

ASSETTO ORGANIZZATIVO DELL'AUSL

3) PRESIDI OSPEDALIERI NON COSTITUITI IN AZIENDE OSPEDALIERE:

Sono un articolazione organizzativo-funzionale dell'AUSL che godono di una autonomia molto minore rispetto a quella delle aziende ospedaliere:

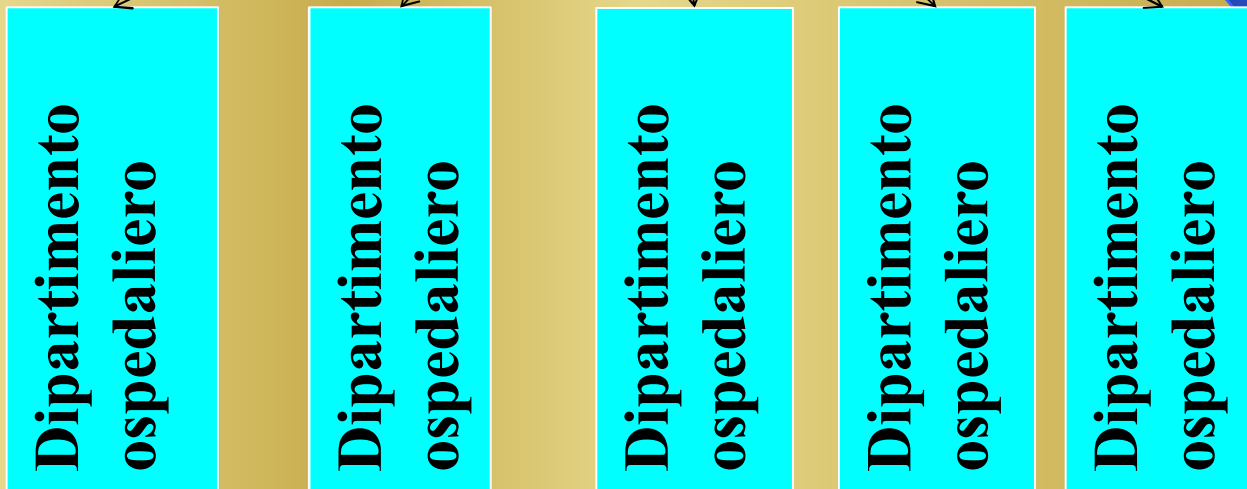
-autonomia a livello direttivo garantita dalla presenza di un dirigente medico in qualità di responsabile delle funzioni igienico-organizzative e di un dirigente amministrativo responsabile della gestione amministrativa. La separatezza della gestione direttiva del PO rispetto a quella dell'AUSL di cui 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.

E' 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.

I DISTRETTI

PRESIDIO



PRESIDIO= due o più Dipartimenti ospedalieri



14 – Le Aziende Ospedaliere (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 Consiglio dei Ministri le regioni costituiscono i predetti ospedali in azienda.

LE AZIENDE OSPEDALIERE

Le Regioni possono proporre la costituzione o la conferma in Azienda Ospedaliera dei Presidi Ospedalieri in possesso di tutti i seguenti requisiti:

- a) Organizzazione dipartimentale di tutte le U.O. 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: (1) le emergenze (incluse quelle pediatriche); (2) le grandi ustioni (incluse quelle pediatriche); (3) la cardiologia medico-chirurgica (incluso pediatrica); (4) la neurologia ad indirizzo chirurgico (incluso pediatrica); (5) la nefro-urologia (incluso pediatrica); (6) la neuro-riabilitazione; (7) i trapianti d'organo (compresi il coordinamento interregionale dei prelievi multiorgano a fine di trapianto; (8) l'oncoematologia (incluso pediatrica); (9) la pneumologia oncologica; (10) la radioterapia oncologica; (11) le malattie vascolari; (12) la ginecologia oncologica

LE AZIENDE OSPEDALIERE

- 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)**

LE AZIENDE OSPEDALIERE

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 conferma, 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.

LE AZIENDE OSPEDALIERE

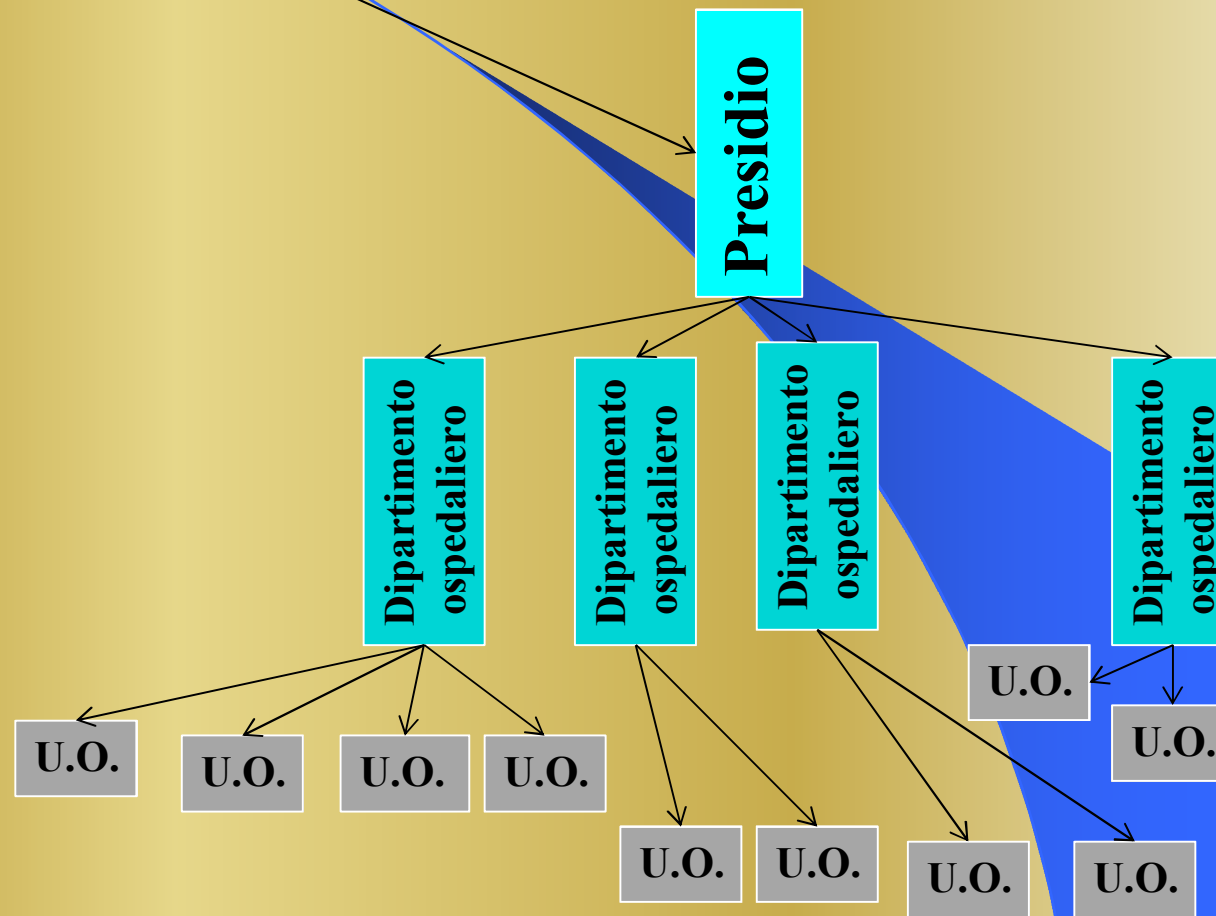
AZIENDE OSPEDALIERO-UNIVERSITARIE: allo scopo di realizzare un idoneo coordinamento delle funzioni tra le regioni e l'Università il DLGS. 517/1999 prevede la stipula di protocolli di intesa le cui linee guida sono tracciate dal DPCM 24/05/01. La collaborazione tra SSN e Uni si realizza attraverso Aziende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

LE AZIENDE OSPEDALIERE

Azienda Ospedaliera



STRUTTURE SANITARIE

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.

STRUTTURE SANITARIE

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.

STRUTTURE SANITARIE

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 costi-ricavi 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

STRUTTURE SANITARIE

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.

STRUTTURE SOCIO-SANITARIE

AZIENDE DI SERVIZI ALLA PERSONA: 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.

16 – LA RAGIONERI A PUBBLICA (4.2)

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)

RAGIONERIA PUBBLICA

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

- (1) 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,
- (2) 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.

RAGIONERIA PUBBLICA

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 cd 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.

RAGIONERIA PUBBLICA

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

RAGIONERIA PUBBLICA

Il patrimonio delle Ausl è costituito da:

- (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.**



17 – GLI STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE

(4.3)

LA PROGRAMMAZIONE SULLA AZIENDA

IMMAGINIAMO DI DOVER PROGRAMMARE UNA VACANZA

POSTI dove voglio andare

Condivisione con chi viene
in vacanza con me

Quanto costa?

Quanto posso spendere?

Incontro con i Sindaci
del territorio, e il DG

Piano Programmatico

STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE

(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.

LA PROGRAMMAZIONE SULLA AZIENDA

IMMAGINIAMO DI DOVER PROGRAMMARE UNA VACANZA

POSTI dove voglio andare

Condivisione con chi viene
in vacanza con me

Quanto costa?

Quanto posso spendere?

Incontro con i Sindaci
del territorio, e il DG

Piano Programmatico

Bilancio Pluriennale
di previsione

STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE

(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

LA PROGRAMMAZIONE SULLA AZIENDA

IMMAGINIAMO DI DOVER PROGRAMMARE UNA VACANZA

POSTI dove voglio andare

Condivisione con chi viene
in vacanza con me

Quanto costa?

Quanto posso spendere?

Incontro con i Sindaci
del territorio, e il DG

Piano Programmatico

Bilancio Pluriennale
di previsione

**Bilancio economico
preventivo**

STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE

(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.

LA PROGRAMMAZIONE SULLA AZIENDA

IMMAGINIAMO DI DOVER PROGRAMMARE UNA VACANZA

POSTI dove voglio andare

Condivisione con chi viene
in vacanza con me

Quanto costa?

Quanto posso spendere?

Quanto ho speso alla
fine della vacanza?

Incontro con i Sindaci
del territorio, e il DG

Piano Programmatico

Bilancio Pluriennale
di previsione

Bilancio economico
preventivo

Bilancio d'esercizio

STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE

(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.

STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE

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.



18 – CONTABILITA' E BUDGET (4.4)

CONTABILITA'

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.

CONTABILITA'

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 com-parata 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.

CONTABILITA'

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)

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 predispone 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).

IL SISTEMA BUDGETARIO

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.

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.

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.



**19 – IL CONTROLLO DI GESTIONE INTERNO
ALLE AZIENDE (4.5)**

IL SISTEMA DI CONTROLLO

La funzione di controllo è quella che tende ad assicurare che gli organi di amministrazione attiva agiscano in modo conforme alle leggi e secondo l'effettiva opportunità in relazione al concreto interesse pubblico.

In relazione all'oggetto del controllo, si distinguono:

A) CONTROLLO SUGLI ATTI

(a) diretti a valutare la legittimità (funzioni di vigilanza) od anche l'opportunità (merito) cioè una valutazione sotto il profilo della utilità ed opportunità quindi della convenienza di un singolo atto amministrativo (funzione di tutela);

(b) controlli interni e controlli esterni. I primi sono quelli che l'amministrazione esercita nel proprio ambito in forza del potere di supremazia gerarchica disponendo eventualmente anche la revoca o l'annullamento (cd controlli interorganici).

IL SISTEMA DI CONTROLLO

I controlli interni sono esercitati dal Direttore Generale (tra cui spicca la verifica mediante valutazioni comparative dei costi dei rendimenti e dei risultati, della corretta ed economica gestione delle risorse; nell'espletamento di questo controllo di gestione il DG si avvale di strumenti quali contabilità analitica, sistema budgetario, nuclei di valutazione interna ecc. Inoltre il Dg ha alla sua diretta dipendenza una apposita UO organizzata e preposta allo svolgimento del processo di controllo di gestione) e dal Collegio Sindacale (che vigila su rispetto delle leggi e verifica la regolarità contabile e finanziaria della gestione; a tal fine il collegio, che in qualsiasi momento collegialmente od individualmente possono procedere ad atti di ispezione e controllo: (b1) attesta la corrispondenza del conto consuntivo alle risultanze della gestione (b2) esamina il bilancio di previsione e le relative variazioni di assestamento (b3) accerta almeno ogni trimestre la consistenza di cassa potendo chiedere notizie al DG sull'andamento dell'azienda sanitaria)

Il dlgs 286/99 riconosce 4 differenti tipologie di controlli interni

- (1) controllo di regolarità amministrativa e contabile il cui obiettivo è di garantire la legittimità correttezza e regolarità amministrativo-contabile
- (2) controllo di gestione il cui obiettivo è di ottimizzare il rapporto tra costi e risultati anche mediante tempestivi interventi correttivi sull'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa
- (3) valutazione del personale con incarico dirigenziale il cui obiettivo è verificare e giudicare le prestazioni e le competenze organizzative dei dirigenti
- (4) controllo strategico il cui obiettivo è verificare l'attuazione delle scelte contenute nelle direttive e negli altri atti di indirizzo politico

IL SISTEMA DI CONTROLLO

Controlli esterni che sono quelli provenienti da soggetti diversi dall'amministrazione interessata o perchè di altri rami dell'ordinamento o perchè collegati all'amministrazione ma in posizione di indipendenza (cd controlli intersoggettivi), principalmente sono esercitati dalla **Regione** (controlli limitati agli atti fondamentali come atti di bilancio, programmazione delle attività ecc ma anche in materia di controllo di gestione), alla quale spetta tramite la giunta definire i criteri generali sulla cui base:

- (1) tali attività di controllo sono organizzate
- (2) verificare l'equilibrio economico ed il risultato complessivo dell'azione svolta anche in relazione ai livelli di qualità raggiunti.

IL SISTEMA DI CONTROLLO

Tali poteri regionali sono stati ampliati dalla 549/95 che ha previsto l'istituzione di osservatori di spesa o di altri strumenti di controllo appositamente individuati e se dal loro utilizzo dovesse risultare al 30 giugno il verificarsi di disavanzi le Regioni vi devono fare fronte con risorse proprie e ne riferiscono in sede di presentazione della relazione semestrale al Ministro della Salute ed ai Presidenti delle Camere. Tra gli altri poteri della regione si ricordano:

- (1) verifica dei risultati aziendali conseguiti e del raggiungimento degli obiettivi definiti ai fini della conferma del DG
- (2) risoluzione del contratto del DG in caso di grave disavanzo, violazione di legge o dei principi di buona andamento e di imparzialità nonché in tutti gli altri casi definiti nel documento di intesa Stato-Regioni
- (3) ricostituzione straordinaria del collegio dei revisori
- (4) convocazione Dell'apposito conferenza dei servizi se non convocata dal DG
- (5) monitoraggio sulla definizione ed il rispetto degli accordi contrattuali da parte delle strutture sanitarie sulla qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie rese
- (6) PER LE SOLE AO controlli sostitutivi in caso di ingiustificati disavanzi di gestione con conseguente commissariamento da parte della regione e revoca dell'autonomia aziendale per la perdita di caratteristiche strutturale e di attività prescritte.** In materia di contenimento della spesa sanitaria
- (7) per stabilire l'obbligo della AUSL e delle AO di garantire l'equilibrio economico
- (8) per individuare le tipologie degli eventuali provvedimenti di riequilibrio
- (9) per determinare le misure a carico dei DG nell'ipotesi di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico.)

IL SISTEMA DI CONTROLLO

I controlli esterni sono effettuati anche dalla **Corte dei Conti** (relativamente al controllo del costo del lavoro spetta riferire annualmente al Parlamento sulla gestione delle risorse finanziarie destinate al personale del settore pubblico e relativamente al controllo della gestione accertando la rispondenza dei risultati dell'attività amministrativa agli obiettivi stabiliti dalla legge, valutando costi modi e tempi dello svolgimento dell'azione stessa) e **dagli altri organi dello Stato** che hanno competenza residuale sostitutiva in caso di non assolvimento dei propri compiti da parte della Regione (Ministro della salute in caso di

- (1) non adozione di determinati provvedimenti con eventuale proposta al consiglio dei Ministri di nomina di commissario ad acta
- (2) vigilanza sulla attuazione del PSN e sull'attività gestionale delle AUSL e delle AO promuovendo gli interventi necessari per l'esercizio a livello centrale delle funzioni di analisi e controllo dei costi e dei risultati al fine di contrastare inerzie dispersioni e sprechi nell'utilizzo delle risorse).

IL SISTEMA DI CONTROLLO

(c) **controlli ordinari** che sono previsti dalla legge come necessari ed abituali in ordine a particolari atti o attività e **controlli straordinari** che sono previsti dalla legge come eventuali e disposti, a discrezione dell'autorità amministrativa, allorchè se ne presenti la necessità o l'opportunità

IL SISTEMA DI CONTROLLO

B) CONTROLLI SUI SOGGETTI

Diretti a valutare l'operato delle persone fisiche preposte agli uffici o la funzionalità di un organo in quanto tale al fine di adottare le opportune misure per garantirne il buon funzionamento e il buon andamento in ossequio a quanto sancito dall'art. 97 della Cost.

I controlli si distinguono in

- (a) ispettivo: è il potere dell'autorità dello Stato (o Regione) di disporre ispezioni ed accertamenti sull'attività delle amministrazioni controllate. L'ispezione è dunque il presupposto logico per l'espletamento della funzione di controllo;
- (b) il controllo sostitutivo-semplificato consiste nella sostituzione di un organo superiore ad uno inferiore in caso di inerzia o ritardo nel compimento di certi atti da parte di quest'ultimo;
- (c) il controllo sostitutivo-repressivo consiste nella contemporanea sostituzione dell'organo "controllato" e nella applicazione al titolare di esso di sanzioni (sospensione, revoca, sanzione disciplinare)
- (d) il controllo repressivo consiste nell'applicazione di particolari sanzioni amministrative o disciplinari al titolare dell'organo controllato.

IL SISTEMA DI CONTROLLO

C) CONTROLLI SULL'ATTIVITÀ

Diretti a verificare i risultati raggiunti in termini di efficienza ed efficacia, dell'attività amministrativa svolta da un determinato ente in un preciso contesto temporale. è la procedura diretta a verificare lo stato di attuazione degli obiettivi programmati; la funzionalità dell'organizzazione dell'ente, l'efficacia, l'efficienza ed il livello di economicità nell'attività di realizzazione dei predetti obiettivi. Tale controllo è attuato attraverso l'analisi delle risorse acquisite e della comparazione tra costi e quantità e qualità dei servizi offerti

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 CONTROLLO DI GESTIONE INTERNO ALLE AZIENDE

La U.O. Controllo di Gestione opera stabilmente per la gestione del sistema di programmazione e controllo e solitamente 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 DI GESTIONE INTERNO ALLE AZIENDE

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.

IL CONTROLLO DI GESTIONE INTERNO ALLE AZIENDE

(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'obbiettivo, cioè allineare i comportamenti delle unità rispetto agli obiettivi.

IL CONTROLLO DI GESTIONE INTERNO ALLE AZIENDE

Definizione di obiettivi per l'anno in corso (DG: linee guida, piano delle azioni)

Assegnazione di risorse adeguate per gli obiettivi prefissati ed individuazione di indicatori misurabili condivisi (es giornate di occupazione posti letto, tempi massimi di un ricovero ecc)

PROGRAMMAZIONE

PIANIFICAZIONE

negoziazione

BUDGET

REPORTING

MISURAZIONE

Programmato, rispetto ad effettivo (circa ogni 3 mesi; es monitoraggio liste di attesa)

Analisi degli scostamenti (valutare le misure correttive con il servizio interessato)

CONTROLLO





**20– ALTRI STRUMENTI PER IL CONTROLLO
DELLA GESTIONE (4.5.1)**

IL CONTROLLO DI GESTIONE INTERNO ALLE AZIENDE

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.



21– IL PRINCIPALE FATTORE DI PRODUZIONE: IL PERSONALE

IL PUBBLICO IMPIEGO

L'art. 97 della Cost. prevede che agli impieghi pubblici si accede mediante concorso, salvi i casi previsti dalla legge.

Per l'accesso alla qualifica di dirigente la L. 145/2002 ha introdotto un nuovo art. 28 al D.Lgs. 165/2001, in base al quale, oltre al concorso per esami, si prevede un corso-concorso selettivo di formazione.

La predetta norma costituzionale è diretta all'assicurazione dell'imparzialità e dell'efficienza dell'azione amministrativa, in quanto il meccanismo concorsuale dovrebbe tendenzialmente garantire la selezione di personale qualificato.

L'art. 35 del D.Lgs. 165/01 prevede che l'assunzione nelle PP.AA avviene attraverso procedure selettive volte all'accertamento della professionalità richiesta, che garantiscano in misura adeguata l'accesso dall'esterno.

La selezione deve avvenire nel rispetto di alcuni principi fondamentali:

- a) Adeguata pubblicità della selezione e modalità di svolgimento che garantiscano l'imparzialità ed assicurino economicità e celerità di espletamento, anche con preselezioni;
- b) Adozione di meccanismi oggettivi e trasparenti, idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire
- c) Rispetto delle pari opportunità fra sessi
- d) Decentramento delle procedure di reclutamento (i concorsi statali, si espletano a livello regionale (salvo deroghe autorizzate dal PCdM per ragioni tecniche-amministrative-economicità)
- e) Composizione delle commissioni esclusivamente con esperti di provata competenza nelle materie di concorso scelti tra funzionari delle amministrazioni, docenti ed estranei alle medesime che non siano componenti di direzione politica dell'amministrazione o rappresentanti delle OOSS o abbiano cariche politiche

IL PUBBLICO IMPIEGO

Per le qualifiche ed i profili per i quali è richiesto il solo requisito della scuola dell'obbligo, l'assunzione avviene mediante avviamento degli iscritti nelle liste di collocamento, facendo salvi gli ulteriori requisiti per specifiche professionalità.

La L. 12/3/1998 n.68 che ha come finalità la promozione dell'inserimento e dell'integrazione lavorativa delle persone disabili (cd categorie protette) nel mondo del lavoro attraverso servizi di sostegno e di collocamento mirato ha abrogato la L. 482/68

La materia è oggi regolata dall'art. 35 D.Lgs. 165/01

I requisiti generali di accesso e le modalità concorsuali sono stati fissati dal DPR 487/94 che è ancora in vigore per la parte non incompatibile con l'art. 35 del D.Lgs 165/01, salva la facoltà delle singole amministrazioni di regolare diversamente la materia nell'ambito dei rispettivi ordinamenti.

I requisiti generali ex art. 2 DPR 487/94 sono: (a) cittadinanza italiana (o UE) (b) età non inferiore ai 18 anni (salvo deroghe dei regolamenti delle singole amministrazioni) (c) idoneità fisica all'impiego (facoltà di sottoporre a visita medica di controllo i vincitori di concorsi) (d) godimento dei diritti politici (non possono accedere coloro che sono stati esclusi dall'elettorato politico attivo o che sono stati destituiti dall'impiego presso una PA) (e) titolo di studio (esempio: per l'accesso ai profili professionali di ottava qualifica funzionale è richiesto il diploma di laurea)

A partire dal 1/1/2000 i bandi di concorso dovranno prevedere l'accertamento della conoscenza dell'uso delle apparecchiature e delle applicazioni informatiche più diffuse e di almeno una lingua straniera (art. 37 D.Lgs. 165/01)

Al fine di mantenere e possibilmente accrescere la competenza del personale alle dipendenze delle PPAA, l'art. 4 L. 3/2003 ha aggiunto un art. 7bis al D.Lgs 165/2001 prevedendo che le amministrazioni dello Stato, anche ad ordinamento autonomo e gli enti pubblici non economici debbano predisporre annualmente un piano di formazione del proprio personale.

IL PUBBLICO IMPIEGO

I DOVERI DELL'IMPIEGATO

In base agli artt. 54 e 55 dlgs 165/01, la definizione dei doveri spetterà al codice di comportamento "uniforme" adottato per tutte le amministrazioni dal Dipartimento della Funzione pubblica, sentite le confederazioni sindacali rappresentative ai sensi dell'art. 43 ed ai codici di comportamento adottati dalle singole amministrazioni, contenenti eventuali integrazioni e specificazioni al codice generale rese necessarie in seguito a verifica di applicabilità. Il codice di comportamento viene recepito in allegato ai cc e coordinato con le previsioni contrattuali in materia di responsabilità disciplinare.

I DIRITTI DELL'IMPIEGATO

I diritti si distinguono a seconda che abbiano:

(A) un **contenuto patrimoniale** (stipendio) Fanno parte del trattamento economico (l'insieme degli emolumenti o competenze che compongono la retribuzione di un dipendente) gli **emolumenti fissi** cioè quelli che competono al dipendente in virtù dell'appartenenza ad una determinata qualifica o posizione, stipendio tabellare, retribuzione individuale di anzianità, indennità varie fisse e ricorrenti (13[^] mensilità) e assegno per il nucleo familiare e **gli emolumenti accessori** quelli dovuti in virtù di disposizioni di leggi speciali o in relazione all'esercizio di attività in via straordinaria o al verificarsi di determinate situazioni come il **lavoro straordinario, indennità per particolari turni di servizio (anche notturno e festivo) indennità da rischio radiazioni, indennità di PG, indennità per il servizio di pronta disponibilità, indennità di missione, indennità per assistenza domiciliare e SERT, retribuzione di posizione** (per il comparto legato a remunerare particolari posizioni di lavoro in relazione all'accresciuta professionalità e responsabilità dei dipendenti, per il personale dirigenziale, finalizzata a remunerare la graduazione delle stesse funzioni dirigenziali ovviamente ha assunto maggiore importanza da quando c'è il ruolo unico) **retribuzione di risultato** (nell'ambito della produttività collettiva ed individuale, legata cioè strettamente alla realizzazione dei programmi e progetti aventi come obiettivo il raggiungimento dei risultati prestazionali prefissati ed il rispetto della disponibilità complessiva di spesa negoziata col budget).

IL PUBBLICO IMPIEGO

Il fondo per la produttività collettiva è pertanto destinato a promuovere il miglioramento organizzativo e l'erogazione dei servizi per la realizzazione degli obiettivi generali dell'azienda finalizzato al conseguimento di più elevati livelli di efficienza, efficacia e di economicità; il fondo per la produttività individuale ha come scopo la valorizzazione della capacità dei dipendenti in relazione al loro contributo alla maggiore efficienza e qualità del servizio pubblico.

(B) un contenuto **non patrimoniale** quali: **diritto all'ufficio** (non essere rimosso se non nei rari casi tassativamente previsti), **diritto alla funzione** (a svolgere quindi mansioni per le quali è stato assunto o equivalenti, ma anche funzioni della qualifica immediatamente superiori per esigenze temporanee di servizio, durante le quali il lavoratore ha diritto al trattamento previsto per la qualifica superiore), **diritto al trasferimento** (in realtà trattasi di semplice interesse) attualmente la legge prevede una mobilità volontaria tra amministrazioni dello stesso comparto o di comparti diversi e una mobilità collettiva attivabile in caso di eccedenza di personale concordata con le OOSS.

IL PUBBLICO IMPIEGO

o comportino una diversa modalità della prestazione come il comando (che è una modificazione del rapporto di impiego in virtù del quale l'impiegato è destinato a prestare servizio presso un'amministrazione statale diversa da quella di appartenenza o presso enti pubblici), il distacco (istituto creato dalla prassi amministrativa per indicare la posizione di chi assegnato dall'amministrazione di appartenenza viene a prestare servizio presso un ufficio diverso da quello in cui è incardinato per sopperire ad esigenze di servizio del primo o in attesa che sia formalizzato il definitivo provvedimento di trasferimento al secondo), ed il collocamento fuori ruolo (disposto per impiegati civili dello Stato per il disimpegno di funzioni attinenti agli stessi interessi dell'amministrazione).

ESTINZIONE DEL RAPPORTO DI IMPIEGO

Si ha per: **(a) disciplina pattizia:** (1) licenziamento (con e senza preavviso) disciplinare (2) compimento del limite di età (3) dimissioni (4) decesso (5) superamento del periodo di comporto in caso di malattia o accertata sussistenza di cause di assoluta e permanente inidoneità fisica. Altre ipotesi sono l'annullamento della procedura di collocamento e la dispensa dal servizio per inidoneità fisica e psichica. **(b) disciplina pubblicistica** per cui si ha decadenza dall'impiego per (1) perdita cittadinanza italiana (2) avvenuta accettazione di missione od altro incarico da autorità straniera senza autorizzazione del Ministro competente (3) mancata cessazione della situazione di incompatibilità tra obblighi di servizio e attività svolta, nonostante la diffida ricevuta. **(c) disciplina privatistica** per la quale si ha licenziamento per (1) giusta causa (2) giustificato motivo soggettivo (3) giustificato motivo oggettivo. L'inadempimento degli obblighi contrattuali può invece causare il licenziamento disciplinare del dipendente.

DOTAZIONE ORGANICA (EX PIANTA ORGANICA)

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)

IL PUBBLICO IMPIEGO

LE RESPONSABILITA'

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 grave

2) Penale è il reato che il dipendente potrebbe commettere nei confronti dell'ente datore di lavoro e può comportare sanzione di 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 dar o promettere indebitamente abusando della sua qualità o poteri) 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). E' opportuno rammentare che ai fini della legge penale è pubblico ufficiale colui che esercita pubblica funzione legislativa, giurisdizionale o amministrativa, mentre 'e' incaricato di pubblico servizio colui che a qualunque titolo presta un pubblico servizio.

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) 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.

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

IL PUBBLICO IMPIEGO

LA RESPONSABILITA' 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

LA SEPARAZIONE DELLE FUNZIONI

Gli organi di governo esercitano le funzioni di indirizzo politico-amministrativo, definendo gli obiettivi ed i programmi da attuare ed adottando gli altri atti rientranti nello svolgimento di tali funzioni, e verificano la rispondenza dei risultati dell'attività amministrativa e della gestione agli indirizzi impartiti. Ad essi spettano, in particolare: a) le decisioni in materia di atti normativi e l'adozione dei relativi atti di indirizzo interpretativo ed applicativo; b) la definizione di obiettivi, priorità, piani, programmi e direttive generali per l'azione amministrativa e per la gestione; c) la individuazione delle risorse umane, materiali ed economico-finanziarie da destinare alle diverse finalità e la loro ripartizione tra gli uffici di livello dirigenziale generale; d) la definizione dei criteri generali in materia di ausili finanziari a terzi e di determinazione di tariffe, canoni e analoghi oneri a carico di terzi; e) le nomine, designazioni ed atti analoghi ad essi attribuiti da specifiche disposizioni; f) le richieste di pareri alle autorità amministrative indipendenti ed al Consiglio di Stato; g) gli altri atti indicati dal presente decreto.

Ai dirigenti spetta l'adozione degli atti e provvedimenti amministrativi, compresi tutti gli atti che impegnano l'amministrazione verso l'esterno, nonché la gestione finanziaria, tecnica e amministrativa mediante autonomi poteri di spesa di organizzazione delle risorse umane, strumentali e di controllo. Essi sono responsabili in via

STATO GIURIDICO DEL PERSONALE

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

La contrattazione collettiva 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 dirigenza 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 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

STATO GIURIDICO DEL PERSONALE

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.

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

STATO GIURIDICO DEL PERSONALE

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'ULSS 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 ULSS 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 ULSS 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 ULSS 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.

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. 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.

I DIRIGENTI SANITARI

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 disposizioni 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.

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.

I DIRIGENTI SANITARI

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.

L'ATTIVITA' DI LP E L'INCOMPATIBILITA'

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 ULSS predispose 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.

I DIRIGENTI SANITARI

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

LE PROFESSIONI SANITARIE

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

IL CONTROLLO DI GESTIONE INTERNO ALLE AZIENDE

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.