione delle prestazioni istituzionali del SSN.

Il PSN ha durata triennale ed è predisposto dal governo su proposta del ministro della salute sentite le commissioni parlamentari competenti per materia che si esprimono entro 30 gg dalla trasmissione dell'atto nonchè le confederazioni sindacali maggiormente rappresentative le quali comunicano il loro parere entro 20 gg. Nell'ipotesi in cui il Governo si voglia discostare dal parere espresso dalle Commissioni deve darne adeguata motivazione; deve inoltre tenere conto delle proposte di piano formulate dalle Regioni entro il 31 luglio dell'ultimo anno di valenza con riferimento alle esigenze territoriali. Quando è

terminato il predetto iter il PSN viene adottato d'intesa con la conferenza unificata entro il 30 novembre dell'ultimo anno di vigenza. Nel corso del triennio il PSN può essere modificato con lo stesso procedimento.

Lo **scopo principale del PSN** è quello di determinare e programmare le priorità in materia di salute traducendole in precisi obiettivi tra cui: (a) le **aree prioritarie di intervento** anche ai fini delle disuguaglianze sociali e territoriali per quel che riguarda la salute (b) la definizione dei **LEA** (sono Essenziali quei livelli che essendo necessari devono rispondere ai bisogni primari della salute) che devono essere dati in condizioni di uniformità su tutto il territorio, all'intera collettività e a parità di condizioni (c) la **quota capitaria** di finanziamento per ciascun anno di validità del piano e la sua disaggregazione per livelli di assistenza (d) gli indirizzi finalizzati ad orientare il SSN verso il miglioramento della qualità dell'assistenza anche con realizzazione di progetti sovraregionali (e) i progetti obiettivo adottati dal ministro (con decreto di natura non regolamentare) di concerto con gli altri ministri competenti per materia, d'intesa con la conferenza unificata da realizzare anche mediante l'integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali (f) le finalità generali ed i settori principali della ricerca biomedica e sanitaria prevedendo altresì il relativo programma di ricerca (g) le esigenze relative alla formazione di base e gli indirizzi relativi alla formazione continua del personale nonché al fabbisogno ed alla valorizzazione delle risorse umane (h) le linee guida ed i relativi percorsi diagnostico-terapeutici allo scopo di favorire all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica ed assistenziale e di assicurare

l'applicazione dei lea (i) i criteri e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza assicurati in rapporto a quelli previsti

2.2 Il Piano Sanitario Regionale

Le finalità che ciascuna regione deve raggiungere in materia sanitaria sono incluse nei PSR, attraverso i quali vengono individuati gli aspetti strategici degli interventi da porre in essere per la tutela della salute nonché per il migliore funzionamento dei servizi.

Il PSR deve essere predisposto tenendo conto degli obiettivi individuati dal PSN; proprio al fine di assicurarne il coordinamento le regioni inviano i progetti di piano al ministro della salute onde acquisirne il parere.

Le regioni entro 150 gg dall'entrata in vigore del PSN devono adottare il proprio PSR la cui predisposizione è di competenza della giunta regionale. Un importante ruolo partecipativo è svolto dalle autonomie locali, dalle formazioni sociali private senza scopo di lucro, impegnate nella assistenza sociale e sanitaria, dalle organizzazioni sindacali degli operatori sanitari pubblici e privati ed infine dalle strutture accreditate dal SSN. Tale collaborazione è garantita anche dalla sottoposizione del progetto del PSR alla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale. Nell'ipotesi in cui il piano sanitario non venga adottato dalla Regione, si applicano le disposizioni contenute nel PSN (applicazione assicurata da intervento sostitutivo del governo). La regione che sia rimasta inadempiente entro un anno dall'entrata in vigore del PSN deve provvedere entro un termine stabilito dal ministro della salute non inferiore a tre mesi. Decorso

il quale il Consiglio dei ministri su proposta dello stesso ministro per la salute sentita l'agenzia per i servizi sanitari regionali d'intesa con la conferenza permanente stato-regioni, adotta i provvedimenti necessari a dare attuazione al PSN nella regione, mediante anche la nomina di commissari ad acta.

Il PSR il cui contenuto deve uniformarsi alle indicazioni del PSN ha la finalità di definire gli obiettivi da realizzare in un arco di tempo triennale (coincidente con il triennio del PSN)

2.3 I Livelli Essenziali di assistenza

Il SSN provvede ad erogare a tutti i cittadini le prestazioni sanitarie comprese nei lea, sono in pratica le garanzie che il SSN si impegna ad assicurare nei confronti dei cittadini al fine di realizzare la coerenza fra l'obiettivo generale di tutela della salute ed il finanziamento a disposizione del SSN. I lea sono erogati: (A) senza oneri a carico dell'utente al momento della fruizione del servizio (es: le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, i trattamenti erogati nel corso di un ricovero, l'assistenza specialistica ai fini dell'avviamento al lavoro ecc); (B) dietro pagamento di una quota limitata per le prestazioni soggette a compartecipazione alla spesa (ticket).

I LEA pertanto sono la traduzione del nucleo minimo ed essenziale della tutela della salute e fanno parte di quella competenza esclusiva statale, ma erogati e gestiti dalla Regione⁵.

⁵ La riforma del titolo V, parte II della Costituzione, avvenuta con la legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001, ribalta il criterio contenuto nel vecchio articolo 117 del testo originario della Carta fondamentale, in base al quale allo Stato era rimessa una competenza legislativa generale ed alle Regioni ad autonomia ordinaria spettava unicamente legiferare in un ristretto

Nascono dopo accordo preso durante la Conferenza Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, in seguito al quale viene emanato un DPCM 29 novembre 2001, (sulla base dell'Intesa Stato-Regioni avvenuta il 5 ottobre 2006 cd Patto sulla Salute e alla L.296 del 27/11/2006, vi è stata una ridefinizione dei LEA con un DPCM del 23/04/2008, che ha aggiornato le prestazioni, arrivando ad oltre 5700 tipologie di prestazioni e servizi per la prevenzione, la cura e la riabilitazione).

Questo provvedimento ministeriale va inquadrato come applicazione della lettera *m) dell'art. 117, comma 2 della Costituzione*, in base al quale spetta allo Stato determinare i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale.

Il non aver specificato puntualmente le prestazioni, ha reso possibile che le Regioni integrino con ulteriori prestazioni, innalzando ed allargando le griglie ministeriali (es: l'Emilia Romagna ha reintrodotto tra i LEA interventi assistenziali parte delle cure dentarie, la densitometria ossea solo per particolari classi di patologie), in questo caso sono però loro stesse obbligate a reperire le risorse.

elenco di materie e pur sempre nel rispetto di una serie di pregnanti limiti contenuti esplicitamente nella Costituzione.

Con la riforma del 2001, lo Stato diventa invece titolare della potestà legislativa (**esclusiva**) in talune specifiche materie in base al novellato art. 117, comma 2, laddove la potestà legislativa residuale viene riconosciuta ora alle Regioni e distinta in due diverse categorie di normazione che ad esse vengono espressamente imputate.

□La prima, di tipo **concorrente** (comma 3), da esercitarsi in una serie di settori di marcato rilievo politico istituzionale nel rispetto dei principi fondamentali che vengono determinati con legge dello Stato; come ad esempio la “*tutela della salute*” (lo Stato emana la c.d. “legge quadro”, all'interno della quale la Regione dovrà legiferare).

□La seconda di tipo **residuale** (comma 4) che si caratterizza per essere individuata in via “residuale” rispetto a ciò che non viene ricompreso nella legislazione esclusiva statale o concorrente statale-regionale.

A) prevenzione collettiva e sanità pubblica

Tutelare non significa solamente garantire l'assistenza sanitaria dopo l'insorgere di patologie o di infortuni, ma anche educare la collettività a stili e comportamenti di vita corretti, prevenire le malattie. La tutela dell'ambiente va intesa quale controllo dei fattori fisici chimici e biologici dell'ambiente di vita e di lavoro (tutela degli effetti dell'inquinamento, dei rischi infortunistici, sanità veterinaria, tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale). Le funzioni spettano ai Dipartimenti di Prevenzione⁶, disciplinati dalla Regione, che lavorano in stretto rapporto con l'Autorità sanitaria locale (Sindaco del Comune), con le Agenzie regionali per la protezione dell'ambiente, con gli Ispettorati del lavoro e gli Istituti zoo profilattici sperimentali nella sanità veterinaria.

All'interno di questa macro-area troviamo un suddivisione in tre categorie di funzioni:

- prevenzione collettiva (compiti di igiene e sanità pubblica, degli alimenti e della nutrizione, funzioni di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro, sanità pubblica veterinaria);
- prevenzione rivolta alle persone (vaccinazioni obbligatorie e raccomandate anche a favore di bambini extra comunitari non residenti, programmi di screening);
- attività di medicina legale (certificazioni sanitarie).

Nel livello prevenzione collettiva e sanità pubblica rientrano nello specifico le seguenti prestazioni (rientranti nelle 3 categorie di funzioni di cui sopra:

⁶ Il Dipartimento di Prevenzione è stato costituito ai sensi dell'art. 7 del d.lgs. 502/92 presso ciascuna AUSL e sono disciplinati dalla Regione

- a) sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- b) tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- c) sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- d) salute animale e igiene urbana veterinaria;
- e) sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;
- f) sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening;
- g) Sorveglianza e prevenzione nutrizionale
- h) Valutazione medico legale degli stati di disabilità' e per finalità pubbliche

B) assistenza distrettuale

Sono compresi in questa area alcuni dei più delicati interventi del servizio pubblico, quali la pediatria e la medicina di base, la farmaceutica, la specialistica ambulatoriale. L'assistenza distrettuale è organizzata per ambiti territoriali e si articola in funzioni di produzione diretta ed in funzioni di committenza verso l'esterno. In quest'area rientrano:

- a) assistenza sanitaria di base, il Servizio sanitario nazionale garantisce, attraverso i propri servizi ed attraverso i medici ed i pediatri convenzionati, la gestione ambulatoriale e domiciliare delle patologie acute e croniche secondo la migliore pratica ed in accordo con il malato, inclusi gli interventi e le azioni di promozione e di tutela globale della salute;
- b) attività di emergenza sanitaria territoriale Il Servizio sanitario nazionale garantisce la continuità assistenziale per assicurare la

realizzazione delle prestazioni assistenziali territoriali non differibili anche nelle ore serali e notturne e nei giorni prefestivi e festivi. Nell'ambito della continuità assistenziale, in relazione al quadro clinico prospettato dall'utente o dalla centrale operativa, il servizio assicura tutti gli interventi appropriati. **Assistenza ai turisti** Il Servizio sanitario nazionale garantisce nelle località a forte afflusso turistico individuate sulla base di apposite determinazioni regionali, l'assistenza sanitaria rivolta alle persone non residenti nella regione stessa, dietro pagamento della tariffa fissata dalla normativa regionale.

Emergenza sanitaria territoriale Il Servizio sanitario nazionale garantisce l'attività di emergenza sanitaria territoriale nell'arco delle 24 ore per interventi di primo soccorso, per attività di coordinamento operativo e risposta sanitaria nella Centrale Operativa 118, per interventi di soccorso in caso di maxi-emergenze o disastro e, ad integrazione, nelle attività dei D.E.A./Pronto soccorso e aree afferenti. Nell'ambito dell'attività di emergenza sanitaria territoriale sono assicurati in particolare: 1) interventi di assistenza e di soccorso avanzato esterno al presidio ospedaliero, con mezzo attrezzato secondo la vigente normativa; 2) attività assistenziali e organizzative in occasioni di maxi-emergenze e NBCR; 3) trasferimento assistiti a bordo di autoambulanze attrezzate; 4) attività presso centrali operative anche nell'ambito dei dipartimenti di emergenza e urgenza.

c) assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali Il Servizio sanitario nazionale garantisce attraverso le farmacie convenzionate la fornitura dei medicinali e dei preparati galenici appartenenti alla classe a) di cui all'articolo 8, comma 10, della legge 23 dicembre 1993, n. 537 Il Servizio sanitario

nazionale garantisce altresì la fornitura dei medicinali aventi uguale composizione in principi attivi, nonché forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio e dosaggio unitario uguali, identificati dall’Agenzia Italiana del Farmaco, fino alla concorrenza del prezzo più basso del corrispondente prodotto disponibile nel normale ciclo distributivo regionale. Il Servizio sanitario nazionale garantisce attraverso i propri servizi territoriali e ospedalieri i medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale nonché i farmaci per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, sulla base di direttive regionali. Il Servizio sanitario nazionale garantisce altresì, qualora non esista valida alternativa terapeutica, i medicinali innovativi la cui commercializzazione è autorizzata in altri Stati ma non sul territorio nazionale, i medicinali non ancora autorizzati ma sottoposti a sperimentazione clinica e i medicinali da impiegare per un’indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata, inseriti in un elenco predisposto e periodicamente aggiornato dall’Agenzia Italiana del Farmaco, conformemente alle procedure ed ai criteri adottati dalla stessa.

Il servizio di dispensazione dei medicinali, erogato per conto delle Regioni attraverso le farmacie, pubbliche e private, convenzionate con il SSN. Per quanto riguarda la distribuzione dei farmaci, l’ordinamento non consente che i farmaci vengano distribuiti senza alcun filtro, ma pone una distinzione tra quelli di automedicazione e quelli cosiddetti “etici”.

□□I primi (quelli “da banco”) possono essere venduti senza prescrizione medica, in quanto non solo risultano destinati alla cura

di patologie minori, ma anche perché non presentano rilevanti rischi per la salute.

□□I secondi invece, in quanto svolgono una funzione terapeutica essenziale e risultano registrati presso il Ministero della Salute, devono essere venduti esclusivamente dietro esibizione di prescrizione medica.

Per quanto riguarda il prezzo dei farmaci, occorre distinguere tra:

□□i farmaci di fascia A totalmente a carico del SSN;

□□i farmaci di fascia C sono invece quelli a totale carico del cittadino

d) assistenza integrativa Nell'ambito dell'assistenza integrativa il Servizio sanitario nazionale garantisce le prestazioni che comportano l'erogazione dei dispositivi medici monouso, dei presidi per diabetici e dei prodotti destinati ad un'alimentazione particolare (erogazione prodotti dietetici ed altri presidi sanitari);

e) assistenza specialistica ambulatoriale Nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale il Servizio sanitario nazionale garantisce le prestazioni elencate nel nomenclatore Il nomenclatore riporta, per ciascuna prestazione, il codice identificativo, la definizione, eventuali condizioni di erogabilità in relazione ai requisiti necessari a garantire la sicurezza del paziente, eventuali indicazioni cliniche volte a migliorare l'appropriatezza della prescrizione. Al solo fine di consentire l'applicazione delle disposizioni legislative relative ai limiti di prescrivibilità delle prestazioni per ricetta e di partecipazione al costo da parte dei cittadini, il nomenclatore riporta altresì le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale raggruppate per branche specialistiche.

Nell'erogazione delle prestazioni specialistica ambulatoriale, rientra anche la diagnostica strumentale e le analisi di laboratorio;

f) assistenza protesica Il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone di cui all'articolo 18 le prestazioni assistenziali che comportano l'erogazione di protesi, ortesi ed ausili tecnologici nello ambito di un progetto riabilitativo individuale volto alla prevenzione, alla correzione o alla compensazione di menomazioni o disabilità funzionali conseguenti a patologie o lesioni, al potenziamento delle abilità residue nonché alla promozione dell'autonomia dell'assistito. Il nomenclatore di cui all'allegato 5 contiene gli elenchi delle prestazioni e dei dispositivi, inclusi i dispositivi provvisori, temporanei e di riserva di cui all'articolo 18, commi 2 e 3, erogabili dal Servizio sanitario nazionale nei limiti e secondo le indicazioni cliniche e d'uso riportate nel medesimo nomenclatore

g) assistenza termale Il Servizio sanitario nazionale garantisce l'erogazione delle prestazioni di assistenza termale previste dalla normativa vigente ai soggetti affetti dalle patologie che possono trovare reale beneficio da tali prestazioni, identificate con decreto del Ministro della salute, nonché agli assicurati dell'INPS e dell'INAIL

L'erogazione è garantita nel limite di un ciclo annuo di prestazioni, fatta eccezione per gli invalidi di guerra e di servizio, dei ciechi, dei sordomuti e degli invalidi civili che possono usufruire di un secondo ciclo annuo per il trattamento della patologia invalidante

h) assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale Percorsi assistenziali integrati I percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali.

Nell'ambito delle cure domiciliari il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita.

Le cure domiciliari prestazionali sono attivate dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta o da altri servizi distrettuali; b) cure domiciliari integrate (ADI) di I[^] e II[^] livello: costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati articolati sino a 5 giorni (I[^] livello) o su 6 giorni (II[^] livello) in relazione alla criticità e complessità del caso. Le cure domiciliari di primo e secondo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la "presa in carico" della persona e la definizione di un "Progetto di assistenza individuale" (PAI), e sono attivate con le modalità definite dalle regioni anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assume la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia; cure domiciliari integrate a elevata intensità (III[^] livello): costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed

interventi programmati articolati sui 7 giorni anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver.

i) assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale

Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario. Il Servizio sanitario nazionale garantisce trattamenti residenziali intensivi di cura, recupero e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario ed assistenziale alle persone con patologie non acute, incluse le condizioni di responsività minimale e le gravi patologie neurologiche, caratterizzate da complessità, instabilità clinica e/o gravissima disabilità, che richiedono supporto alle funzioni vitali e continuità assistenziale con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24h. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, psicologico, riabilitativo, infermieristico e tutelare, assistenza farmaceutica ed accertamenti diagnostici.

C) assistenza ospedaliera

Con l'assistenza ospedaliera è garantito l'accesso ai ricoveri ospedalieri necessari a trattare condizioni patologiche indifferibili che necessitano di interventi diagnostico-terapeutici di emergenza e/o domiciliare, nonché condizioni patologiche di lunga durata che richiedono un trattamento non erogabile in forma extraospedaliera. Stante la sua importanza, tale attività non è mai assoggettata alla compartecipazione alla spesa del cittadino.

Le prestazioni ospedaliere si concretizzano sostanzialmente in prestazioni assistenziali che vengono erogate in: 1) pronto soccorso; 2) degenza ordinaria; 3) day surgery; 4) day hospital; 5) riabilitazione e lungodegenza; 6) attività trasfusionali 7) attività di trapianto di organi e tessuti

2.4 Gli organismi nazionali e regionali in materia sanitaria

A) L'Agazia nazionale per i servizi sanitari regionali: è un ente nazionale con personalità giuridica di diritto pubblico che svolge un ruolo di collegamento e di supporto decisionale per il Ministero della Salute e le Regioni sulle strategie di sviluppo del Servizio Sanitario Nazionale. La sua funzione si articola nelle seguenti attività: la valutazione di efficacia dei livelli essenziali di assistenza; la rilevazione e l'analisi dei costi; la formulazione di proposte per l'organizzazione dei servizi sanitari; l'analisi delle innovazioni di sistema, della qualità e dei costi dell'assistenza; lo sviluppo e la diffusione di sistemi per la sicurezza delle cure; il monitoraggio dei tempi di attesa; la gestione delle procedure per l'educazione continua in medicina e in tutti i casi in cui per vari motivi la regione deve nominare un commissario ad acta.

Il direttore dell'Agazia per i servizi regionali è nominato su proposta del Ministro della salute di intesa con la CPSRPA

B) IL DLGS 229/99 ha confermato tutti i poteri della regione prevedendo tuttavia che il loro esercizio nella funzione programmatica si realizzi in rapporto più immediato con i comuni. A tal fine ha previsto la costituzione con legge regionale di una **CONFERENZA PERMANENTE PER LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA E SOCIO-SANITARIA REGIONALE** per creare in tal modo un equivalente tra regioni e comuni di quello già operante tra stato e regioni. Fanno parte della conferenza per ciascuna AUSL alcuni rappresentanti delle autonomie locali : il sindaco (o il presidente della conferenza dei sindaci o il presidente di circoscrizione a seconda delle dimensioni

dell'azienda stessa) e i rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali. La conferenza esamina il progetto di PSR, verifica i Piani Attuativi Metropolitan e delle aziende ospedaliere ed esprime eventuali osservazioni in merito.

C) LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME: è stata istituita con la L. 400/1998 e svolge compiti di informazione, consultazione, raccordo in relazione agli indirizzi di politica generale che incidono nelle singole attribuzioni di competenza regionale. In particolare la conferenza esprime parere obbligatorio ma non vincolante in merito a: (a) programmi di prevenzione anche primaria; (b) determinazione dei livelli delle prestazioni sanitarie; (c) ripartizione degli stanziamenti; (d) programmazione del fabbisogno del personale sanitario (e) attuazione degli obiettivi del SSN.

- La 229/99 modificando la 502/92 conferisce alla conferenza ulteriori poteri tra cui (1) autorizzazione di programmi di sperimentazione aventi ad oggetto nuovi modelli gestionali (2) organizzazione d'intesa con le regioni dei corsi di formazione manageriali per i DG (3) stipulazione d'intesa con il Ministero della Salute di accordi di programma con le Regioni aventi ad oggetto la copertura finanziaria e la realizzazione di strutture sanitarie ecc. Ulteriori attribuzioni sono state introdotte sia con DLGS 281/97: (4) delibera gli indirizzi per l'uniforme applicazione dei percorsi diagnostici e terapeutici in ambito locale e le relative sanzioni in caso di disapplicazione (5) esprime intesa sulla proposta del Ministro della salute di nomina del direttore dell'Agenzia per i servizi regionali; che con il DLGS 112/98: (6) adozione da

parte dello Stato dei piani di settore aventi rilievo ed applicazione nazionale nonchè il riparto delle relative risorse alle regioni (7) la definizione delle attività di alta specialità e dei requisiti necessari al loro esercizio, nonchè il riconoscimento degli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione e la relativa vigilanza (8) la programmazione del fabbisogno per le specializzazioni mediche e la relativa formazione, compresa l'erogazione delle borse di studio e la determinazione dei requisiti di idoneità delle strutture in cui si è svolta la formazione specialistica (9) il conferimento degli incarichi dirigenziali.

D) LA CONFERENZA UNIFICATA: sostituisce a seguito del DLGS 112/98 la CPSRPA nell'adozione, d'intesa col Governo, del PSN.

2.5 Il Piano Attuativo Locale e le competenze delle AUSL in materia di LEA

Il dlgs 229/99 stabilisce che spetta alla legislazione regionale disciplinare il rapporto tra programmazione regionale e programmazione attuativa locale, definendo l'iter procedurale di adozione del PAL, nonchè le modalità di partecipazione ad essa degli enti locali interessati. Il **Programma delle attività territoriali** è un documento col quale viene organizzata la localizzazione ed il funzionamento dei servizi per garantire l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria avendo definito gli obiettivi di salute e le risorse per perseguirli.

In caso di mancata attuazione del PAL, il sindaco o la conferenza dei sindaci possono chiedere alla regione la revoca o la non conferma del DG.

Un ruolo fondamentale è svolto quindi dal DG della AUSL e dal Sindaco; quest'ultimo per garantire il soddisfacimento delle esigenze sanitarie della popolazione nell'ambito della programmazione regionale provvede alla definizione delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività; ne verifica l'andamento generale e contribuisce alla definizione dei piani programmatici trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al DG ed alla Regione.

Sempre alle Regioni è affidato il compito di costituire appositi organi che elaborino per le aree metropolitane il Piano attuativo metropolitano. Nell'ipotesi in cui la Regione non provveda e non istituisca la CPPSSR il Ministro della salute sentita la Regione interessata e l'agenzia per i servizi sanitari regionali fissa un termine per provvedere, decorso il quale il Ministro propone al Consiglio dei Ministri di attuare un intervento sostitutivo anche con un commissario ad acta. L'intervento del governo non impedisce però alle regioni di esercitare le funzioni loro attribuite fino a quando gli organi regionali non abbiano provveduto in materia per quel che riguarda l'attività di programmazione svolta a livello locale.

La declinazione annuale del piano strategico è il piano delle azioni (ambito AUSL) dal quale "nasce".

Le funzioni delle AUSL in materia di LEA sono

A) Le regioni (tramite le AUSL) provvedono a garantire i livelli uniformi di assistenza definiti nello standard minimo della programmazione nazionale ed eventualmente rielaborati nei PSR.

La verifica dell'erogazione dei LEA è affidata ad apposito comitato istituito presso il Ministero.

Alle AUSL compete anche L 419/98 art 2 c 1 lett l l'erogazione di servizi e prestazioni contemplati dai livelli aggiuntivi di assistenza previsti dai comuni in coerenza con la programmazione sanitaria regionale e finanziati con risorse proprie del Comune stesso

B) L'integrazione socio-sanitaria considera la globalità della persona in tutte le sue dimensioni e le prestazioni socio-sanitarie sono tutte le attività dirette a soddisfare mediante percorsi assistenziali integrati bisogni di salute che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire anche nel lungo periodo la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

Le prestazioni sociosanitarie a norma del DPCM 14/02/01 comprendono:

- 1) Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento **di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite ed acquisite**. Dette prestazioni sono di competenza delle AUSL ed a carico delle stesse
- 2) Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria , cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Tali attività sono di competenza dei Comuni e sono prestate con partecipazione alla spesa da parte dei cittadini nella misura stabilita dall'amministrazione comunale
- 3) Prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica ed intensità della componente sanitaria, le quali attengono prevalentemente alle aree

di integrazione sociosanitaria, cioè: (a) materno-infantile, (b) anziani, (c)handicap, (d) patologie psichiatriche (e) dipendenze da droga, alcool e farmaci, (f) patologie per infezioni da HIV (g) patologie in fase terminale. Dette prestazioni sono erogate dalle aziende sanitarie locali e sono a carico del FSN.

L'integrazione sociosanitaria deve essere attuata a tre livelli: (1) istituzionale (si realizza attraverso collaborazioni fra le diverse istituzioni come Ausl Comuni, Regioni ed attuate mediante strumenti giuridici quali convenzioni, accordi di programma ecc, volte al conseguimento di obiettivi comuni nell'ambito della salute); (2) gestionale (che riguarda specificamente le strutture operative nel senso che le stesse devono essere organizzate in modo da garantire l'efficacia delle attività e delle prestazioni); (3) professionale (che riguarda l'adozione di politiche aziendali finalizzate alla produzione di servizi sanitari domiciliari intermedi e residenziali).

L'AUSL adempie alle sue funzioni di erogatore di prestazioni sanitarie avvalendosi di: (a) propri presidi ospedalieri non costituiti in azienda (b) aziende ospedaliere (c) istituzioni sanitarie pubbliche (es ospedali militari) o private autorizzate e accreditate (d) professionisti in regime di convenzione.

2.6 I Tempi di Attesa e il Monitoraggio

La valutazione dei tempi di attesa avviene utilizzando due modalità di rilevazione: la rilevazione prospettica, il cui oggetto di rilevazione è il tempo di attesa prospettato: quello che intercorre tra la data in cui la persona contatta la struttura per richiedere un appuntamento e la data

assegnata per la prestazione. La rilevazione retrospettiva, il cui oggetto di rilevazione è il tempo di attesa effettivo: quello che intercorre tra la data di prenotazione e la data dell'effettiva erogazione della prestazione. Vengono monitorate le prestazioni programmabili che costituiscono prima visita o prima prestazione diagnostica/terapeutica, le prestazioni urgenti ed urgenti differibili che, rispettivamente, devono essere garantite in 24 ore e 7 giorni.

2.7 Il consenso informato

Il “consenso informato” è l'espressione della volontà del cittadino malato che autorizza il medico ad effettuare uno specifico trattamento medico-chirurgico sulla sua persona. Il paziente deve ricevere dal medico la più completa e chiara informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate, così da poter consentire in piena coscienza, nel suo interesse e per il suo bene, ai trattamenti stessi.

In particolare, il medico è tenuto ad acquisire un valido e consapevole consenso qualora sottoponga il paziente ad interventi chirurgici, esami diagnostico-clinici invasivi, trasfusioni di sangue, atti medici di una certa complessità. Ciò viene formalizzato mediante la sottoscrizione, da parte del paziente, di stampati appositamente predisposti ed in uso presso ogni reparto.

Il consenso al trattamento dei dati personali è il modo con il quale il cittadino che si rivolge all'Ospedale per essere curato acconsente a che le Unità Operative ed i Professionisti che vi operano

raccogliono, organizzano, trasformano in elaborazioni scientifiche (diagnosi, referti e terapie) e conservano tutte le informazioni che possono attenerne la sua persona, il suo stato di salute ed a volte anche la sua vita privata. Anche questo è un consenso informato poiché il paziente lo esprime dopo aver ottenuto le utili notizie contenute nel modulo “informativa”, appositamente predisposto dall’azienda. Al bisogno tali informazioni possono essere integrate o approfondite tramite colloquio personale e mirato al completo soddisfacimento della persona. Questo tipo di consenso è stato introdotto nel nostro Ordinamento dalla legislazione che ha riconosciuto al dato personale di chiunque la dignità di diritto fondamentale meritevole della più ampia protezione ed attenzione.

2.8 I vari “governi”

1) **GOVERNO STRATEGICO:** quale funzione esclusiva della Direzione Aziendale, è rivolto a:

(A) elaborare le strategie aziendali e la loro esplicitazione, attraverso gli strumenti della programmazione e gli atti di indirizzo, garantendo la coerenza con gli obiettivi ed i compiti assegnati all’Azienda stessa dalla Regione e dagli altri atti di politica sanitaria;

(B) perseguire, attraverso la funzione di indirizzo e controllo, un efficiente ed efficace espletamento delle attività sia dal punto di vista gestionale che assistenziale, tale da garantire una uniforme ed appropriata tutela della salute nel rispetto dei diritti di cui l’utente è portatore;

(C) garantire l’efficiente allocazione delle risorse, compatibilmente con le azioni previste nel piano annuale di attività;

(D) definire, nel rispetto dei livelli di assistenza essenziali e garantiti, i volumi di produzione dei servizi sanitari da commissionare agli erogatori interni ed esterni.

2) GOVERNO CLINICO: si fonda sulla consapevolezza che quanto si produce è il risultato di processi di lavoro intesi come insieme di attività interconnesse, nello svolgimento delle quali agiscono professionisti, si utilizzano tecnologie e si consumano risorse, finalizzate all'erogazione di prestazioni di salute, che si devono caratterizzare per appropriatezza, efficacia, sicurezza ed economicità.

Il governo clinico è rivolto, pertanto, alla definizione degli strumenti organizzativi e di gestione per il miglioramento continuo della qualità ed il perseguimento di alti standard assistenziali da parte dei professionisti e dell'organizzazione nel suo complesso, e che si individuano nella:

(A) pratica clinica basata sull'evidenza medica e scientifica, attraverso l'applicazione di linee-guida, quale strumento di sintesi delle evidenze disponibili e di definizione degli obiettivi generali e di cambiamento da raggiungere;

(B) valutazione della performance clinica (audit clinico), consistente in una revisione sistematica dei casi clinici trattati a fronte di uno standard e di indicatori condivisi, con la funzione di ricercare le criticità dei comportamenti clinici o organizzativi e la finalità di attivare un processo di miglioramento continuo della performance dell'assistenza;

C) gestione del rischio clinico, consistente in un continuo monitoraggio della qualità e della adeguatezza del servizio erogato mediante la registrazione e l'analisi degli eventi avversi sia effettivi

che potenziali, con la finalità di studiarne le cause e attivare percorsi di miglioramento che ne riducano la frequenza e la gravità; (D) percorsi clinici: piani di assistenza che dettagliano i passi essenziali del percorso diagnostico terapeutico su cui possono essere impiegati tutti gli strumenti del governo clinico che rappresentano una modalità organizzata per costruire l'assistenza intorno alle esigenze del paziente e gestirne tutti gli aspetti; clinici, organizzativi, relazionali, di integrazione multidisciplinare e interprofessionale.

Il governo clinico deve vedere il coinvolgimento e la piena responsabilizzazione della componente professionale e infermieristica e si sviluppa a livello di Dipartimento e trova nel Collegio di direzione e nella Direzione Sanitaria gli organi di indirizzo e presidio.

3) GOVERNO ECONOMICO-FINANZIARIO: L'Azienda orienta la propria attività di produzione, attraverso il coinvolgimento e responsabilizzazione di tutta la dirigenza, ad un efficiente ed efficace utilizzo delle risorse al fine di perseguire l'obiettivo dell'equilibrio di bilancio.

L'espressione in termini economico-finanziari e patrimoniali della gestione aziendale è costituita dal Bilancio pluriennale e annuale di previsione e dal Bilancio di esercizio.

Attraverso la contabilità analitica ed il controllo di gestione viene garantito un costante monitoraggio dei risultati di gestione e dei costi al fine di verificarne la compatibilità con le risorse disponibili e consentire l'eventuale attivazione di opportuni e adeguati interventi correttivi.

Particolare importanza assumono in questo contesto i problemi legati alla gestione del personale ed alla funzione di

approvvigionamento, anche in considerazione della priorità attribuita dalla L.R. 29/2004 allo sviluppo delle risorse umane ed in particolare allo sviluppo della funzione di formazione in tutte le aziende sanitarie da un lato e allo sviluppo di forme diverse di collaborazione fra le aziende e con la Agenzia regionale degli acquisti per l'acquisizione di beni e servizi.

L'Azienda deve favorire la elaborazione e la gestione di una politica del personale che articoli acquisizione, percorsi di carriera, formazione, valutazione e sistema premiante in modo congruente alle scelte strategiche dell'azienda, anche al fine di supportare le responsabilità gestionali dei Direttori di dipartimento e di unità operativa.

Il coordinamento delle politiche di acquisto, all'interno del mercato, deve rappresentare un positivo esempio di razionalizzazione dei processi di approvvigionamento, di politica dei prezzi, in un'ottica di miglioramento dell'efficienza e della qualità del processo assistenziale.

Il Direttore Amministrativo, supportato dalle Aree Funzionali e aree Servizi e dagli Uffici di Staff, presidia il governo economico-finanziario aziendale.

2.9 L'organizzazione secondo Mintzberg

La **struttura organizzativa** necessita di configurazioni organizzative, ossia di processi e caratteristiche che ogni impresa ha al suo interno e che la caratterizzano.

Le organizzazioni hanno bisogno di **modalità di coordinamento** che nascono dalle interdipendenze e dalla

complessità del mercato e dell'ambiente in cui l'organizzazione opera. Il coordinamento è un meccanismo che sta dietro a certi strumenti (come i team o le task force). Le principali modalità di coordinamento sono:

1. **La supervisione diretta:** ha un costo. Istituzione di livelli gerarchici tramite manager che controllano e coordinano l'operato dei propri subordinati.
2. **La standardizzazione dei processi produttivi:** istituzione di procedure e norme che standardizzino i processi, riducendo l'intervento della supervisione diretta solamente alle eccezioni che si verificano nel processo produttivo.
3. **La standardizzazione degli output:** si preoccupa di aumentare la libertà delle persona, l'organizzazione si preoccupa di definire gli obiettivi, gli output lasciando libero il modo in cui raggiungere questi obiettivi, massima libertà e zero standardizzazione dei processi.
4. **La standardizzazione della capacità:** massima rappresentazione dell'autonomia e dell'assenza di gerarchia, di formalizzazione e di burocrazia. Si lasciano liberi i professionisti di operare secondo le proprie capacità. (Es. Ospedale, Studio legale.)
5. **Mutuo aggiustamento:** massima informalità, libertà di migliorare le performance. Assenza di gerarchia ma è un meccanismo molto costoso.

La struttura delle organizzazioni può essere così rappresentata:

VERTICE STRATEGICO: parte dell'organizzazione che ha il compito di scegliere le strategie lungimiranti per l'organizzazione,

ha potere di indirizzamento su come l'organizzazione si adatta all'ambiente.

LINEA INTERMEDIA: è la verticalizzazione dell'organizzazione, la divisione dell'autorità all'interno di essa, come vengono disposti i livelli gerarchici.

NUCLEO OPERATIVO: parte dell'organizzazione che si occupa dello svolgimento dei compiti. E' l'insieme di ruoli, funzioni, divisioni dell'organizzazione.

TECNOSTRUTTURA: insieme di manager (totalmente diversa dalla linea gerarchica/intermedia) che si occupano della formalizzazione e standardizzazione dell'organizzazione.

FUNZIONI DI SUPPORTO: funzioni connesse alle funzioni core dell'organizzazione, non sono core ma sono connesse. Sono funzioni importanti che ritroviamo soprattutto nelle grandi organizzazioni (es. mensa). Possono essere esternalizzate.

Mintzberg per spiegare come e cosa sono le organizzazioni, le suddivide in 5 configurazioni organizzative e ciascuna di esse è dominante una diversa parte dell'organizzazione, un diverso grado di accentramento, un diverso meccanismo di coordinamento:

1. **STRUTTURA SEMPLICE:** struttura piatta composta da un vertice strategico e da un nucleo operativo. E' assente la tecnostruttura, la linea intermedia e le funzioni di supporto in quanto è un'organizzazione relativa a un solo mercato. Ha i vantaggi della rapidità e della flessibilità all'interno di un mercato dinamico ma relativamente semplice, alla mancanza di formalizzazione mentre i suoi svantaggi sono relativi alla

precarietà, alla resistenza al cambiamento e alla forte dipendenza da una sola persona.

Vertice Strategico-Accentramento- Supervisione Diretta.

2. BUROCRAZIA MECCANICA: struttura composta da tutte e 5 le componenti con forte predominanza della tecnostruttura e forte formalizzazione e coordinamento. Si ha una elevata specializzazione e segmentazione di compiti (Routine). Configurazione organizzativa adatta a mercati stabili in quanto è fortemente collegata alla produzione di massa (grande meccanizzazione dei processi). Si ha una netta distinzione tra line e staff, questi ultimi non si preoccupano dei problemi giornalieri ma di strategie lungimiranti, guardano al futuro, pianificano la procedura.

Tecnostruttura-Decentramento Orizzontale Limitato-
Standardizzazione Dei Processi.

3. BUROCRAZIA PROFESSIONALE: struttura che fonda le proprie basi sulle capacità delle persone all'interno della propria organizzazione. Ha una tecnostruttura residuale anche se presenta il nome di "burocrazia" e dà maggior funzione al nucleo operativo che è ricco di competenze specifiche. La struttura è differenziata orizzontalmente in base alle specifiche funzioni ed ha una difficoltà di coordinamento legato ai ruoli.

Nucleo Operativo-Decentramento Verticale e Orizzontale delle
Mansioni-Standardizzazione delle capacità.

4. SOLUZIONE DIVISIONALE: Struttura che si pone come obiettivo la ricerca di nuovi mercati, è una sovrapposizione di più organizzazioni che operano in diversi settori e ambienti, una

focalizzazione sulle business unit (divisioni) che l'impresa crea (i manager sono legati alle divisioni). Non interessa sapere che modi utilizzerà per raggiungere gli obiettivi, ma si focalizza sugli obiettivi e sui risultati che vuole conseguire. Assenza di burocrazia. Ha i pregi dell'elevata flessibilità, focalizzazione sul prodotto e dell'elevato sviluppo dei controlli di gestione.

Linea Intermedia-Decentramento Verticale Limitato-
Standardizzazione degli Output.

5. ADHOCRAZIA: è la struttura più flessibile e tendente all'innovazione che ci possa essere. E' composta da un vertice strategico e da un nucleo operativo che si sviluppa pian piano con le necessità organizzative. La caratteristica di questa configurazione organizzativa è data dal fatto che viene creata per far fronte a specifici obiettivi dettati dal mercato.

Nucleo Operativo-Decentramento Limitato-Mutuo Aggiustamento.

CONFIGURAZIONI ORGANIZZATIVE PURE: sono quelle configurazioni che accorpano solamente una delle configurazioni dette precedentemente.

CONFIGURAZIONI ORGANIZZATIVE MISTE: sono il misto di 2 o più configurazioni di quelle viste precedentemente.

CAPITOLO TERZO

LE AUSL E LE ALTRE AZIENDE ASSISTENZIALI

3.1 Le Ausl

Il dlgs 502/92 nella sua originaria formulazione definiva le AUSL come dotate di:

- (1) Personalità giuridica pubblica
- (2) Autonomia organizzativa
- (3) Autonomia amministrativa
- (4) Autonomia patrimoniale
- (5) Autonomia contabile
- (6) Autonomia gestionale
- (7) Autonomia tecnica

Con il dlgs 229/99 scompare la analitica disamina delle singole forme di autonomia lasciano lo spazio alla **autonomia imprenditoriale**

ORGANI DELLA AUSL:

- 1) **Direttore generale:** gli competono tutti i poteri di gestione, rappresentanza (anche legale dell'azienda) e verifica della corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate nonché dell'imparzialità e buon andamento. è quindi il responsabile della gestione complessiva e del perseguimento della missione. Viene quindi richiesta una maggior "qualificazione" come l'aver esercitato stabilmente per almeno un quinquennio attività di direzione tecnica ed amministrativa in enti pubblici o privati con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane (o l'espletamento del mandato di senatore, deputato o consigliere regionale), nonché l'obbligo di produrre entro 18 mesi dalla nomina un certificato di frequenza ad un corso di

formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria.

La regione, al momento della nomina assegna al DG gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi da raggiungere, verificandoli poi dopo 18 mesi e se il risultato è negativo sentito il sindaco (o la conferenza) la regione può non confermare l'incarico.

Inoltre quando ricorrano gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o del principio di buon andamento e di imparzialità della amministrazione la regione risolve il contratto dichiarando la decadenza del Dg e provvedendo alla sua sostituzione.

Costituisce anche grave inadempienza a carico del DG il mancato rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi, mentre sono previste 3 ipotesi di decadenza (dove la regione, sentita la CPPSS che si esprime nei 10 gg seguenti salvo casi di particolare gravità ed urgenza dove il parere non è obbligatorio):
(a) **mancata ed incompleta presentazione della certificazione trimestrale della gestione** nei termini stabiliti dalla regione (b) **mancata presentazione del piano di rientro** nei termini definiti dalla regione (c) **mancata riconduzione della gestione nei limiti degli obiettivi assegnati.**

Il sindaco (o conferenza) nel caso di manifesta inattuazione del PAL posso chiedere alla regione la revoca del DG o la non riconferma ove il contratto sia già scaduto.

La L 222/07 prevede una ulteriore ipotesi di sostituibilità del DG che si verifica quando nel procedimento di monitoraggio dei singoli piani di rientro si prefigurano da parte delle regioni il mancato rispetto degli adempimenti previsti dai medesimi piani tali da mettere in

pericolo la tutela dell'unità economica dei lea, il presidente del consiglio dei ministri può nominare un commissario ad acta che può proporre alla regione la sostituzione dei DG.

La carica di DG è incompatibile con altro rapporto di lavoro dipendente od autonomo. La sua nomina deve essere effettuata nel termine perentorio di 60 gg dalla data di vacanza dell'ufficio, scaduto il quale il Ministro della salute sentite le regioni interessate e l'agenzia per i SSR fissa un congruo termine per provvedervi, decorso inutilmente il quale il ministro sentito nuovamente il parere della agenzia per SSR e previa consultazione con la CPRSR propone al consiglio dei ministri l'intervento sostitutivo anche sottoforma di nomina di commissario ad acta. L'intervento è adottato dal governo e non preclude l'esercizio delle funzioni regionali per le quali si è provveduto in via sostitutiva ed è efficace fino a quando i competenti organi regionali abbiano provveduto.

Il DA e il DS sono nominati dal Dg, il primo è un laureato in discipline giuridiche od economiche il secondo è un medico. Devono avere meno di 65 anni (al momento della nomina) ed una esperienza almeno quinquennale di direzione tecnico amministrativa il primo e tecnico sanitaria il secondo in enti pubblici o privati.

Il DA dirige i servizi amministrativi dell'ausl Il DS dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico sanitari e partecipano unitamente al DG (che ne ha la responsabilità) alla direzione dell'azienda; entrambi assumono diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono con la formulazione di proposte e di pareri alla formazione delle decisioni della direzione generale.

Per il DA la regione può stabilire che il conferimento dell'incarico sia subordinato alla frequenza del corso di formazione programmato per il conferimento dell'incarico di DG o del corso di formazione manageriale di cui all'art 7 del DPR 484/97 o di altro corso di formazione manageriale appositamente programmato e disciplina altresì le cause di risoluzione del rapporto con il DA.

Il rapporto di lavoro di DG DA, DS è esclusivo e regolato da contratto di diritto privato di durata non inferiore a 3 e non superiore a 5 anni, il trattamento economico è definito anche con riferimento ai trattamenti previsti dalla CCNL per le posizioni apicali delle rispettive dirigenze.

Chi viene nominato Direttore G,A, S, è messo in aspettativa senza assegni con diritto al mantenimento del posto (eccezion fatta per il DG che non può essere tale e mantenere la dipendenza in aspettativa presso la stessa ausl), non sono eleggibili e sono incompatibili alla carica di consiglieri (e superiori) salvo che le funzioni non siano cessate almeno 180 gg prima della data di scadenza dei periodi di durata di tali organi. Nell'ipotesi di scioglimento anticipato le funzioni devono essere cessate entro i 7 gg successivi al provvedimento. I 3 Direttori non sono cmq eleggibili nei collegi che ricomprendano il territorio dell'AUSL diretta nei 6 mesi antecedenti l'accettazione della candidatura. IL non eletto non può esercitare x 5 anni le sue funzioni in AUSL ricomprese nel proprio collegio.

Il consiglio dei sanitari è organismo elettivo dell'AUSL con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è composto dal DS che lo presiede, da una maggioranza di medici ed altri operatori sanitari laureati ed una rappresentanza di infermieri e tecnici. La regione provvede a definire il numero dei componenti nonché a disciplinare

le modalità di elezione e la composizione ed il funzionamento del consiglio.

Fornisce parere obbligatorio ma non vincolante al DG per le attività tecnico sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo e per gli investimenti ad esse attinenti. Si esprime altresì sulle attività assistenziali e tale parere è inteso come favorevole ove non formulato entro il termine fissato dalla legge regionale (silenzio assenso)

IL COLLEGIO SINDACALE dura in carica 3 anni ed e' composto da cinque membri (ma alcune leggi regionali come quella dell'Emilia Romagna ne prevedono solo 3), di cui due designati dalla regione, uno designato dal Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, uno dal Ministro della sanita' e uno dalla Conferenza dei sindaci; per le aziende ospedaliere quest'ultimo componente e' designato dall'organismo di rappresentanza dei comuni. I componenti del collegio sindacale sono scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili istituito presso il Ministero di grazia e giustizia, ovvero tra i funzionari del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti dei collegi sindacali. Tale organo: (1) verifica l'amministrazione **dell'azienda sotto il profilo economico** (2) **vigila sull'osservanza della legge** (3) **accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili ed effettua periodicamente verifiche di cassa** (4) **riferisce almeno trimestralmente alla Regione** anche su richiesta di quest'ultima sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità (5) **trasmette**

periodicamente e cmq a cadenza almeno semestrale una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'ausl alla conferenza dei sindaci o al sindaco del comune capoluogo della provincia (6) annualmente allo Stato (Ministero dell'economia e finanza) sulla Contrattazione integrativa

Il *Collegio sindacale* esercita la vigilanza sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale e , su richiesta del Direttore generale, nelle fasi di programmazione e di pianificazione. In particolare:

- a) **esprime un parere sul Piano programmatico, relativamente agli impegni economico-finanziari che ne possono derivare**, sul bilancio economico e sul budget aziendale e redige, a tale scopo, specifica relazione da trasmettere alla Regione;
- b) **può richiedere dati e notizie utili alla verifica della fondatezza delle previsioni contenute nei bilanci e nei budget;**
- c) **predispone trimestralmente una relazione per la Regione**, per il Direttore generale e per il Sindaco o la Conferenza dei Sindaci nella quale sia posto in chiara evidenza l'andamento del bilancio economico e del budget aziendale. Ove necessario, invita il Direttore generale ad assumere le iniziative volte a superare eventuali situazioni patologiche registrate nel corso della gestione.

Nella relazione dell'ultimo trimestre il Collegio esprime una valutazione complessiva sull'andamento della gestione, sotto il profilo dell'efficienza e dei risultati raggiunti.

Il *Collegio sindacale*, **con riferimento al bilancio di esercizio**, deve esaminare e valutare in apposita relazione:

- a) **l'andamento della gestione dal punto di vista economico e finanziario**, nonché le proposte e gli indirizzi tendenti a conseguire una migliore efficacia, efficienza ed economicità della gestione;

b) la **regolarità e la correttezza della tenuta della contabilità**, nonché la corrispondenza fra le scritture contabili e le risultanze consuntive;

c) **l'osservanza ed il rispetto dei principi contabili**.

I *sindaci* possono in qualsiasi momento procedere, anche individualmente, all'esame ed al controllo degli atti dell'Azienda, previa comunicazione al Presidente del collegio. Delle verifiche effettuate deve essere fatta menzione nei verbali del collegio.

Il *Collegio sindacale* può chiedere notizie al Direttore generale o ad altri dirigenti sull'andamento della gestione o su determinate specifiche questioni.

Qualora nell'ambito della propria attività, il *Collegio sindacale* venga a conoscenza di gravi irregolarità nella gestione, è tenuto a darne immediata comunicazione al Direttore generale, alla regione e al Sindaco o alla Conferenza dei Sindaci.

Il *Collegio sindacale* dispone di una sede idonea messa a disposizione dal Direttore generale, per lo svolgimento dei compiti assegnati dalla presente legge.

Non possono essere nominati sindaci-revisori e, se nominati, decadono dall'ufficio:

a) coloro che ricoprono l'ufficio di direttore generale, direttore sanitario, direttore amministrativo di Azienda sanitaria;

b) coloro che hanno ascendenti o discendenti, ovvero parenti od affini fino al secondo grado che nella Azienda sanitaria ricoprono l'ufficio di direttore generale, direttore sanitario, direttore amministrativo, oppure svolgano funzioni dirigenziali nell'Istituto di credito tesoriere dell'Azienda sanitaria;

c) i dipendenti dell'Azienda sanitaria;

d) i fornitori dell'Azienda sanitaria;

e) gli amministratori, i dipendenti ed, in generale, chi, a qualsiasi titolo, svolge in modo continuativo un'attività retribuita presso istituzioni sanitarie di carattere privato che abbiano rapporti convenzionali o contrattuali con l'Azienda sanitaria;

f) coloro che abbiano lite pendente per questioni attinenti all'attività dell'Azienda sanitaria, ovvero, avendo un debito liquido ed esigibile verso di essa, siano stati regolarmente costituiti in mora, ai sensi dell'articolo 1219 del codice civile, oppure si trovino nelle condizioni di cui al comma 2 dello stesso articolo.

IL COLLEGIO DI DIREZIONE: è costituito in ogni azienda e pur non essendo previsto dalla normativa nazionale come organo ma solo come organismo, la maggior parte delle Regioni ha statuito in modo da farlo essere il terzo organo delle Aziende Sanitarie Locali. Di esso si avvale il DG per il governo delle attività cliniche, la programmazione e valutazione delle attività tecnico sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria, nonché per la elaborazione del programma di attività dell'azienda, la organizzazione dei servizi anche in attuazione del modello dipartimentale e dell'utilizzo delle risorse umane e lo sviluppo dei servizi. Concorre alla formulazione dei programmi di formazione, delle soluzioni organizzative per l'attuazione della attività LP intramuraria ed alla valutazione di risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici prevedendo la partecipazione del DS e del DA, dei direttori di distretto, di dipartimento e di presidio (alta dirigenza sanitaria) e fa sì che la partecipazione organizzativa dei professionisti sia finalizzata ad orientare lo sviluppo dell'Azienda in modo coerente agli standard più avanzati di assistenza sanitaria, ai bisogni riscontrati nella popolazione e all'implementazione degli strumenti del governo

clinico (qualità, innovazione e ricerca, gestione del rischio clinico, audit, formazione continua).

Il Collegio di Direzione dura in carica tre anni e ogni singola regione (all'interno della regione Emilia Romagna persino le singole AUSL) ne disciplina l'attività e la composizione, prevedendo la partecipazione del direttore sanitario ed amministrativo, di direttori di distretto, di dipartimento e di presidio.

3.2 Funzioni e assetto organizzativo

Le strutture operative attraverso le quali l'azienda provvede all'erogazione dell'assistenza sanitaria sono i dipartimenti, i distretti sanitari di base, ed i presidi ospedalieri

3.2.1 I Dipartimenti

I Dipartimenti rappresentano la struttura organizzativa fondamentale dell'Azienda preposta alla **produzione dei servizi e delle prestazioni assistenziali, dalla prevenzione alla riabilitazione, ed all'organizzazione e gestione delle risorse necessarie alla produzione degli stessi**; garantiscono il governo clinico del sistema di produzione dei servizi sanitari assicurando la qualità tecnica delle prestazioni e dei servizi e sviluppando la partecipazione dei professionisti alle decisioni di carattere organizzativo e gestionale che influenzano la qualità dei servizi e il rendimento delle risorse disponibili. I Dipartimenti sono la principale sede operativa di attuazione e di gestione delle attività

relative al Governo Clinico e al Programma aziendale di Gestione del Rischio che hanno nel Collegio di Direzione l'organo di governo.

I Dipartimenti aggregano una pluralità di unità operative/servizi di discipline o funzioni assistenziali affini o complementari ed assicurano la gestione unitaria delle risorse al fine di soddisfare gli obiettivi negoziati a livello aziendale, adottando soluzioni organizzative che garantiscano servizi rispondenti alle necessità assistenziali e alle preferenze della persona. In particolare, i Dipartimenti perseguono l'ottimizzazione dell'uso delle risorse professionali e tecnologiche, nonché la ricerca e la messa in pratica di innovazioni organizzative al fine di migliorare la qualità dei servizi e la loro sostenibilità economica.

I Dipartimenti sono strutture complesse di tipo gestionale che accorpano unità organizzative legate da una relazione gerarchica. Dipendono direttamente dalla Direzione Generale. Hanno autonomia tecnico-professionale e gestionale nei limiti degli obiettivi assegnati e delle risorse attribuite ed operano secondo il piano annuale di attività gestendo le risorse negoziate con la Direzione Generale.

Sono inoltre obiettivi della organizzazione dipartimentale: promuovere il mantenimento e lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze tecniche e professionali attraverso la predisposizione di programmi di formazione e di ricerca a carattere multidisciplinare; promuovere e garantire il rispetto dei requisiti di qualità previsti dal sistema regionale per l'autorizzazione/accreditamento; attuare la verifica sistematica e continuativa dell'attività svolta e dei risultati raggiunti; garantire

una corretta, continua e capillare diffusione delle informazioni all'interno del Dipartimento.

I Dipartimenti hanno di norma estensione intra-aziendale. Al fine di garantire la continuità assistenziale e/o di realizzare economie di gestione possono essere previste forme di integrazione funzionale fra Dipartimenti di Aziende sanitarie diverse (Area Vasta).

Sono organi del dipartimento il Direttore di Dipartimento ed il Comitato di Dipartimento

Il Direttore di Dipartimento rappresenta il Dipartimento nei rapporti con gli altri organi dell'azienda e con gli interlocutori esterni. Il Direttore presiede e dirige il Comitato di Dipartimento al fine di perseguire l'integrazione tra le diverse unità organizzative, l'ottimizzazione dell'organizzazione e della gestione delle risorse assegnate, lo sviluppo e l'uniforme applicazione di procedure comuni e il raggiungimento degli obiettivi negoziati con la Direzione generale. Il Direttore di Dipartimento ha la responsabilità gestionale complessiva del Dipartimento e risponde alla Direzione Generale dell'attuazione degli obiettivi e del corretto utilizzo delle risorse assegnate; promuove all'interno del proprio Dipartimento un utilizzo flessibile del personale ed un uso razionale delle risorse assegnandole alle strutture organizzative del Dipartimento stesso anche adottando modelli di integrazione. Egli è responsabile dal punto di vista professionale in ordine al corretto utilizzo dei metodi e strumenti del governo clinico.

Il Direttore di Dipartimento è un Direttore di struttura complessa nominato dal Direttore Generale entro una terna di candidati indicata dal Comitato di Dipartimento, tra i Dirigenti con incarico di direzione di una delle strutture complesse aggregate nel Dipartimento, con scelta motivata e secondo criteri espliciti e

predefiniti, tra cui il possesso di particolari attitudini organizzativo-gestionali e capacità di coinvolgimento, valorizzazione e responsabilizzazione dei collaboratori. In caso di dissenso rispetto alla proposta del Comitato di Dipartimento, il Direttore generale ne esplicita le motivazioni. Al Direttore di Dipartimento è conferito il mandato di realizzare il programma dipartimentale su base triennale, annualmente verificato relativamente allo stato di realizzazione. Il Direttore di Dipartimento mantiene la direzione della struttura alla quale appartiene, salvo deroga motivata dal Direttore Generale all'atto della nomina. L'incarico di Direttore di Dipartimento può essere attribuito, qualora l'attività gestionale sia di particolare rilevanza, con l'obbligo dell'impegno esclusivo, sollevando, per la durata di tale incarico, il dirigente dalla responsabilità di direzione dell'unità operativa ad esso affidata e con diritto di essere reintegrato nel posto di responsabilità al termine dell'incarico; nel caso di incarico esclusivo, il Direttore Generale può nominare Direttore del Dipartimento anche un dirigente di struttura complessa non inserirlo nel Dipartimento stesso, in possesso di adeguata competenza e capacità gestionale ed organizzativa. L'incarico di Direttore di Dipartimento può essere revocato quando vengono accertati risultati della gestione delle risorse assegnate, lo sviluppo e l'uniforme applicazione di procedure comuni e il raggiungimento degli obiettivi negoziati con la Direzione generale. Il Direttore di Dipartimento ha la responsabilità gestionale complessiva del Dipartimento e risponde alla Direzione Generale dell'attuazione degli obiettivi e del corretto utilizzo delle risorse assegnate; promuove all'interno del proprio Dipartimento un utilizzo flessibile del personale ed un uso razionale delle risorse assegnandole alle strutture organizzative del

Dipartimento stesso anche adottando modelli di integrazione. Egli è responsabile dal punto di vista professionale in ordine al corretto utilizzo dei metodi e strumenti del governo clinico.

Il Direttore di Dipartimento è un Direttore di struttura complessa nominato dal Direttore Generale entro una terna di candidati indicata dal Comitato di Dipartimento, tra i Dirigenti con incarico di direzione di una delle strutture complesse aggregate nel Dipartimento, con scelta motivata e secondo criteri espliciti e predefiniti, tra cui il possesso di particolari attitudini organizzativo-gestionali e capacità di coinvolgimento, valorizzazione e responsabilizzazione dei collaboratori. In caso di dissenso rispetto alla proposta del Comitato di Dipartimento, il Direttore generale ne esplicita le motivazioni. Al Direttore di Dipartimento è conferito il mandato di realizzare il programma dipartimentale su base triennale, annualmente verificato relativamente allo stato di realizzazione. Il Direttore di Dipartimento mantiene la direzione della struttura alla quale appartiene, salvo deroga motivata dal Direttore Generale all'atto della nomina. L'incarico di Direttore di Dipartimento può essere attribuito, qualora l'attività gestionale sia di particolare rilevanza, con l'obbligo dell'impegno esclusivo, sollevando, per la durata di tale incarico, il dirigente dalla responsabilità di direzione dell'unità operativa ad esso affidata e con diritto di essere reintegrato nel posto di responsabilità al termine dell'incarico; nel caso di incarico esclusivo, il Direttore Generale può nominare Direttore del Dipartimento anche un dirigente di struttura complessa non inserirlo nel Dipartimento stesso, in possesso di adeguata competenza e capacità gestionale ed organizzativa. L'incarico di Direttore di Dipartimento può essere revocato quando vengono accertati risultati. Potrà essere prevista

l'istituzione di un organismo esecutivo, rappresentativo del Comitato stesso, secondo le modalità indicate nel regolamento attuativo. La composizione e le specifiche di funzionamento dei Comitati sono disciplinate da apposito regolamento adottato dal Direttore Generale.

In particolare, il Comitato di Dipartimento:

- propone modelli organizzativi e di gestione delle risorse che siano coerenti e funzionali agli indirizzi aziendali relativamente ad azioni ed interventi necessari alla promozione della salute, alla prevenzione della malattia, alla cura, alla riabilitazioni fisica, sociale e lavorativa,
- promuove altresì il processo di innovazione e di miglioramento della qualità;
- definisce i criteri per la individuazione dei fabbisogni prioritari di formazione e di ricerca e predispone i relativi piani di periodo;
- contribuisce alla formulazione della proposta di piano annuale del Dipartimento e partecipa al processo di budgeting;
- assicura le verifiche trimestrali del piano di produzione negoziato;
- pianifica le iniziative per il miglioramento dell'integrazione tra le unità operative, della diffusione delle informazioni e dello sviluppo di norme di buona pratica professionale fra le unità operative;
- propone l'attivazione di gruppi di miglioramento;
- fornisce tutti gli elementi utili alla predisposizione della relazione d'esercizio semestrale ed annuale.

Le **unità operative** sono strutture organizzative complesse del dipartimento che aggregano risorse professionali di tipo medico, infermieristico, tecnico, amministrativo e finanziario e assicurano la direzione e l'organizzazione delle attività di competenza, nel rispetto degli indirizzi aziendali, degli obiettivi e dei criteri definiti nell'ambito del dipartimento di appartenenza.

3.2.2 I Distretti Sanitari di Base:

Il distretto è una articolazione organizzativo-funzionale dell'AUSL sul territorio concepita allo scopo di garantire un sistema di intervento sanitario di risposta ai bisogni sanitari della popolazione con autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio AUSL.

I Distretti rappresentano l'ambito strategico-istituzionale in cui si valutano le necessità assistenziali, si formulano i piani della committenza che esprimono il fabbisogno di assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale. Nei Distretti si assicura l'accesso ottimale all'assistenza sanitaria primaria e ai servizi socio-sanitari ed ha il ruolo di garante dell'erogazione dei Lea a livello distrettuale.

Al Distretto spetta il compito di: (1) promuovere e sviluppare la collaborazione con i comuni, la popolazione e le sue forme associative per la rilevazione dei bisogni della salute e la relativa programmazione degli interventi (2) assicurare l'accessibilità ai servizi sanitari e sociali ad alta integrazione sanitaria secondo criteri di equità e di appropriatezza (3) garantire l'integrazione tra attività territoriali ed ospedaliere e tra attività sanitarie e sociali.

L'ambito di operatività del distretto è modificato rispetto alla precedente soglia (40.000-80.000) con popolazione minima di almeno 60.000 (salvo che la Regione in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente) ma l'ambito distrettuale e' determinato dalla ctss.

Il distretto garantisce: (a) assistenza specialistica ambulatoriale (b) attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze; (c) attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia; (d) attività o servizi rivolti a disabili ed anziani; (e) attività o servizi di assistenza domiciliare integrata (f) attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale.

Ad apposto atto organizzativo è demandata l'organizzazione complessiva dei servizi territoriali e delle sue articolazioni con particolare riferimento al sistema di integrazione con i Dipartimenti ospedalieri ed i servizi amministrativi, stabilendo i necessari collegamenti per garantire l'efficacia e l'efficienza dei programmi di integrazione. L'Azienda potrà articolare la produzione dei servizi a livello sovradistrettuale qualora esista un migliore rapporto costi/benefici in funzione della tutela della salute dei cittadini.

Il Direttore del Distretto è l'espressione territoriale del decentramento del governo aziendale e soggetto preposto alla rappresentazione delle politiche aziendali a livello locale. Rappresenta la Direzione Generale nel rapporto con gli Enti Locali dell'ambito territoriale di competenza. E' garante della copertura della missione del Distretto e della coerenza tra la programmazione dei servizi da assicurare alla popolazione e il finanziamento nonché del rispetto dei suoi vincoli economico-finanziari. Al Direttore di

Distretto sono assegnati compiti di governo del proprio ambito territoriale, curando le relazioni con il Comitato di Distretto, nell'ambito di una programmazione partecipata, e promuovendo e sviluppando la collaborazione con la popolazione e le sue forme associative per la identificazione delle necessità assistenziali e l'elaborazione dei relativi programmi d'intervento.

Il direttore di distretto si avvale di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali. Sono membri di diritto di tale ufficio un rappresentante dei medici di medicina generale uno dei pediatri di libera scelta ed uno degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel distretto. L'incarico di direttore è attribuito dal DG ad un dirigente dell'azienda che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un adeguata formazione nella loro organizzazione oppure ad un medico convenzionato da almeno 10 anni.

Il Direttore di Distretto governa il processo di allocazione delle risorse tra le diverse linee di servizio garantite dai Dipartimenti; presiede e monitorizza la coerenza delle strutture organizzative operanti nel proprio territorio affinché sia assicurata la piena attuazione della Programmazione nonché l'integrazione tra l'insieme dei soggetti che sono chiamati alla sua realizzazione. E responsabile delle attività riconducibili alla integrazione socio-sanitaria. Esercita la funzione di committenza ed assicura il raggiungimento dei livelli di assistenza previsti dalla programmazione aziendale e dai piani annuali di attività, con particolare riferimento ai Dipartimenti Territoriali.

Il Distretto esercita le funzioni di programmazione e valutazione dell'assistenza necessaria alla popolazione di riferimento attraverso

i “piani di committenza” ai diversi Dipartimenti del Servizio sanitario regionale, strutture organizzative di erogazione di servizi a loro volta organizzate in Unità operative/Servizi deputati a garantire globalità dell’assistenza e ad assicurare il governo clinico. I Dipartimenti sono territoriali (Dipartimento di cure primarie, Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche, Dipartimento di sanità pubblica) e ospedalieri.

Il Distretto è anche l’ambito della programmazione sociale e socio-sanitaria: è infatti il luogo elettivo della integrazione socio-sanitaria e del rapporto con i Comuni, titolari della gestione di servizi sociali; è l’ambito ottimale per le Aziende pubbliche di servizi alla persona (nuovi soggetti pubblici che erogano servizi socio-sanitari e sociali che derivano dal piano di trasformazione delle ex Ipab) e per il riparto del Fondo regionale per la non autosufficienza.

Le funzioni di programmazione sono esercitate dal Comitato di Distretto (che riunisce i sindaci dei Comuni dell’ambito territoriale distrettuale) di concerto con il direttore di Distretto

L’organizzazione di tutti i servizi erogati dal Servizio sanitario regionale è basata sulla rete e sulla integrazione al fine di garantire continuità delle cure. L’integrazione riguarda quindi tutti i Dipartimenti, sia territoriali (**Dipartimento di cure primarie, Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche, Dipartimento di sanità pubblica**) che ospedalieri.

L’integrazione fra le cure primarie e l’ospedale riguarda prioritariamente la dimissione protetta, che richiede lo sviluppo di protocolli clinici e organizzativi per garantire appropriatezza e continuità assistenziale in rapporto con i medici di medicina generale e i familiari del malato; l’assistenza specialistica, che deve prevedere sia gli aspetti organizzativi cercando di concentrare

gli accessi, sia gli aspetti clinico-assistenziali. L'integrazione con i Dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche è finalizzata all'integrazione dei percorsi rivolti ai pazienti cronici e alle consulenze ai medici di famiglia. Con il Dipartimento di sanità pubblica, si opera per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute. Programmi trasversali interdipartimentali riguardano, ad esempio, il percorso nascita, i programmi di screening per la prevenzione e il trattamento dei tumori, i programmi di cure palliative.

3.2.3 Il Dipartimento di cure primarie

Il Dipartimento delle cure primarie assicura: l'assistenza dei medici di famiglia e dei pediatri di libera scelta, l'assistenza specialistica ambulatoriale (visite ed esami), l'assistenza domiciliare, l'assistenza consultoriale, l'assistenza agli stranieri presenti nel territorio regionale, l'assistenza all'estero, l'assistenza agli ammalati di AIDS, l'assistenza socio-sanitaria in strutture residenziali e a domicilio, l'assistenza farmaceutica.

Una forma innovativa di articolazione organizzativa è rappresentata dai **Nuclei di Cure Primarie** che sono le unità organizzative di base del sistema delle cure primarie e costituiscono il luogo privilegiato per perseguire gli obiettivi di continuità assistenziale, integrazione delle attività territoriali e di governo clinico, attraverso l'azione congiunta dei medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, e degli altri operatori territoriali sanitari, sociali e socio-sanitari.

I medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta sono inseriti nei Nuclei delle cure primarie. L'obiettivo è di integrare questi professionisti convenzionati nell'organizzazione aziendale per le scelte di politica sanitaria che influiscono sulla collettività degli assistiti, per garantire percorsi diagnostico terapeutici concordati e continuità delle cure, per il potenziamento dell'accesso con orari di ambulatorio più ampi (per il contenimento delle liste di attesa), per il miglioramento dell'assistenza domiciliare dedicata ad ammalati non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza curabili a domicilio. Obiettivi e modalità organizzative sono contenuti nell'accordo siglato dalla Regione con le rappresentanze sindacali dei medici di medicina generale.

3.2.4 Il Dipartimento Sanità Pubblica

E' struttura operativa dell'AUSL istituita ed organizzata da ciascuna regione allo scopo di: (a) garantire la tutela della salute collettiva (b) perseguire obiettivi di promozione della salute(c) agire per la prevenzione delle malattie e delle disabilità (d) operare per il miglioramento della qualità della vita.

A tal fine il dipartimento di prevenzione promuove azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana ed animale garantendo le seguenti funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica anche a supporto dell'autorità sanitaria locale (art 7 ter dlgs 502/92 con modifica del dlgs 254/00):

- a) Profilassi delle malattie infettive e parassitarie;

- b) Tutela della collettività dei rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali
- c) Tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
- d) Sanità pubblica veterinaria che comprende sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e profilassi delle malattie infettive e parassitarie; farmacovigilanza veterinaria; igiene delle produzioni zootecniche; tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale
- e) Tutela igienico-sanitaria degli alimenti
- f) Sorveglianza e prevenzione nutrizionale
- g) Attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronico-degenerative
- h) in collaborazione con gli altri servizi e dipartimenti aziendali;
- i) Tutela della salute nelle attività sportive.

Nello svolgere le sue funzioni il dipartimento di prevenzione promuove iniziative coordinate con i distretti, con i dipartimenti della ASL con le Aziende Ospedaliere con le agenzie regionali per l'ambiente, con gli IZS e con gli altri organismi paritetici previsti dal D.Lgs. 626/94.

Il dipartimento di sanità pubblica ha autonomia organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità. Il direttore di dipartimento è scelto dal DG tra i dirigenti con almeno 5 anni di anzianità di funzione e risponde alla direzione aziendale del perseguimento degli obiettivi aziendali, dell'assetto organizzativo e della gestione, in relazione alle risorse assegnate.

Dal punto di vista strutturale interno le regioni disciplinano l'articolazione dei dipartimenti in strutture organizzative specificamente dedicate a:

- a) Igiene e sanità pubblica
- b) Igiene degli alimenti e della nutrizione
- c) Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro
- d) Sanità animale
- e) Igiene della produzione trasformazione commercializzazione conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati
- f) Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

Le strutture organizzative si distinguono in servizio o in U.O. in rapporto all'omogeneità della disciplina di riferimento ed alle funzioni attribuite nonché alle caratteristiche ed alle dimensioni del bacino di utenza.

3.2.5 La specialistica ambulatoriale

La programmazione di questa importante area del Servizio sanitario regionale si articola attraverso la ricognizione da parte dell'Azienda USL, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera o l'IRRCCS di riferimento, del fabbisogno delle prestazioni specialistiche ambulatoriali relativo a ciascun Distretto, delle azioni ritenute necessarie per soddisfare lo stesso e del livello territoriale di erogazione delle prestazioni, sulla base dei criteri stabiliti dalla delibera di Giunta regionale 293/2005, previo parere dei Comitati di Distretto e della Conferenza territoriale sociale e sanitaria. L'organizzazione è basata sulla presa in carico della persona, sia in

termini organizzativi che clinico-assistenziali ed ha la finalità di garantire appropriatezza nella prescrizione e nella erogazione entro tempi di attesa fissati.

Le prestazioni specialistiche erogate dal Servizio sanitario regionale sono contenute nel Nomenclatore tariffario regionale, modificato con delibera di Giunta (per l'Emilia Romagna la D.Gr. 262/2003 modificata dalle delibere di Giunta 2678/04 per le prestazioni odontoiatriche e D.Gr. 1065/06 per la radioterapia).

L'accesso, l'appropriatezza, il day service, il collegamento in rete tra medici

L'accesso a visite ed esami specialistici è possibile con la prescrizione del medico di famiglia o di altro medico specialista del Servizio sanitario regionale.

Per i casi complessi ma che non richiedono ricovero (ordinario o day hospital) in quanto non hanno bisogno di sorveglianza o osservazione medica e/o infermieristica protratta per ogni accesso, è stato adottato un modello organizzativo denominato "day service" presente sia in ospedale che negli ambulatori del territorio, con l'obiettivo di poter dare risposta al problema clinico in tempi adeguati e attingendo dalle potenzialità diagnostiche delle strutture. L'accesso è con prescrizione del medico di famiglia o di altro medico specialista del Servizio sanitario regionale.

Sempre al fine di semplificare l'accesso ai cittadini e fare in modo che a muoversi, per quanto possibile, siano le informazioni e non le persone, è stato promosso il "Progetto SOLE (Sanità On LinE)": un progetto di collegamento in rete tra medici di famiglia e medici del Servizio sanitario per lo scambio di informazioni sull'assistito – prescrizioni, referti, cartella clinica... - nel rigoroso rispetto della privacy (per l'Emilia Romagna delibera di Giunta 1182/05).

Con il Piano regionale per il contenimento dei tempi di attesa (adottato con le delibere di Giunta E.R. 1532/2006 e 73/2007, in applicazione dell'intesa Stato-Regioni del 28/3/2006) è stata definita la necessità di arrivare ad un sistema di prenotazione integrato – attraverso una rete dei centri di prenotazione per Area vasta e regionale, che permetta la gestione di tutta l'offerta di specialistica sia a livello ospedaliero che territoriale. Per l'applicazione di questo Piano, le Aziende sanitarie hanno adottato programmi attuativi locali, condivisi e approvati anche in sede di Conferenza territoriale sociale e sanitaria.

3.2.6 Presidi Ospedalieri non costituiti in Aziende Ospedaliere

In qualità di strutture dell'AUSL essi godono di una autonomia molto minore rispetto a quella delle aziende ospedaliere:

- autonomia a livello direttivo garantita dalla presenza di un dirigente medico in qualità di responsabile delle funzioni igienico-organizzative e di un dirigente amministrativo responsabile della gestione amministrativa. La separatezza della gestione direttiva del PO rispetto a quella dell'AUSL di cui esso è parte è strettamente funzionale ad una eventuale trasformazione in azienda ospedaliera;
- Autonomia economico-finanziaria con la tenuta di una contabilità separata seppur interna al bilancio dell'AUSL.

è preposto alla erogazione di prestazioni e servizi specialistici non erogabili con altrettanta efficacia ed efficienza nell'ambito della rete dei servizi territoriali in conformità alla programmazione regionale e locale.

Con la L. 412/91 (finanziaria '91) venne stabilito che le regioni provvedessero con atto programmatico a ristrutturare la rete ospedaliera per consentire il raggiungimento dei seguenti parametri:

- utilizzazione media annua dei posti letto a tasso non inferiore al 75%
- Dotazione complessiva di 6 posti letto per 1000 abitanti di cui lo 0,5 per mille riservato alla riabilitazione ed alla lungodegenza post-acuzie
- Riconversione degli ospedali con uno standard minimo inferiore a 120 posti letto.

Successivamente con l'art 4 dlgs 502/92 il legislatore ha dettato norme per la ridefinizione complessiva sia a livello funzionale che programmatico che si traduce :

- a) Nella trasformazione degli ospedali dotati di particolari requisiti in aziende ospedaliere
- b) Nella dipartimentalizzazione degli ospedali-presidio dell'AUSL
- c) Revisione della consistenza sul territorio degli ospedali e verifica del tasso di occupazione annuo

3.3 Le Aziende Ospedaliere

Sono gli ospedali scorporati dall'AUSL e costituiti in aziende autonome dotate di personalità giuridica e autonomia imprenditoriale. Scopo ultimo delle suddette aziende è quello di far fronte alle richieste di assistenza sanitaria della popolazione garantendo a minimi costi prestazioni di alta qualità. Spetta alle regioni trasmettere al Ministro della Salute le proprie indicazioni

sulla base delle quali, previa verifica della sussistenza dei requisiti, il Ministro formula proposte da inoltrare al consiglio dei ministri che individua gli ospedali da costituire in azienda. Entro 60 gg dalla deliberazione del CdM le regioni costituiscono i predetti ospedali in azienda.

Le Regioni possono proporre la costituzione o la conferma in AO dei PO in possesso di tutti i seguenti requisiti:

- a) **Organizzazione dipartimentale di tutte le UO presenti nella struttura**
- b) **Disponibilità di un sistema di contabilità economico patrimoniale e di una contabilità per centri di costo**
- c) **) Presenza di almeno tre UO di alta specialità (ai sensi del Dm 29/1/92) sono:**
 - le emergenze (incluse quelle pediatriche)
 - le grandi ustioni (incluse quelle pediatriche)
 - la cardiologia medico-chirurgica (incluso pediatrica)
 - la neurologia ad indirizzo chirurgico (incluso pediatrica)
 - la nefro-urologia (incluso pediatrica)
 - la neuro-riabilitazione
 - i trapianti d'organo (compresi il coordinamento interregionale dei prelievi multiorgano a fine di trapianto
 - l'oncoematologia (incluso pediatrica)
 - la pneumologia oncologica
 - la radioterapia oncologica
 - le malattie vascolari
 - la ginecologia oncologica

- d) **Dipartimento di emergenza di secondo livello** (ai sensi del DPR 27/03/92)
- e) **Ruolo di ospedale di riferimento in programmi integrati di assistenza su base regionale ed interregionale** (così come previsto dal PSR ed in considerazione della mobilità infraregionale e della frequenza dei trasferimenti da PO regionali di minore complessità)
- f) **Attività di ricovero in degenza ordinaria** (nel corso dell'ultimo triennio per pazienti residenti in Regioni diverse, superiore di almeno il 10% rispetto al valore medio regionale (salvo per quelli ubicati in Sicilia e Sardegna)
- g) **Indice di complessità della casistica dei pazienti trattati in ricovero ordinario** (nel corso dell'ultimo triennio superiore ad almeno il 20% del valore medio regionale)
- h) **disponibilità di un proprio patrimonio immobiliare** adeguato e sufficiente per consentire lo svolgimento delle attività istituzionali di tutela della salute e di erogazione di prestazioni sanitarie. I requisiti di cui alla lettere c) e d) non si applicano agli ospedali di alta specializzazione di cui al DM 31/01/95 che li definisce come i PO che erogano prestazioni specialistiche di diagnosi, cura e riabilitazione afferenti una disciplina medico-chirurgica o più discipline medico-chirurgiche, fra di loro strettamente complementari in relazione alla specifica attività svolta (policlinici universitari).

In ogni caso non si procede alla costituzione o alla conferma in AO quando il PO in questione è il solo presente nella propria AUSL.

Nel predisporre il PSR e comunque dopo 3 anni dall'entrata in vigore della 229/99 la regione verifica la permanenza (o la

presenza) dei requisiti sopra indicati e in caso di grave disavanzo o di perdita di requisiti la costituzione in azienda viene revocata e la Regione individua l'AUSL subentrante nei relativi rapporti attivi e passivi.

Riguardo i PO già costituiti in AO secondo la previgente disciplina la 229/99 sancisce possano essere riconfermati per un periodo massimo di 3 anni dall'entrata in vigore della stessa sulla base di un progetto di adeguamento presentato dalla Regione fatta eccezione per i PO su cui insiste la prevalenza del corso formativo del triennio clinico della facoltà di medicina. Alla scadenza del termine previsto nel provvedimento di onferma, ove permanga la carenza dei requisiti le regioni e il Ministro della salute viene revocata la costituzione in AO e la Regione individua l'AUSL subentrante nei relativi rapporti attivi e passivi.

Gli organi dell'AO sono gli stessi dell'AUSL.

Esistono poi AZIENDE OSPEDALIERO-UNIVERSITARIE nate allo scopo di realizzare un idoneo coordinamento delle funzioni tra le regioni e l'Università il DLGS. 517/1999 prevede la stipula di protocolli di intesa le cui linee guida sono tracciate dal DPCM 24/05/01. La collaborazione tra SSN e Uni si realizza attraverso Aziende Ospedaliero-Universitarie dotate di personalità giuridica autonoma.

Il decreto distingue in proposito due tipologie organizzative: (a) aziende ospedaliere costituite in seguito alla trasformazione dei policlinici universitari a gestione diretta, denominate aziende ospedaliere universitarie integrate con il SSN (b) aziende ospedaliere costituite mediante trasformazione dei presidi ospedalieri nei quali insiste la prevalenza del corso di laurea in medicina e chirurgia, anche operanti in strutture di pertinenza

dell'università denominate aziende ospedaliere integrate con l'università.

Per entrambe l'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa e gli organi sono il DG il collegio sindacale e l'organo di indirizzo.

3.4 IRCSS, IZS, ASP

ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO: il DLGS 288/03 prevede il riordino di tali istituti che vengono definiti come enti a rilevanza nazionale dotati di autonomia e personalità giuridica che secondo standards di eccellenza perseguono finalità di ricerca prevalentemente clinica e traslazionale; sono sottoposti a vigilanza del Ministero della salute mentre alle Regioni competono le funzioni legislative e regolamentari connesse alle attività di assistenza e di ricerca da esercitarsi nell'ambito dei principi fondamentali stabiliti dalla normativa vigente in materia di ricerca biomedica e tutela della salute. Il riconoscimento del carattere scientifico è soggetto al possesso in base a titolo valido dei seguenti requisiti: (a) personalità giuridica di diritto privato o pubblico (ma solo per questi ultimi la riforma prevede che su istanza della Regione in cui l'Istituto ha la sede prevalente la possibilità di trasformazione in Fondazioni di rilievo nazionale aperte alla partecipazione di soggetti pubblici e privati e sottoposte alla vigilanza congiunta dei Ministeri Salute ed Economia ed assumono la denominazione di Fondazioni IRCSS

con durata illimitata e che hanno come loro organi il consiglio di amministrazione, il DG (con natura esclusiva dell'incarico ed incompatibilità assoluta) collegio dei revisori e comitato tecnico-scientifico) (b) titolarità dell'autorizzazione e dell'accreditamento sanitari(c) economicità ed efficienza dell'organizzazione, qualità delle strutture e livello tecnologico delle attrezzature (d) caratteri di eccellenza del livello delle prestazioni e dell'attività sanitaria svolta negli ultimi 3 anni (e) caratteri di eccellenza dell'attività di ricerca svolta nell'ultimo triennio relativamente alla disciplina assegnata; (f) dimostrata capacità di inserirsi in rete con Istituti di ricerca della stessa area di riferimento e di collaborazioni con altri enti pubblici e privati (g) dimostrata capacità di attrarre finanziamenti pubblici e privati indipendenti (h) certificazione di qualità dei servizi secondo procedure internazionalmente riconosciute.

Sia le Fondazioni IRCSS che gli IRCSS informano la propria attività a criteri di efficacia efficienza ed economicità e sono tenuti al rispetto del vincolo di bilancio attraverso l'equilibrio costiricavi ed organizzano la propria struttura mediante centri di costo in grado di programmare e rendicontare la gestione economica, amministrativa e delle risorse umane e strumentali.

Il Collegio sindacale è composto da cinque membri, di cui due nominati dalla Regione, uno dei quali con funzioni di presidente, ed uno nominato dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria. è assicurata allo Stato la possibilità di designare due componenti all'interno del Collegio sindacale

ISTITUTI ZOOPROFILATTICI SPERIMENTALI: sono enti sanitari a valenza regionale od interregionale soggetti alla vigilanza ed al controllo delle Regioni. Sono dotati (a norma del DLGS 270/93) di autonomia amministrativa, gestionale e tecnica ed

operano nell'ambito del SSN con specifiche competenze di ricerca finalizzate all'accertamento dello stato sanitario degli animali e della salubrità dei prodotti di derivazione animale.

AZIENDE DI SERVIZI ALLA PERSONA: il Decreto Legislativo 4 maggio 2001, n.207 nato su delega di cui all'art.10 della Legge 8 Novembre 2000, n.328 determina il "Riordino delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza".

E così dopo più di 100 anni dalla Legge Crispi del 1890, lo Stato Italiano dispone, finalmente, il riordino delle IPAB.

Scopo di tale riordino è quello di realizzare la trasformazione delle IPAB in Aziende pubbliche di Servizi alla persona, le Regioni sovrintenderanno a tali trasformazioni inserendo i nuovi soggetti nel campo socio-assistenziale o nella programmazione sanitaria (art.2).

ha personalità giuridica di diritto pubblico, è dotata di autonomia statutaria, gestionale, patrimoniale, contabile e finanziaria e non ha fini di lucro. L'Azienda svolge la propria attività secondo criteri di efficienza, efficacia ed economicità, nel rispetto del pareggio di bilancio da perseguire attraverso l'equilibrio dei costi e ricavi. Sono nate in seguito alla trasformazione delle IPAB previste dalla L.R. 2/2003. Sono organi di governo dell'Azienda:

- a) il Consiglio di amministrazione;
- b) il Presidente;
- c) l'assemblea dei soci, o altro organismo di rappresentanza già previsto dallo statuto dell'Istituzione trasformata.

Lo statuto prevede un organo di revisione contabile la cui composizione numerica è commisurata alle dimensioni dell'Azienda ed il cui Presidente, o revisore unico, è nominato dalla Regione.

3.5 Altre forme di assistenza

1) STRUTTURE SANITARIE PRIVATE

Queste strutture (sulle quali le regioni e le AUSL, eserciteranno poi un sistema di monitoraggio sul rispetto degli accordi contrattuali privati cioè un controllo di qualità e congruità i cui parametri sono definiti con atto di indirizzo e coordinamento a livello nazionale e successive determinazioni regionali) possono essere equiparate ai presidi ed agli IRCCS tramite:

1) autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie va chiesta per (a) costruzione di nuove strutture (b) adattamento di strutture preesistenti (c) loro diversa utilizzazione (d) ampliamento e trasformazione (e) trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate. La richiesta di autorizzazione va inoltrata al Comune territorialmente competente.

2) accreditamento istituzionale per l'esercizio di attività sanitarie per conto del SSN Le strutture già autorizzate e i professionisti che ne facciano espressa richiesta possono ottenere l'accreditamento istituzionale, presupposto indispensabile la concessione dello stesso da parte della Regione (previa ricognizione ad hoc) è la sussistenza in capo alle strutture richiedenti di requisiti ulteriori di qualificazione, della loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e della verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.

3) stipulazione di accordi contrattuali per l'esercizio di attività sanitarie a carico del SSN Le strutture che erogano prestazioni sanitarie a carico del SSN stipulano con le Regioni territorialmente competenti accordi contrattuali. La remunerazione delle prestazioni

erogate può avvenire: **(a) secondo il costo standard di produzione per le funzioni assistenziali** quali (a1) programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale con riferimento particolare alle patologie croniche e recidivanti (a2) programmi di assistenza ad elevato grado di personalizzazione (a3) attività svolte in programmi di prevenzione (a4) assistenza a malattie rare (a5) attività con rilevanti costi di attesa (a6) programmi sperimentali di assistenza (a7) programmi di trapianti; **(b) in base a tariffe predeterminate per prestazione** per attività diverse da quelle di cui sopra e limitatamente agli episodi di assistenza ospedaliera per acuti erogata in regime di **degenza** ordinaria e di DH ed alle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

2) FORME INTEGRATIVE DI ASSISTENZA

(A) fondi integrativi sanitari Le prestazioni esorbitanti i LEA definiti dal PSN in concreto erogabili tramite fondi integrativi sono: (a1) prestazioni di medicina non convenzionale ancorchè erogate da strutture non accreditate (a2) cure termali limitatamente alle prestazioni non a carico del SSN (a3) assistenza odontoiatrica limitatamente a quelle non a carico del SSN (a4) prestazioni erogate dal SSN comprese nei lea per la sola quota a carico dell'assistito, inclusi gli oneri per le prestazioni erogate in regime di LP intramuraria e per la fruizione di servizi alberghieri su richiesta dell'assistito (a5) prestazioni sociosanitarie erogate in strutture accreditate residenziali o semiresidenziali o domiciliari per la sola quota a carico dell'assistito (a6) prestazioni sociali erogate nell'ambito di programmi assistenziali intensivi o prolungati finalizzati a garantire la permanenza a domicilio ovvero in strutture residenziali o semiresidenziali delle persone anziane e disabili, nel limite delle spese sostenute ex art. 26 L. 328/00.

è quindi possibile istituire fondi integrativi sanitari autogestiti o affidati in gestione mediante convenzione con istituzioni che operano nel settore sanitario o socio sanitario da almeno 5 anni.

Le fonti da cui tali fondi possono scaturire sono: contratti e accordi collettivi anche aziendali, regolamenti di regioni ed enti territoriali, deliberazioni assunte da organizzazioni non lucrative operanti nel settore dell'assistenza ecc.

(B) sperimentazioni gestionali Sono forme alternative sostitutive ed integrative di pagamento e remunerazione di servizi sanitari erogati da soggetti singoli o associati, consorzi e società di servizi. Sono veri e propri programmi aventi ad oggetto nuovi modelli gestionali che prevedono forme di collaborazione tra strutture del SSN e soggetti privati, anche attraverso la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato. Spetta alla Regione interessata autorizzare e proporre il programma di sperimentazione motivando le ragioni di convenienza economica; spetta alla Conferenza Permanente Stato Regioni Province Autonome la verifica della congruità dei risultati a sperimentazione avviata al fine di relazionare Governo e Regioni affinché assumano i provvedimenti conseguenti al termine del primo triennio di sperimentazione.

CAPITOLO QUARTO
IL FINANZIAMENTO DELLE AUSL
E LA PROGRAMMAZIONE

4.1 Il finanziamento

Il finanziamento del SSN avviene su tre livelli differenziati:

A) A LIVELLO NAZIONALE: il FSN di parte corrente e in conto capitale è alimentato interamente da stanziamenti a carico del bilancio dello Stato ed il suo importo è annualmente determinato dalla legge finanziaria tenendo conto, limitatamente alla parte corrente del 90% del gettito presunto dell'IRAP (imposta regionale sulle attività produttive) e dell'addizionale regionale sull'IRPEF. Una quota pari al 1% del FSN complessivo prelevata dalla quota iscritta nel bilancio del Ministero dell'Economia e delle Finanze ed utilizzata per il finanziamento di attività di ricerca o sperimentazione nonché per i rimborsi alle Aziende sanitarie per le spese per le prestazioni erogate a cittadini stranieri che si trasferiscono per cure in Italia. Il FSN (al netto della quota di cui sopra) è ripartito annualmente dal CIPE su proposta del Ministero della salute d'intesa con la CPSRPA. La quota capitaria di finanziamento da assicurare alle Regioni viene determinata sulla base di un sistema di coefficienti parametrici in relazione ai LEA in tutto il territorio nazionale determinati con riferimento ai seguenti elementi: **(a) popolazione residente** (b) mobilità sanitaria per tipologia di prestazioni (c) consistenza e stato di conservazione delle strutture immobiliari, degli impianti tecnologici e delle dotazioni strumentali. La ripartizione viene effettuata dal CIPE a titolo di acconto, entro febbraio dell'anno successivo, provvederà all'assegnazione definitiva del FSN effettivamente spettante sulla base del gettito definitivo di IRAP e IRPEF. In realtà, oltre a quello di cui al punto a) le norme successive hanno fatto sì che la ripartizione avvenga per **(d) frequenza dei consumi sanitari** per

Sesso ed età' (e) **tassi di mortalità'** della popolazione (f) **indicatori relativi a particolari situazioni territoriali** ritenuti idonei al fine di definire i bisogni sanitari delle regioni (g) **indicatori epidemiologici** territoriali.

B) A LIVELLO REGIONALE: Il dlgs 56/00 ha cessato tutti i trasferimenti erariali in favore delle Regioni a statuto ordinario, ad eccezione di quelli relativi (1) prevenzione e lotta AIDS (2) assistenza sanitaria immigrati (3) fibrosi cistica (4) malattie infettive degli animali (5) formazione dei medici specialisti (6) investimenti in materia ospedaliera (7) finanziamenti per specifici obiettivi del PSN (es tutela salute materno infantile, salute mentale anziani ecc).

A compensazione di quanto tolto, oltre alla già neonata IRAP, l'incremento delle entrate tributarie si è verificato con (1) compartecipazione regionale all'Iva (46,1% del gettito complessivo) (2) aumento aliquota addizionale IRPEF (da 0,9 a 1,4%) (3) aliquota di compartecipazione regionale all'accisa sulle benzine (0,129 per litro).

Per assicurare il rispetto di standard essenziali ed uniformi di assistenza il dlgs 56/00 ha previsto procedure di monitoraggio e verifica dell'assistenza erogata alle regioni.

Con il Patto nazionale della salute sono state fissate le risorse economiche per il triennio 2007/09 con l'istituzione di un fondo transitorio per le Regioni che presentino disavanzo. L'accesso al fondo è legato ad un piano regionale di rientro che deve prevedere (1) misure necessarie ad azzeramento del disavanzo (2) misure di riequilibrio del profilo erogativo dei Lea. Ove si prospetti il mancato rispetto degli adempimenti previsti, previa diffida a

compiere tutti gli atti necessari entro 15 gg è prevista la nomina di commissario ad acta.

Lo stesso dlgs 56/00 ha previsto che le regioni facciano fronte con risorse proprie a (1) erogazione di lea superiori a quelli previsti dal PSN (2) ripercussioni finanziarie conseguenti all'adozione di modelli organizzativi diversi da quelli del PSN (3) eventuali disavanzi aziendali.

Le Regioni possono far fronte a tali oneri aumentando le risorse nei seguenti modi: (1) prevedere la riduzione dei limiti massimi di spesa per gli esenti previsti dai LEA (2) aumentare la quota fissa sulle singole prescrizioni farmaceutiche e sulle ricette relative a prestazioni sanitarie (con eccezione per i farmaci salvavita) (3) prevedere forme di partecipazione alla spesa per eventuali altre prestazioni da porre a carico dei cittadini (con esclusione degli esenti).

Si è poi cercato anche di favorire il passaggio graduale dal ricovero ordinario al Dh e da questo alla prestazione ambulatoriale.

Secondo il dlgs 229/99 spetta alle regioni disciplinare il finanziamento della ausl sulla base di una quota capitaria considerati i caratteri di popolazione e territorio.

Le singole fonti di finanziamento sono: (1) una quota del FSR ripartito annualmente dalla Regione (2) rendite, lasciti, donazioni e quant'altro sia acquisito al patrimonio aziendale per effetto di contratti e convenzioni (3) ricorso a mutui o ad altre forme di credito di durata non superiore a dieci anni per il finanziamento di spese di investimento e previa autorizzazione regionale fino ad un ammontare complessivo delle relative rate (per capitale ed interessi) non superiore al 15% delle entrate proprie correnti ad esclusione della quota di FSN di parte corrente attribuita alla

regione, anche se la Regione può autorizzare anche oltre tali limiti previa motivata ed analitica valutazione dell'idoneità dell'azienda stessa a sostenerne i conseguenti oneri (4) anticipazioni da parte del tesoriere che non superi un dodicesimo dell'ammontare annuo del valore dei ricavi, ivi compresi i trasferimenti iscritti nel bilancio preventivo annuale.

Reinvestimenti Patrimoniali: allo scopo di abbreviare i tempi per la realizzazione di progetti di investimento utilizzando i finanziamenti derivanti da alienazioni patrimoniali, è istituito un apposito fondo, con legge di approvazione del bilancio regionale, per provvedere ad anticipazioni finanziarie a favore delle Aziende, con vincolo di reintegro ad avvenuta acquisizione dei proventi conseguenti alle alienazioni medesime.

4.1.1 Le entrate proprie

Le entrate proprie di cui le AUSL possono pienamente disporre sono:

(1) ticket pagati dagli assistiti per le prestazioni specialistica, di diagnostica strumentale e di laboratorio.

Il ticket è stato introdotto nel 1989 come strumento per il contenimento della spesa sanitaria, rappresenta una forma di compartecipazione dei cittadini al costo di alcune prestazioni sanitarie e ha come finalità quella di promuovere la consapevolezza dell'onere economico connesso all'erogazione delle stesse. Le sue caratteristiche sono state definite in maniera organica dalla Legge n. 537 del 1993, ma dopo qualche anno furono approvate alcune leggi che comportarono alcune eccezioni a tale pagamento.

In linea generale, sono tenuti a pagare il ticket sanitario tutti i cittadini, il costo varia a seconda della regione italiana dove ci si trova e a seconda della prestazione alla quale il cittadino deve sottoporsi.

Il ticket viene pagato per:

1. prestazioni di pronto soccorso
2. farmaci
3. cure termali
4. visite e prestazioni di specialistica ambulatoriale

I cittadini possono essere esclusi dalla compartecipazione nei casi di esenzione per:

- patologia (malattie croniche, invalidità, maternità, ecc.)
- invalidità
- età/reddito
- altre condizioni soggettive

(2) erogazione di prestazioni tariffabili e servizi a pagamento.

Queste sono di due tipi a "nomenclatore tariffario" per le prestazioni specialistiche e ambulatoriali e a "DRG"⁷.

Mentre per quel che riguarda le prestazioni distrettuali prevale il primo sistema di tariffe, per quanto riguarda le Aziende Ospedaliere ed i Presidi Ospedalieri non costituiti in aziende il loro finanziamento è basato essenzialmente sulla remunerazione erogata attraverso i DRG individuati dalla Regione sulla base di criteri uniformi stabiliti a livello nazionale. Ciascun DRG raggruppa

⁷ **DIAGNOSIS RELATED GROUPS (DRG):** è un metodo di rilevazione delle degenze ospedaliere col quale vengono aggregate le diverse patologie in gruppi che richiedono un impegno omogeneo di risorse (gruppi isorisorse) in base ai quali diventa possibile confrontare l'attività dei reparti ospedalieri per mezzo dei tradizionali indicatori di attività (degenza media, occupazione media dei posti letto ecc), standardizzati per la complessità dei casi trattati eliminando così l'effetto dovuto alle diverse necessità assistenziali dei pazienti in cura mentre la variabile residua è interamente imputabile ai livelli di efficienza e dalle politiche cliniche di trattamento dei casi.

categorie di pazienti ospedalieri definite in modo che presentino caratteristiche cliniche analoghe e richiedano per il loro trattamento volumi omogenei di risorse ospedaliere; l'assegnazione di ciascun paziente ad uno specifico DRG avviene sulla base della scheda di dimissione (diagnosi principale di dimissione, diagnosi secondarie, interventi chirurgici ecc).

A ciascun DRG è stata associata una tariffa (che fa riferimento sia ai costi di natura strettamente clinica che ai costi gestionali) che rappresenta la remunerazione massima da corrispondere ai soggetti erogatori a fronte delle singole prestazioni rese agli assistiti.

(3) introiti dell'attività Ip degli operatori

La libera professione può essere extramoenia o intramoenia. Sulla seconda, essendo fatta all'interno della struttura stessa utilizzando ambulatori ed attrezzature della stessa, il libero professionista deve riconoscere una parte dell'introito alla struttura sanitaria. Anche la libera professione intramoenia si basa per la maggior parte dei casi si basa sul "nomenclatore tariffario" o meglio deve per forza essere una tariffa più alta (al limite anche di un solo euro) del nomenclatore stesso.

(4) entrate derivanti da lasciti e donazioni

(5) eventuali avanzi di gestione.

4.1.2 Il tesoriere delle Ausl

Il Servizio di tesoreria dell'Azienda è affidato di norma per la durata di un quinquennio, con apposita convenzione, ad una o più

banche di notoria solidità, dotate di struttura tecnico-organizzativa idonea a garantire la regolare gestione del servizio.

L'affidamento del Servizio viene disposto mediante trattativa privata con gara ufficiosa fra almeno tre delle banche che vantano la più diffusa presenza nell'ambito del territorio di competenza dell'azienda. La preferenza è attribuita alla banca o al gruppo di banche che oltre ad impegnarsi a gestire gratuitamente il Servizio di tesoreria e di deposito di titolo e valori di proprietà dell'Azienda offre le migliori condizioni: a) quanto ai tassi passivi riconosciuti sulle giacenze di casse e a quelli attivi sulle anticipazioni ordinarie e straordinarie di cassa, da concedere nei limiti massimi consentiti dalla legge; b) quanto alle condizioni di valuta riconosciute sugli incassi e sui pagamenti; c) quanto a tempi massimi di esecuzione dei pagamenti su piazza e fuori piazza.

Solamente ad accertata parità di condizioni potranno valere come motivo di preferenza altri benefici ed impegni di collaborazione di cui sia chiaramente quantificabile il vantaggio economico per l'Azienda nell'arco di validità del contratto.

Quando il servizio è affidato ad un gruppo di banche la convenzione dovrà individuare una banca capofila in grado di rispondere nei confronti dell'Azienda e della Sezione di tesoreria provinciale dello Stato di tutti gli adempimenti e gli impegni derivanti dalla convenzione.

Si noti come dal 2012 è stata reintrodotta la Tesoreria unica.

4.2 La ragioneria pubblica

Le aziende si distinguono in: (1) aziende di produzione (produce beni e servizi); (2) aziende di erogazione (che svolge in prevalenza

consumo di beni previo acquisto (erogazione di denaro)); (3) azienda composta che è l'insieme delle precedenti.

L'azienda composta pubblica ha le seguenti caratteristiche:

- Il soggetto economico (la collettività amministrata) e quello giuridico hanno natura pubblica
- Sono aziende i cui prodotti non sono solitamente collocati sul mercato e realizzano le loro finalità attraverso un sistema distributivo (l'assenza di un prezzo di mercato rende molto difficile il confronto costi-ricavi e quindi la valutazione della gestione).
- Le risorse utilizzate provengono dai tributi raccolti o da finanziamenti.

Nonostante queste peculiarità l'azienda composta (pubblica o privata) deve (1) massimizzare l'output (prodotto) a fronte degli input (risorse immesse nel processo) impiegati (2) adottare comportamenti razionali (cioè il sistema decisionale dovrà sempre basarsi sulla pianificazione e sul controllo)

Nell'ambito dell'azienda composta pubblica la gestione consiste in:

- Un processo erogativo nel corso del quale l'azienda acquisisce risorse, le combina e le impiega per conseguire i propri fini
- Un processo patrimoniale, insieme di operazioni che ha per oggetto i beni patrimoniali e i debiti e crediti a lungo termine
- Un processo produttivo di impresa ovvero produzione di beni e servizi ceduti a corrispettivo di un prezzo.
- La funzione più importante è quella del consumo che si divide in due fasi acquisizione delle risorse (imposizione tributaria, trasferimenti da altri enti, prestiti ed obbligazioni, applicazioni di tariffe, eventuali utili) e l'impiego di esse per

soddisfare i bisogni attraverso l'emanazione di atti normativi ed amministrativi, l'erogazione di beni e servizi pubblici (soprattutto beni puri quelli cioè che non hanno rivalità nel consumo poichè l'utilizzo di uno non pregiudica nessun altro e la non escludibilità di convenienza o di possibilità di alcuno), l'erogazione di beni di pubblico interesse (che contrariamente ai puri possono avere mercato ma che scelte precise portano

Ad essere di fatto erogati da aziende pubbliche) ed attraverso i cd trasferimenti (erogazione di risorse finanziarie a favore di imprese e famiglie) correnti (sussidi, borse di studio, contributi ecc erogati per soddisfare in modo diretto bisogni di particolari classi di soggetti) o trasferimenti capitali (sussidi alle imprese ecc per finanziare l'acquisizione di beni capitali) che siano.

Il dato più rilevante della azienda composta pubblica è il carattere marginale dei meccanismi tipici di mercato.

Infatti mentre normalmente l'incontro tra la domanda e l'offerta rende possibile la formazione di un prezzo che premia le imprese più efficienti e permette ai consumatori la scelta fra i prodotti, l'azienda pubblica non è incentivata a migliorare la qualità dei servizi erogati o l'efficienza dei processi produttivi, poichè l'aumento della domanda non comporterebbe alcun aumento dei profitti. Non solo, la domanda non può adeguarsi in modo ottimale alla quantità offerta dei servizi cosicché in presenza di prezzi inferiori a quelli di equilibrio la domanda risulta superiore all'offerta, ed inoltre l'azienda non può valutare in modo significativo i costi ed i ricavi non ricevendone così rilevanti informazioni sull'efficienza ed economicità dei propri processi produttivi.

Tutto ciò rende difficile quindi determinare le condizioni di equilibrio, minimo (con uguaglianza cioè di costi-ricavi) o propriamente detto (con utilità superiore a quella consumata) che siano.

L'azienda deve tendere a quest'ultimo che scaturisce dalla combinazione fra efficienza ed efficacia. Diverso è l'equilibrio finanziario imposto dal legislatore col quale non bisogna confondersi.

L'insieme delle informazioni relative alla gestione ed il sistema informativo sottolinea come l'informazione è una risorsa scarsa e costosa, come il sistema informativo stesso ha una funzione essenziale di supporto alle decisioni sia nella pianificazione che nella gestione che nel controllo e come per le aziende pubbliche il sistema informativo ha un'importanza maggiore perchè la mancanza del mercato richiede elaborazioni aggiuntive e sostitutive e perchè l'azienda ha il dovere di rendere partecipi i cittadini del proprio operato.

Tra le informazioni sostitutive del mercato un ruolo determinante spetta agli indicatori

(quozienti fra valori e quantità ricavabili dal sistema informativo dai documenti contabili) Mentre la contabilità finanziaria rileva i fatti di gestione con effetti solo finanziari (non percepisce ammortamenti, rimanenze ecc a meno che questi non generino contestualmente **movimenti di cassa**) ne consente un sicuro collegamento della gestione con i conti del patrimonio, con la contabilità economica è possibile valutare costi ricavi ma anche di comprendere efficacia ed efficienza e di pianificare di conseguenza future strategie migliorative.

La normativa statale obbliga quella regionale a prevedere:

- 1) La tenuta del libro delle deliberazioni del DG
- 2) L'adozione del bilancio economico preventivo e pluriennale di previsione
- 3) La destinazione dell'eventuale avanzo e le modalità di copertura degli eventuali disavanzi
- 4) La tenuta di una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati
- 5) L'obbligo di rendere pubblici con cadenza annuale i risultati delle proprie analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati per centri di costo e responsabilità
- 6) Il piano di valorizzazione del patrimonio immobiliare anche attraverso eventuali dismissioni e conferimenti

Il patrimonio delle Ausl è costituito dai (a) beni mobili ed immobili di proprietà (b) beni acquisiti nell'esercizio della attività (c) beni acquisiti in seguito ad atti di liberalità (d) beni immobili e mobili da trasferire o trasferiti dallo stato o da altri enti pubblici mediante leggi od atti amministrativi.

4.3 Gli strumenti della programmazione

Gli strumenti di programmazione sono:

(A) IL PIANO PROGRAMMATICO (strategico): Il piano programmatico definisce le linee strategiche dell'Azienda ed è adottato dal Direttore generale in conformità al Piano sanitario regionale, sentita la **Conferenza socio sanitaria territoriale**; esso specifica gli obiettivi dell'Azienda, gli indirizzi di gestione della

stessa, articolati in programmi ed in progetti. Al suo interno sono in particolare evidenziati:

- a) le risorse finanziarie ed economiche per la realizzazione degli obiettivi di piano;
- b) il programma pluriennale degli investimenti;
- c) gli indicatori di economicità aziendale e di qualità;
- d) la riorganizzazione e la ristrutturazione dei servizi;
- e) le prestazioni aggiuntive rispetto ai livelli uniformi di assistenza da assicurare;
- f) le prestazioni e la riorganizzazione dei Servizi a livello di singoli distretti tali da assicurare una assistenza uniforme a livello di Unità sanitaria locale.

Il piano programmatico ha la stessa durata del Piano sanitario regionale ed è aggiornato annualmente, in correlazione anche alla verifica dello stato di conseguimento degli obiettivi di programma.

(B) IL BILANCIO PLURIENNALE DI PREVISIONE Il bilancio pluriennale di previsione esprime in termini economico-finanziari e patrimoniali le scelte operate nel piano programmatico (del quale ha la stessa durata ed in conformità del quale è redatto) dell'Azienda, evidenziando in particolare gli investimenti e la loro copertura finanziaria.

Il contenuto del bilancio pluriennale di previsione è articolato per esercizio con separata indicazione dei Servizi socio-assistenziali. È basato sui valori del primo esercizio evidenziando, per gli esercizi successivi, le variazioni connesse agli investimenti previsti nel piano programmatico, nonché le variazioni dei valori conseguenti al fenomeno inflattivo. Esso deve essere aggiornato annualmente con riferimento al piano programmatico. Si compone del preventivo economico che riporta costi ed oneri, ricavi e proventi

previsti per ciascun anno di riferimento, e dal prospetto fonti ed impieghi che

mostra la previsione dei flussi in entrata ed in uscita, sempre suddivisi per anno di riferimento

(C) IL BILANCIO ECONOMICO PREVENTIVO: esprime analiticamente il risultato economico dell'Azienda previsto per il successivo anno solare. È redatto conformemente al bilancio pluriennale di previsione, ed è corredato da una relazione illustrativa del Direttore generale (che ne costituisce parte integrante), che deve in particolare prevedere:

- a) gli investimenti da attuarsi nell'esercizio con l'indicazione della spesa prevista nell'anno e le modalità del finanziamento;
- b) le prestazioni che si intendono erogare in rapporto con quelle erogate nel triennio precedente;
- c) i valori più significativi dell'ultimo bilancio di esercizio adottato;
- d) i dati analitici relativi al personale con le variazioni previste nell'anno;
- e) i flussi di cassa previsti;
- f) le articolazioni del budget con i corrispondenti obiettivi e le risorse.

Se nel corso dell'esercizio di riferimento del bilancio economico preventivo si verificano situazioni tali da giustificare scostamenti rilevanti rispetto alle previsioni originarie, il Direttore generale deve deliberare senza indugio le conseguenti rettifiche e trasmetterle alla Regione per i necessari controlli, della giunta stessa.

(D) IL BILANCIO D'ESERCIZIO: introdotto dalla LR 29/04 come strumento di programmazione, che deve essere redatto (seguendo il codice civile) con chiarezza i dati in esso iscritti

devono rappresentare in modo corretto e veritiero la situazione patrimoniale e finanziaria dell'impresa, il risultato economico, la situazione patrimoniale e finanziaria nel periodo di riferimento, con separata indicazione dei Servizi socio-assistenziali.

Il bilancio di esercizio è articolato in: 1) stato patrimoniale; 2) conto economico generale; 3) nota integrativa (deve indicare, oltre ai contenuti previsti dalle disposizioni di cui all'articolo 2427 del codice civile : a) la ripartizione dei valori economici distinti per l'area dei servizi sanitari, socio assistenziali e dell'integrazione socio sanitaria; b) i dati analitici relativi al personale con le variazioni avvenute durante l'anno;c) i dati analitici riferiti a consulenze e a servizi affidati all'esterno della Azienda; d) il rendiconto di liquidità) 4) Prospetto 5) fonte impieghi

Il bilancio di esercizio è corredato da una relazione del Direttore generale sull'andamento della gestione, con particolare riferimento a:

- a) scostamento dei risultati rispetto al bilancio economico preventivo;
- b) andamento delle principali tipologie di proventi e ricavi e di oneri e costi;
- c) analisi dei costi, con riferimento all'articolazione aziendale in Distretti e al Presidio ospedaliero;
- d) gestione dei servizi socio-assistenziali e del Fondo per la non autosufficienza;
- e) andamento della gestione e risultati delle società partecipate;
- f) stato di realizzazione del Piano degli investimenti ed attivazione di nuove tecnologie.

Il risultato economico positivo dell'esercizio è destinato alla copertura di eventuali perdite di esercizio portate a nuove, agli

investimenti e all'incentivazione del personale. Quanto non utilizzato del risultato di esercizio deve essere accantonato in apposito fondo di riserva. La destinazione del risultato positivo della gestione socio-assistenziale sarà concordata con gli enti delegati o finalizzata agli interventi socio-assistenziali per l'esercizio successivo.

Nel caso di perdita di esercizio la relazione sulla gestione illustra le cause che l'hanno determinata ed indica le modalità di copertura della stessa per il riequilibrio della situazione aziendale. Sui termini di copertura riportati nella relazione deve esprimersi il *Collegio sindacale*.

In presenza di fatti con diretta incidenza sul bilancio economico preventivo dell'esercizio di riferimento, la relazione del Direttore generale ne fa esplicita menzione.

Il bilancio di esercizio, corredato dalla relazione del *Collegio sindacale* è adottato dal Direttore generale entro il 30 aprile successivo alla chiusura dell'esercizio e trasmesso congiuntamente alla relazione del DG al controllo della Giunta regionale.

Ad intervenuta esecutività, una sintesi del bilancio di esercizio è pubblicata sul Bollettino ufficiale della Regione ed affissa in tutti gli Albi pretori dei Comuni compresi nell'ambito territoriale di riferimento.

Al fine di rafforzare le funzioni di verifica e valutazione dei risultati di gestione delle singole Aziende, il bilancio di esercizio delle Aziende sanitarie regionali deve essere certificato.

L'attivazione del sistema di certificazione dei bilanci è definita dalla Giunta regionale con apposito atto nel quale sono individuate modalità, tempi e risorse necessarie.

Le scritture contabili sono impostate alla corretta rilevazione dei costi e degli oneri, dei ricavi e dei proventi dell'esercizio e delle variazioni negli elementi attivi e passivi patrimoniali, raggruppati secondo il modello di conto economico e di stato patrimoniale previsti dalle disposizioni normative statali e regionali. Le scritture contabili sono altresì preordinate alla rilevazione dei flussi di cassa, anche ai fini della redazione dei periodici prospetti di cui all'art. 30 della L. 5 agosto 1978, n. 468.

Ogni Azienda deve tenere: a) libro giornale; b) libro degli inventari; c) libro delle deliberazioni del Direttore generale; d) libro delle adunanze e delle deliberazioni del *Collegio sindacale*.

Relativamente ai criteri, alle modalità di tenuta e conservazione dei libri e delle scritture contabili, si applicano le norme degli articoli nn. 2214 e seguenti del codice civile.

Le Aziende adottano un piano generale dei conti, in conformità allo schema obbligatorio, approvato dalla Regione, con l'obiettivo primario di permettere una valutazione integrata, omogenea e comparata della struttura del conto economico e dello stato patrimoniale.

L'Azienda adotta la **contabilità analitica** per l'analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati.

Nella contabilità analitica sono evidenziati i valori relativi, ai ricavi ed ai proventi, ai costi ed agli oneri dell'esercizio, con principale riferimento: a) ai servizi ed alle aree di attività dell'Azienda; b) al sistema organizzativo interno, articolato per centro di costo e per centro di responsabilità; c) alle risorse, secondo la classificazione prevista dalle direttive regionali in materia.

I costi e gli oneri, i ricavi e i proventi comuni a più servizi o aree di attività sono ripartiti in base a parametri univoci, predisposti dal Direttore generale.

la **contabilità analitica**: (1) consente la misurazione e l'analisi comparative dei costi dei rendimenti e dei risultati della gestione aziendale (capire perché si è ottenuto quel risultato rispetto ad un altro, in rapporto ad una U.O. anziché un dipartimento ecc) (2) favorisce la conoscenza della struttura dei costi (utilizzando dei criteri in percentuale come ad es n posti letto, n dipendenti ecc) (3) è alimentata da flussi di costi e ricavi allocati e/o imputati in base al piano dei centri di costo (aggregazione al centro di responsabilità, inteso come u.o.) e responsabilità (colui che risponde del budget e degli obiettivi)

4.4 Il Sistema Budgetario

La programmazione annuale delle Aziende è esplicitata nel budget generale.

Il documento di budget costituisce il piano di attività per la complessiva gestione dell'Azienda ed è presentato come allegato al bilancio economico di previsione.

Il budget contiene le previsioni di risorse e di attività per l'esercizio di riferimento. In corso d'anno tali previsioni sono almeno trimestralmente verificate con valutazioni comparative sui costi, sui risultati e sugli obiettivi, finalizzate alla corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate.

Il Direttore generale predispose le linee guida per raccordare il budget con la programmazione regionale ed aziendale. la Giunta regionale, con atti di indirizzo e coordinamento, fornisce

indicazioni sulla configurazione e sulla articolazione tecnico - contabile del budget generale di Azienda. Tali atti definiscono altresì: a) i contenuti ed i metodi di rilevazione delle informazioni ritenute indispensabili per sviluppare un corretto sistema di programmazione e controllo di gestione, a **garanzia di un previsto livello di omogeneità sul territorio regionale**; b) **gli indicatori di attività finalizzati a consentire valutazione di efficacia, qualità, efficienza ed economicità** dei servizi sanitari regionali. Il Direttore generale è responsabile del budget generale dell'Azienda (che è un'attività di previsione che, riferendosi ai risultati attesi da ogni unità organizzativa, collega le attività alle risorse umane, tecnologiche, finanziarie). Elemento fondamentale del budget è quindi la correlazione tra risorse e risultati. Il budget generale è costituito dal budget economico e dal budget patrimoniale. Il budget economico rappresenta il budget della produzione e del valore della produzione. Il budget patrimoniale si suddivide nel budget finanziario e nel budget degli investimenti.

Questo strumento dispone una base conoscitiva sistematica e necessita di una rilevazione contabile capace di fornire i necessari dati storico-contabili.

La scheda di budget è lo strumento tecnico utilizzato per la gestione, compilato dai responsabili di budget per esplicitare alla direzione le proposte in termini di obiettivi e risorse; una volta concordato, essa diventa, con le opportune correlazioni il documento finale che esplicita a tutti gli attori i singoli budget.

I dirigenti preposti ai presidi ospedalieri ed ai distretti delle Aziende Unità sanitarie locali rispondono al Direttore generale degli obiettivi e delle risorse assegnate. Entro il relativo tetto di risorse si esplica l'autonomia gestionale ed organizzativa di ciascun

dirigente di struttura. A tale autonomia corrisponde responsabilizzazione sul raggiungimento degli obiettivi di budget e sull'utilizzo delle risorse.

In fase di assegnazione delle risorse sono individuati i responsabili delle stesse, che garantiscono la coerente distribuzione dei fattori produttivi ed il corretto impiego delle risorse per il raggiungimento degli obiettivi di budget.

4.4.1 Il Processo di Budgeting

Il Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, sulla base delle indicazioni della programmazione regionale e locale, supportato dal Collegio di Direzione, definisce gli obiettivi generali dell'Azienda per l'anno di riferimento, da cui ne consegue la stesura di un piano delle azioni. Sulla base di tali indicazioni, i Direttori dei Dipartimenti, in collaborazione con i Direttori delle unità operative e con il supporto delle Direzioni tecniche aziendali e degli altri Servizi centrali, definiscono programmi e progetti operativi e formulano una proposta di budget.

La Direzione Aziendale negozia con ogni Direttore di Dipartimento gli obiettivi specifici del Dipartimento e le risorse conseguenti. In corso d'anno le previsioni di risorse e di attività vengono almeno trimestralmente verificate con valutazioni comparative sui costi, sui risultati e sugli obiettivi, ai fini della corretta ed economica gestione delle risorse.

Il Controllo di Gestione confronta in modo sistematico gli obiettivi definiti con i risultati prodotti, verificando l'efficienza della

gestione nonché l'efficacia organizzativa cioè la capacità delle articolazioni aziendali di raggiungere gli obiettivi assegnati. Per tale finalità sono utilizzati gli strumenti della contabilità analitica e del budget.

4.5 Il controllo di gestione interno alle Aziende

Ai sensi del dlgs 286/99 sono individuati quattro diversi sistemi di controllo **(1) controllo di regolarità amministrativa e contabile, volto a garantire la legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa (collegio sindacale)** **(2) controllo strategico**, volto a valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione di piani, programmi ed altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico in termini di congruenza tra risultati conseguiti ed obiettivi predefiniti ed è svolta da strutture che rispondono direttamente agli organi di indirizzo politico amministrativo **(3) valutazione dei dirigenti** diretta a valutare le prestazioni del personale dirigenziale. Controllo svolto, da strutture e soggetti distinti che rispondono ai dirigenti posti al vertice dell'unità organizzativa interessata (collegio tecnico nominato dal dg e presieduto dal direttore di dipartimento) **(4) controllo di gestione volto a verificare l'efficacia, l'efficienza ed economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare il rapporto costi risultati**, istituito all'interno dell'Azienda, per la verifica, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, della corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate, dell'imparzialità e del buon funzionamento dell'azione amministrativa, nonché della qualità dei servizi.

Il Servizio opera stabilmente per la gestione del sistema di programmazione e controllo e dipende in via diretta ed esclusiva dal Direttore generale. Per motivate esigenze le aziende possono avvalersi di consulenti esterni, ad integrazione dell'attività del servizio, esperti in tecniche di valutazione e nel controllo di gestione.

Presso ciascun presidio ospedaliero e presso ogni distretto all'interno dell'Azienda Unità sanitaria locale, potrà essere individuato un referente incaricato di sviluppare, in modo coordinato con il dirigente del Servizio, le analisi ritenute necessarie per il controllo della complessiva gestione, relativamente al presidio o distretto di riferimento. Il controllo segue 4 fasi:

(1) **PIANIFICAZIONE:** individuazione degli obiettivi verso i quali indirizzare la propria azione organizzativa. Per ogni U.O. viene definito un **insieme coerente di obiettivi** da raggiungere e un **piano** per raggiungerli, tenuto conto dei vincoli interni ed esterni all'organizzazione stessa. Gli **obiettivi** sono risultati specifici attesi e devono essere chiari, misurabili (ampiezza e tempi) raggiungibili, coerenti tra loro e nel contesto esterno. Per fare ciò occorre definire gli indicatori.

2) **VERIFICA DEI RISULTATI:** cioè si misura per ciascuna U.O. se ha conseguito o meno gli obiettivi assegnati.

(3) **ANALISI DEGLI SCOSTAMENTI:** cioè analisi delle cause che hanno eventualmente portato ad un gap negativo

(4) **ATTUAZIONE DEI CORRETTIVI:** ricerca delle azioni correttive necessarie per poter cmq raggiungere l'obiettivo inizialmente posto o la eventuale revisione dell'obiettivo, cioè allineare i comportamenti delle unità rispetto agli obiettivi.

4.5.1 Altri strumenti di controllo della gestione

A) **RENDIMENTO**: è espressione di un rapporto tra il risultato di un processo produttivo e la particolare condizione di svolgimento dello stesso

B) **INDICATORI DI EFFICACIA ED EFFICIENZA GESTIONALE**: sono rapporti che correlano rispettivamente gli obiettivi ai risultati (indicatori di efficacia) e le risorse dei nuclei di attività ai risultati erogati dall'azienda sanitaria (indicatori di efficienza). Gli indicatori di efficacia assumono la configurazione di rapporti fra risultati ottenuti e obiettivi precedentemente conseguiti.

C) **STANDARD**: è un parametro di riferimento per i processi di valutazione controllo e confronto (standard di prestazioni, di risorse espresse in termini fisici, di finanziamento ecc)

D) DIAGNOSIS RELATED GROUPS (DRG): è un metodo di rilevazione delle degenze ospedaliere col quale vengono aggregate le diverse patologie in gruppi che richiedono un impegno omogeneo di risorse (gruppi isorisorse) in base ai quali diventa possibile confrontare l'attività dei reparti ospedalieri per mezzo dei tradizionali indicatori di attività (degenza media, occupazione media dei posti letto ecc), standardizzati per la complessità dei casi trattati eliminando così l'effetto dovuto alle diverse necessità assistenziali dei pazienti in cura mentre la variabile residua è interamente imputabile ai livelli di efficienza e dalle politiche cliniche di trattamento dei casi.

CAPITOLO QUINTO
STATO GIURIDICO DEL PERSONALE

5.1 Stato Giuridico del Personale

Il comparto sanità comprende il personale delle AUSL, Az.Osp., ASP (IPAB), RSA, IRCCS, IZS, Ordine mauriziano di Torino e Ospedale Galliera di Genova.

La contrattazione collettiva (vedi capitolo 2) si svolge si articola in due livelli: (1) ccn di comparto e (2) contratti integrativi.

Il personale che opera nel SSn è stato suddiviso in tre settori, in relazione ai quali sono stati sottoscritti tre distinti cc: **(1) dipendenti del comparto sanità esclusi i dirigenti cd. Personale dei livelli (2) area della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa (3) area della dirigenza⁸ medica e veterinaria.**

IL DPR 761/79 dispone che il personale è inquadrato in ruoli nominativi regionali istituiti e gestiti dalle Regioni, così' distinti: (1) ruolo sanitario (i dipendenti iscritti ai rispettivi ordini professionali, ove esistano, che esplicano in modo diretto attività inerenti alla tutela della salute); (2) ruolo professionale (i non compresi nel ruolo sanitario che nell'esercizio della loro attività assumono responsabilità di natura professionale e che per svolgere l'attività stessa devono essere iscritti in albi professionali); (3) ruolo tecnico (coloro che esplicano funzioni inerenti ai servizi tecnici di vigilanza e di controllo, generali o di assistenza sociale); (4) ruolo amministrativo (coloro che svolgono funzioni inerenti ai servizi organizzativi, patrimoniali e contabili). Il CCNL 07/04/99

⁸ i medici e i veterinari, nonché i chimici, i biologi e gli psicologi dipendenti dalle ASL, sono considerati dirigenti, per la loro elevata ed autonoma professionalità, anche a prescindere dal concreto esercizio di funzioni dirigenziali e, quando questi le esercitano effettivamente sono chiamati Direttori (i responsabili di struttura complessa) e Responsabili (i responsabili di struttura semplice).

ha disapplicato le posizioni funzionali previste dal DPR 761/79 sostituendole con un sistema articolato in 4 categorie, A,B,C,D.

- A) Appartengono a questa categoria i lavoratori che ricoprono posizioni di lavoro che richiedono **capacità manuali generiche** per lo svolgimento di attività semplici ed autonomia esecutiva e **responsabilità, nell'ambito di istruzioni fornite** (ausiliario specializzato e commesso)
- B) Fanno parte di questa categoria i lavoratori che ricoprono posizioni di lavoro che richiedono **conoscenze teoriche di base** relative allo svolgimento dei compiti assegnati, **capacità manuali e tecniche specifiche** riferite alle proprie qualificazioni e specializzazioni professionali, nonché autonomia e **responsabilità nell'ambito di prescrizioni di massima** (operatore tecnico, coadiutore amministrativo (anche esperto), OSS (ex operatore tecnico addetto all'assistenza), operatore tecnico specializzato, puericultrice, operatore professionale di seconda categoria) **BS**: lavoratori con posizioni di coordinamento di altri lavoratori e assunzioni di responsabilità del loro operato o particolare specializzazione.
- C) Vi appartengono i lavoratori che ricoprono posizioni di lavoro che richiedono **conoscenze teoriche specialistiche di base, capacità tecniche elevate** per l'espletamento delle attribuzioni, autonomia e **responsabilità secondo metodologie definite** e precisi ambiti di intervento operativo proprio del profilo eventuale coordinamento e controllo di altri operatori con assunzione di responsabilità dei risultati conseguiti (**sanitario**: puericultrice esperta, infermiere generico o psichiatrico con un anno di corso esperto,

massaggiatore o massofisioterapista esperto; **tecnico:** assistente tecnico, programmatore, operatore tecnico specializzato esperto; **amministrativo:** assistente amministrativo)

D) Sono coloro che ricoprono posizioni di lavoro che richiedono oltre a **conoscenze teoriche specialistiche e/o gestionali** in relazione ai titoli di studio e professionali conseguiti, **autonomia e responsabilità proprie, capacità organizzative, di coordinamento e gestionali caratterizzate da discrezionalità operativa nell'ambito di strutture operative semplici** previste dal modello organizzativo aziendale quali tutti i collaboratori, esperti e non (prof.le sanitario nei profili e discipline corrispondenti al C, assistente sociale, tecnico-prof.le, amministrativo prof.le) e l'assistente religioso. **DS:** lavoratori con autonomia e responsabilità dei risultati conseguiti, ampia discrezionalità operativa, funzioni direzione coordinamento controllo risorse umane, iniziative di programmazione e proposta.

5.2 Il Personale Convenzionato

Il SSN si avvale anche di personale convenzionato, non vincolato cioè da rapporto di subordinazione quali gli ambulatoriali (biologi, chimici, medici specialisti, psicologi), i medici (addetti al servizio di guardia medica, addetti all'attività di medicina dei servizi, di medicina generale, specialisti pediatri di libera scelta) e i farmacisti. La loro attività è disciplinata da convenzioni conformi agli accordi del CCNL che hanno durata quadriennale per la parte normativa e biennale per la economica e devono tenere conto dei

seguenti principi: (a) **libera scelta del medico** (entro un limite massimo per ciascun medico) che ha validità annuale e tacitamente rinnovata salva la possibilità di revoca, o ricusazione per eccezionali ed accertati motivi di incompatibilità; (b) **regolamentazione della LP ad opera della convenzione** (non pregiudicare il corretto e puntuale esercizio dell'attività in convenzione e comunicare all'AUSL l'avvio della lp indicandone sede, ed orario di svolgimento per consentire opportuni controlli); (c) **preferenza nell'accesso alle attività incentivate** previste dagli accordi integrativi in favore dei medici che non esercitano LP (d) **cessazione del rapporto convenzionale con il SSN** nel caso in cui la LP sia esercitata al di fuori delle modalità e dei limiti previsti e nel caso di pagamento non dovuto (anche parziale) da parte dell'assistito; (e) **garanzia di continuità nell'assistenza** il servizio deve essere assicurato per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, attraverso il coordinamento operativo e l'integrazione professionale fra l'attività dei MMG, dei pediatri di libera scelta, della GM e della medicina dei servizi, nonché mediante lo sviluppo di forme di associazionismo professionale e l'organizzazione distrettuale del servizio; (f) **ridefinizione della struttura del compenso spettante al medico** che si articola in 3 voci (quota fissa individuata in base al numero assistiti e corrisposta annualmente, quota variabile in considerazione del raggiungimento di obiettivi e quota variabile legata ai compensi per le prestazioni e le attività funzionali allo sviluppo dei programmi di attività concordati dalle AUSL col Distretto (g) **prevenzione dei conflitti di interesse** regolando la partecipazione dei medici convenzionati a società anche cooperative, quando possa interferire con le funzioni delle

convenzione e sospensione della convenzione qualora le AUSL attribuiscono ad essi l'incarico di direttore di Distretto o altri incarichi temporanei ritenuti inconciliabili (h) **disciplina dell'accesso alle funzioni di MMG** secondo i parametri definiti nell'ambito degli accordi regionali. L'accesso è consentito ai medici forniti dell'attestato o del diploma di cui all'art. 21 Dlgs 368/99 (attuazione direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi) che attestino la avvenuta partecipazione ad un corso biennale di formazione specifica in medicina generale (i) **previsione delle modalità attraverso le quali le AUSL individuano gli obiettivi, i programmi di attività, i livelli di spesa** programmati dai medici singoli o associati in coerenza con obiettivi e programmi del distretto. Per la contrattazione (ACN) è ora previsto la Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati (**SISAC**) costituita da rappresentanti regionali e dei ministeri economia e salute e si articola su 3 livelli nazionale, regionale, aziendale.

5.3 I Dirigenti Sanitari

Il dirigente sanitario di prima assunzione svolge funzioni di collaborazione e corresponsabilità nella gestione dei programmi di attività assegnatigli dal dirigente responsabile di struttura con autonomia tecnico-professionale. L'incarico è attribuito dal DG compatibilmente con le risorse finanziarie e nei limiti del numero degli incarichi disponibili, con durata non inferiore a tre anni e non superiore a sette, con facoltà di rinnovo.

Sono definiti contrattualmente (dlgs 502/92 modificato dal dlgs 254/00) per ciascun incarico: l'oggetto, gli obiettivi da conseguire, la durata (salvo i casi di revoca), il corrispondente trattamento economico.

Il dirigente è responsabile del risultato programmato anche se per raggiungerlo è necessario un impegno orario superiore a quello contrattualmente definito ed è sottoposto a verifica triennale con riferimento alle attività professionali svolte, ai risultati raggiunti ed alla partecipazione con esito positivo ai programmi di formazione continua. L'esito positivo delle verifiche è condizione per la conferma nell'incarico o il conferimento di altro incarico (a quelli con le maggiori capacità professionali e che si impegnano nella realizzazione degli obiettivi, se sono arrivati a 5 anni di attività possono essere attribuite funzioni professionali, anche di alta specializzazione, di ricerca, di verifica e di controllo, nonché direzione di strutture semplici. L'accesso agli incarichi dirigenziali di natura professionale avviene per concorso per titoli ed esami secondo le disposizioni del DPR 483/97 (laurea, specializzazione, iscrizione all'albo sono requisiti specifici di ammissione).

I dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa (Direttori) esercitano oltre alle funzioni inerenti alle loro specifiche competenze professionali, anche le funzioni di direzione ed organizzazione della struttura. L'attribuzione è effettuata dal DG previo avviso da pubblicare nella GU, avvalendosi da una rosa di candidati selezionati da un'apposita commissione, nominata dal DG e presieduta dal direttore del dipartimento. L'incarico dura da 5 a 7 anni con facoltà di rinnovo (l'accesso agli incarichi è regolato dal DPR 484/97, art. 15ter c2 dlgs 229/99 e art 28 c1 dlgs29/93) Il dirigente è responsabile dell'efficace ed efficiente gestione delle

risorse attribuite ed è sottoposto a verifica annuale ad opera del nucleo di valutazione, nonché a verifica finale al termine dell'incarico ad opera di un collegio tecnico nominato dal dg e presieduto dal direttore di dipartimento.

Il DPR 484/97 richiede i seguenti requisiti: iscrizione all'albo, anzianità di servizio di 7 anni di cui 5 nella disciplina o 10 senza specialità, il curriculum in cui sia documentata l'attività professionale e un'adeguata esperienza, l'attestato di formazione manageriale che deve essere conseguito entro un anno ed il cui mancato superamento del primo corso attivato dalla Regione successivamente al conferimento dell'incarico determina la decadenza.

Gli incarichi sono revocati: (a) inosservanza delle direttive impartite dalla direzione generale o dipartimentale (b) mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati (c) responsabilità grave e reiterata (d) ipotesi previste dai contratti

Nei casi di maggiore gravità il Dg può recedere secondo le disposizione del cc e dei CCNL.

Il dirigente non confermato è destinato ad altra funzione con il trattamento economico relativo alla funzione di destinazione e contestualmente viene reso indisponibile un posto in organico del relativo profilo.

5.4 La Formazione Professionale

La necessità di assicurare agli utenti prestazioni di standard qualitativo elevato, che si avvalgano delle più aggiornate tecniche cliniche ha reso necessario un meccanismo di **formazione continua** articolato in (1) aggiornamento professionale (attività

successiva ai corsi di laurea e specializzazione diretta ad adeguare per tutta la vita le conoscenze professionali) e (2) formazione permanente. La programmazione delle attività di formazione è assegnata alla commissione nazionale per la formazione continua (nominata con DM 5/7/00 e rinnovata ogni 5 anni, presieduta dal Ministro della salute). Il sistema previsto dalla 229/99 rende indispensabile la partecipazione dei medici ai programmi di formazione affinché possano svolgere attività professionale, inoltre i CCNL individuano delle penalizzazioni anche di natura economica per i medici che nel triennio non abbiano conseguito il minimo dei crediti, infine il personale sanitario deve partecipare alla formazione perchè la struttura possa ottenere o mantenere l'accreditamento da parte del SSN.

Oltre alla **formazione continua**, esiste la **formazione manageriale** che è specificamente richiesta per lo svolgimento degli incarichi di direzione sanitaria aziendale e per la direzione di strutture complesse. I corsi sono organizzati dalle Regioni e dalle Province autonome previo accordo col Ministero della salute e sono gestiti a livello regionale ed interregionale anche mediante soggetti pubblici e privati accreditati dalla commissione nazionale. I corsi per direttori sanitari e dirigenti responsabili di struttura complessa dell'area di sanità pubblica vengono attivati a livello nazionale dall'Istituto superiore di sanità

Gli oneri connessi al corso sono a carico del personale interessato.

5.5 L'attività libero professionale e le sue incompatibilità

L'art. 4 c7 della L. 412/91 dispone che con il SSN può intercorrere un unico rapporto di lavoro che è quindi incompatibile con ogni

altro tipo di lavoro dipendente o con altri rapporti anche di natura convenzionale nonché con l'esercizio di attività o la titolarità o compartecipazione in imprese che possono configurare conflitto di interessi con lo stesso.

Ogni ausl predispone un piano aziendale concernente i volumi di attività istituzionale e di Lp adeguatamente pubblicizzate.

La lp intramuraria (per le quali sono previsti incentivi come trattamento economico aggiuntivo, regime fiscale assimilato al rapporto dipendente e titolo preferenziale per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura) può esercitarsi nelle seguenti forme: (a) attività specialistica ambulatoriale svolta individualmente per pazienti non ricoverati; (b) in regime di ricovero ordinario per specialità mediche; (c) in regime di ricovero ordinario per specialità chirurgiche con individuazione dell'equipe. La lp si svolge fuori orario di lavoro e a pagamento: (A) nell'ambito aziendale (B) partecipazione a proventi di equipe in ambito aziendale (C) partecipazione a proventi di attività richiesta da singoli e svolta individualmente o in equipe in altra struttura previa convenzione dell'azienda ; (D) partecipazione a proventi di attività richieste da terzi all'azienda e consentano la riduzione dei tempi di attesa (E) attività richieste a domicilio dall'assistito di carattere occasionale o straordinario in base a regolamentazione aziendale.

Ogni anno entro il 30/11 (valevole dal 01/01 dell'anno successivo) i medici possono optare per il lavoro esclusivo o meno.

5.6 Le Professioni Sanitarie e la Dotazione Organica

La L 251/00 ha introdotto 4 categorie e la necessità per tutti della cd laurea breve:

- 1) Professioni sanitarie infermieristiche e sanitarie ostetriche (infermieri, infermieri pediatrici, ostetriche, tecnici della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, dietisti, igienisti dentali, podologi)
- 2) Professioni sanitarie tecniche (tecnici di laboratorio biomedico, tecnici di radiologia, tecnici di audiometria, tecnici di neurofisiopatologia)
- 3) Professioni sanitarie della riabilitazione (fisioterapisti, logopedisti, audioprotesisti, ortottisti e assistenti di oftalmologia, terapeuti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, ortopedici)
- 4) Professione sanitaria della prevenzione (tecnici dell'educazione e della riabilitazione psichiatrica e psicosociale, terapeuti occupazionali, assistenti sanitari, tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, educatori professionali, assistenti di comunità).

La pianta organica era uno schema rigido dell'organigramma approvato con complesse procedure, contenente la quantità dei posti di ruolo, inquadramento e precisa collocazione. Con la dotazione i dipendenti sono fattore di produzione, quindi si passa a semplice elenco personale modificabile ogni volta che cambiano le strategie (revisionabili a cadenza almeno triennale).

5.7 Le Responsabilità

L'impiegato pubblico ha 4 tipi di responsabilità:

1) Civile è la violazione durante l'esercizio delle proprie funzioni di una norma giuridica di carattere civile che causi un danno alla amministrazione a terzi facendo nascere la responsabilità civile, cioè l'obbligo del risarcimento del danno. Il danno deve essere ingiusto e commesso per dolo o colpa grave⁹.

2) Contabile è la responsabilità di quei soggetti che a vario titolo hanno avuto in consegna delle cose mobili e non le hanno restituite. Rientra in questo caso anche la responsabilità formale che può sorgere in alcuni casi specifici come ordinare spese non autorizzate in bilancio, assumere personale in divieto di legge, trascurare la riscossione di entrate regolarmente accertate.

3) Amministrativa è una particolare forma di responsabilità civile del pubblico dipendente verso il proprio datore per il danno da esso arrecato a causa di violazione dei propri doveri d'ufficio civilmente rilevanti. Il danno deve avere contenuto patrimoniale e la violazione compiuta con dolo o colpa grave. L'accertamento è di competenza della corte dei conti

4) La responsabilità penale¹⁰, in generale, sorge a seguito del compimento da parte di un soggetto, nel nostro caso, dipendente

⁹ Da notare che, compito della legge civile è quello di riparare (e risarcire il danno ingiusto prodotto) mentre peculiarità di quella penale è di essere sanzionatorio (cioè di essere una punizione).

¹⁰ Sulla responsabilità penale necessitano però alcune precisazioni:

1) la responsabilità è personale, non esiste quindi, come nel civile responsabilità per il fatto da altrui commesso

2) mentre la responsabilità civile può essere imputata anche ad una persona giuridica, quella penale è personale

pubblico, capace di intendere e di volere, il quale commette un fatto, doloso colposo o preterintenzionale, sia attraverso un comportamento commissivo che attraverso un comportamento omissivo.

È doloso quel fatto in cui vi è la volontà di compiere quel determinato fatto, mentre è colposo quando non si vuole commettere il fatto avveratosi, che accade però per negligenza¹¹, imprudenza¹², imperizia¹³ (colpa generica) o per inosservanza di leggi, regolamenti, disciplina, ordini ecc (colpa specifica) mentre è preterintenzionale il particolare caso di dolo misto a colpo, previsto nel nostro ordinamento solo nel caso di omicidio ed aborto.

Ma perché vi sia reato vi devono essere altri “requisiti” ed in particolare:

- 1) non vi devono essere cause di esclusione della colpevolezza¹⁴
- 2) vi deve essere il nesso di causalità, cioè il rapporto fra la causa e l’effetto.

Parlando dei reati strettamente connessi al pubblico impiego e che quindi il soggetto, dipendente pubblico¹⁵ può commettere nei confronti dell’ente datore di lavoro e può comportare sanzioni di

3) mentre la responsabilità civile può essere imputata oggettivamente e sussistere semplicemente per il rischio accollato dall’agente (cioè possono esservi dei casi in cui il soggetto è responsabile indipendentemente dalla colpa o dal dolo della condotta), quella penale presuppone la colpevolezza dell’agente.

4) oltre alla evidente differenza sanzionatoria, è rilevante la capacità di intendere e volere, che mancando, è causa di esonero da responsabilità civile, mentre, nel penale può comportare, l’applicazione di misure di sicurezza.

¹¹ Negligenza = trascuratezza e/o mancanza di attenzione e/o sollecitudine

¹² Imprudenza = avventatezza e/o insufficiente ponderazione

¹³ Imperizia = insufficiente preparazione e/o inettitudine

¹⁴ Quali ad esempio il consenso dell’avente diritto, l’esercizio di un diritto, l’adempimento di un dovere, la legittima difesa, l’uso legittimo delle armi, lo stato di necessità.

¹⁵ E’ opportuno rammentare che ai fini della legge penale è pubblico ufficiale colui che esercita pubblica funzione legislativa, giurisdizionale o amministrativa, mentre è incaricato di pubblico servizio colui che a qualunque titolo presta un pubblico servizio. Importante rammentare che le professioni non mediche assumono sempre e solo la veste di incaricati di pubblico servizio. Da notare che qualora il professionisti operi in regime libero professionale e/o in strutture non

natura personale (arresto, reclusione) e/o di natura patrimoniale (multa, ammenda) oltre al risarcimento del danno. Appartengono a questa categoria il peculato (appropriazione indebita), la concussione (costringere qualcuno a dare o promettere indebitamente abusando della sua qualità o parte) corruzione per atto di ufficio (ricevere utilità per un atto che doveva comunque compiere), abuso d'ufficio (salvo che il fatto non costituisca più grave reato, procura a se o ad altri un ingiusto vantaggio patrimoniale o arreca un danno ingiusto, in violazione di legge o omettendo di astenersi) rivelazione e utilizzazione segreti d'ufficio (se rivela notizie o ne agevola la conoscenza) rifiuto di atti di ufficio (indebitamente rifiuta un atto che deve essere compiuto senza ritardo).

Se invece parliamo del dipendente pubblico da un punto di vista esclusivo del personale sanitario, includendo anche i reati, non solo commettabili in danno al proprio datore (Pubblica Amministrazione) ma anche i danno ad altri, aggiungiamo alla lista di cui sopra anche i seguenti reati:

- esercizio abusivo di professione
- somministrazione e detenzione di medicinali guasti e/o imperfetti
- rivelazione del segreto professionale¹⁶
- omissione di soccorso
- omissione di referto¹⁷

convenzionate assume la qualifica prevista dall'art 359 c.p. di "persona esercente un servizio di pubblica necessità".

¹⁶ La differenza fra il segreto d'ufficio e quello professionale è che il primo vincola il professionista non per la sua professione ma quale incaricato di pubblico servizio mentre il secondo, obbligo sia giuridico che deontologico, vincola appunto il professionista nella sua professione ed è particolarmente stringente in determinati casi quali ad esempio IVG, AIDS, violenza sessuale, tossicodipendenza, trapianti.

¹⁷ Previsto solo sotto forma di dolo

- lesioni personali ed omicidio colposo
- sequestro di persona
- violenza privata¹⁸
- abbandono di persone minori e/o incapaci
- interruzione di pubblico servizio
- violenza sessuale

La violazione del dipendente di doveri e obblighi connessi al rapporto da luogo alla cd responsabilità disciplinare¹⁹

5.7.1 La Responsabilità e la valutazione della Dirigenza

Oltre ai 4 tipi di responsabilità che valgono per tutti i dipendenti, il dirigente (manager) ha una responsabilità propria sia in relazione ai risultati complessivi della gestione (prestazioni) sia ai comportamenti (competenze) professionali, umani ed organizzativi, con l'eventuale rimozione dagli incarichi dirigenziali in caso di esito negativo.

Si ha quindi un giudizio complessivo sulla capacità o meno di orientare il proprio operato verso il raggiungimento di obiettivi fissati in sede di negoziazione di budget o verso lo sviluppo delle competenze. La valutazione è quindi fatta su (a) una valutazione annuale per la verifica del raggiungimento dei risultati anche ai fini della attribuzione della retribuzione di risultato (b) verifiche periodiche e di fine incarico

¹⁸ In campo sanitario si intende l'abuso di contenzione fisica ed eventuali trattamenti effettuati senza il consenso del paziente.

¹⁹ Tale responsabilità è amministrativo-disciplinare per i professionisti dipendenti e ordinistico-disciplinare per i liberi professionisti e, infine ancora ordinistico-disciplinare in tutti quei casi in cui dei professionisti dipendenti, appartenenti ad un'ordina, hanno violato solo norme deontologiche, senza violazione di norme attinenti al lavoro.

Bibliografia

- *F. del Giudice - F. Izzo - M. Solombrino - F. Marian, Diritto del Lavoro, Simone, 2012.*
- *Ricciarelli Giuseppe - Soldati Francesco, Manuale per i concorsi nel ruolo amministrativo delle aziende sanitarie pubbliche, Maggioli, 2009*
- *AA.VV., Collaboratore e Assistente Amministrativo nelle Aziende Sanitarie Locali, Simone, 2009*
- *Cesare Miriello, Le aziende sanitarie pubbliche, Cedam, 2009*