

MANAGEMENT SANITARIO

Giammaria Dr. Muratori

Università di Bologna e Padova

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.**

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.

Che cos'è il budget?

- è il **mezzo** grazie al quale l'azienda effettua la **previsione dell'andamento economico/finanziario** in un determinato arco temporale
- ▶ 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.

Budget generale

Bilancio
economi
co
preveni
vo

Entrate previste

Spese
(fisse+variabili)

Entrate previste

—

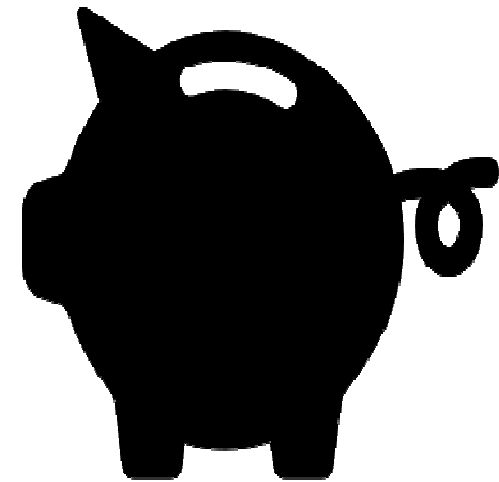
Spese fisse

=

BUDGET
GENERALE

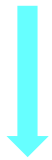
Il processo di budgeting

- Nel piano programmatico sono contenuti i piani e i programmi divisi per dipartimenti
- Ogni dipartimento ha un Direttore di dipartimento e un comitato di dipartimento
- Comitato di dipartimento è composto dalle figure più importanti del dipartimento

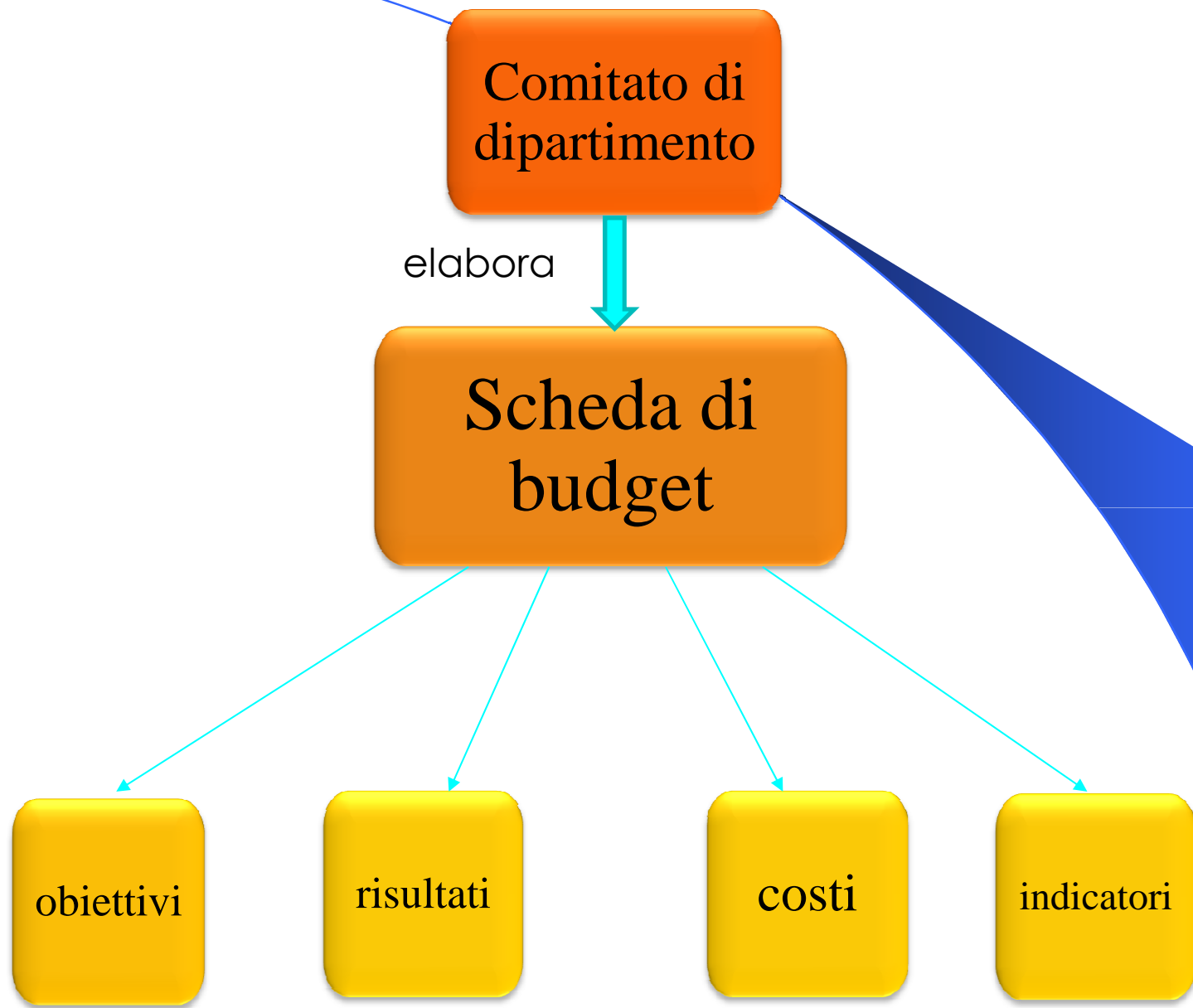


Comitato di dipartimento

- Si **scelgono gli obiettivi** del piano programmatico da raggiungere nell'anno di riferimento
- Si **assegnano** gli obiettivi scelti **tra le UO** all'interno del dipartimento
- Si stimano i **costi** per la realizzazione dei singoli obiettivi divisi per UO



Il Direttore di dipartimento compila la scheda di budget



Gli indicatori

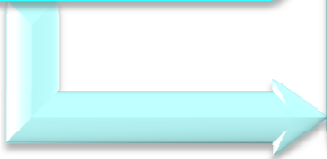
- Sono **strumenti** che permettono di **verificare il raggiungimento di un determinato obiettivo**
- Alcuni obiettivi sono essi stessi degli indicatori → es. riduzione delle liste d'attesa da 6 mesi a 3 mesi
- Altri invece, necessitano di strumenti di verifica → es. questionari per valutare la soddisfazione dei pz.



Scheda di budget



Direttore di dipartimento



Direttore generale
o
direzione aziendale

- Approva le schede dei vari dipartimenti in base al budget generale

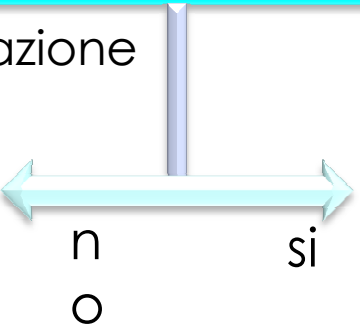
contratta



Revisione scheda di budget

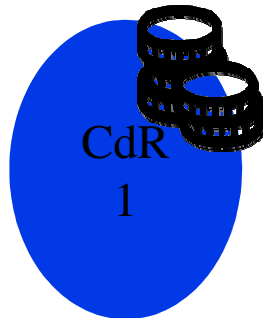
approvazione

Comitato di dipartimento

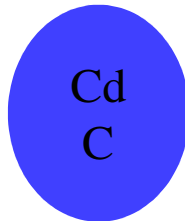
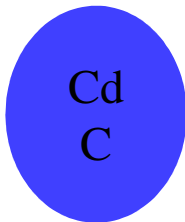
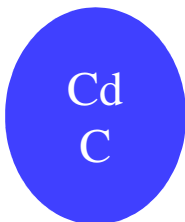
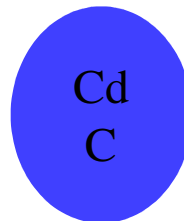
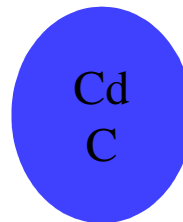
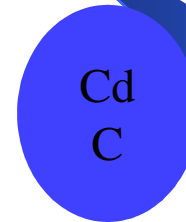
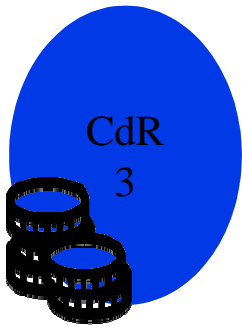
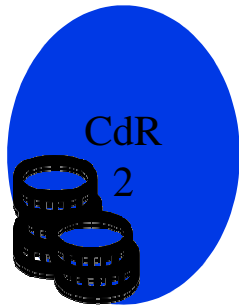


Scheda di budget definitiva

Contabilità economica per centri di costo

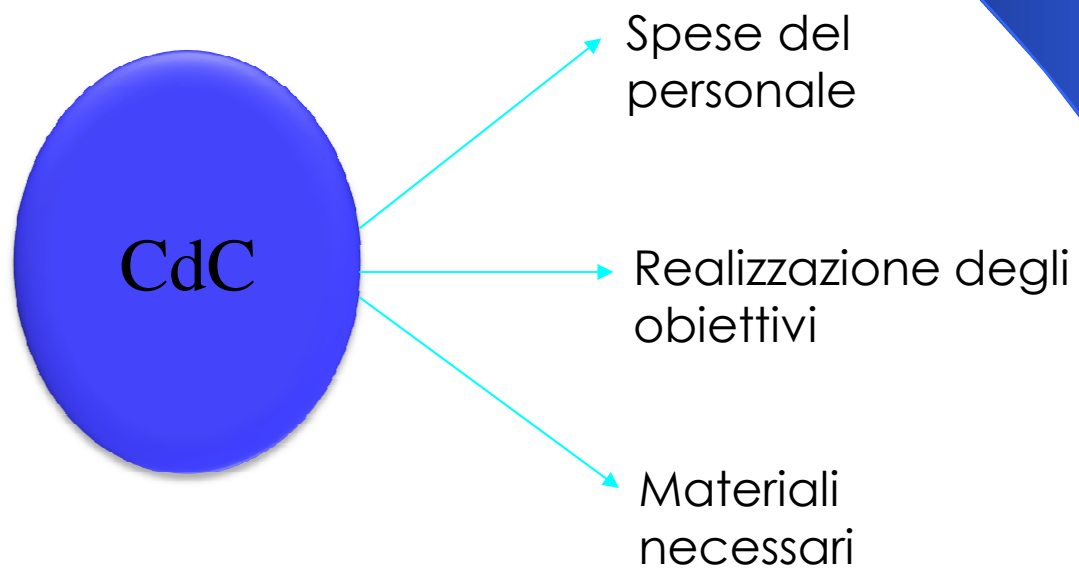


Centri di responsabilità intestati ai vari direttori di dipartimento



Centri di costo: la parte di budget previsti per ognuna delle UO nella scheda di budget.

Centro di costo



GLI ALTRI ATTI: la scheda di budget

Priorità strategica	1.1		
Indicatori	Target 2016	Target 2017	Target 2018
Attività	≥ 6	≥ 6	≥ 6

Obiettivi strategici	Indicatori	Target	Risorse economiche (€)	Unità organizzativa	
1.1.S2 Costituzione e avvio dell'attività	Livello di realizzazione dell'obiettivo operativo	100%	€ 18.000,00	
	Obiettivi Operativi	Indicatori	Target	Risorse economiche (€)	Unità organizzativa
	1.1.S2.01 Partecipare alle fasi di sviluppo del progetto	Attività realizzate / Attività da realizzarsi	100%	€ 5.000,00



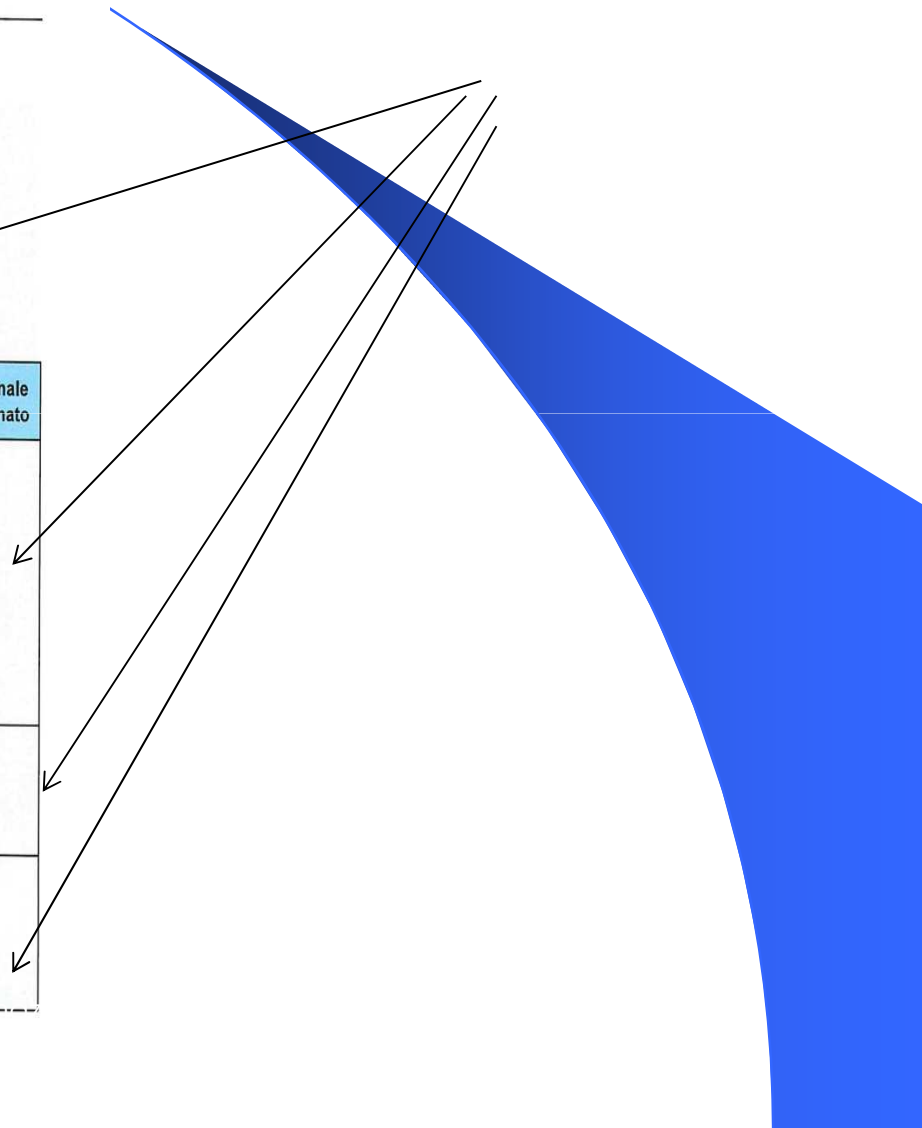
GLI ALTRI ATTI: la performance individuale

Nella sostanza dopo la colonna unita' organizzativa c'e' una colonna in piu' con scritto

PERSONALE assegnato che e' il personale che di fatto si occupa di realizzare QUEL determinato obiettivo che puo' essere individuale o meno.

GLI ALTRI ATTI: la performance individuale

MISSIONE	12. Diritti sociali, politiche sociali e famiglia	PROGRAMMA	5. Interventi per le famiglie				
OBIETTIVO DUP	Sostegno al reddito per famiglie numerose						
Obiettivi Operativi	Indicatori	PUNTEGGIO	Risorse economiche (€)	Servizi	Ufficio	Personale assegnato	
S1.01 Utilizzare tutte le risorse presenti nel capitolo 120500420/1215 INTERVENTI PER LE FAMIGLIE - Contributi a famiglie numerose	entro i termini indicati nelle attività di funzionamento	30	quelle del capitolo 120500420/1215 INTERVENTI PER LE FAMIGLIE - Contributi a famiglie numerose	Servizi Sociali	Servizi Sociali	...	
	Attività di funzionamento	Indicatori	PUNTEGGIO	Risorse economiche (€)	Servizi	Ufficio	Personale assegnato
	S1.01.a1 Predisposizione determina di Bando per l'erogazione di contributi per le famiglie con un numero difigli pari o superiore a tre, compresi i minori in affido (P.A.A.).	entro 31/03/2019	2		Servizi Sociali	Servizi Sociali	...
	S1.01.a2 Ricezione delle domande, verifiche e monitoraggio	verifiche dichiarazione entro 20 gg da chiusura bando	3		Servizi Sociali	Servizi Sociali	...
	S1.01.a3 Predisposizione atti conseguenti e determina approvazione graduatoria	entro 10 gg dalle verifiche	2		Servizi Sociali	Servizi Sociali	...

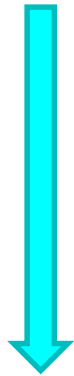


L'economato

- In un ente, ufficio che provvede all'acquisto e alla manutenzione delle attrezzature e dei materiali necessari al funzionamento dell'ente stesso
- È un'unità operativa indipendente, fanno parte dei così detti «dipartimenti di supporto»

Controllo di gestione

- confronta in modo sistematico gli obiettivi definiti con i risultati prodotti



strumenti della contabilità analitica e del budget

1) Efficienza di gestione

2) Efficacia organizzativa

} capacità delle articolazioni aziendali di raggiungere gli obiettivi assegnati

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

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

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

CONTROLLO



A decorative blue graphic element consisting of a thin curved line starting from the top left and a larger, solid blue curved shape on the right side, both curving downwards and to the right.

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.

DRG DI ALTA COMPLESSITA'

MDC	DRG	> di 1 giorno		1 giorno		Valore soglia 97	Deceduto/ Trasferito 1 g.	Incremento pro die	Peso
		fascia A	fascia B	fascia A	fascia B				
		DRG specifica	£ 4841			R.E.R.			
1C	001 C-Craniotomia età >17, eccetto per traumatismo	19.990	15.648	15.992	12.518	39	530	515	3,2324
1C	002 C-Craniotomia età > 17, per traumatismo	18.118	15.158	14.495	12.126	27	805	604	3,1311
1C	003 C-Craniotomia età < 18	18.731	14.342	14.985	11.474	47	510	604	2,9627
1C	004 C-Interventi su midollo spinale	13.663	11.431	10.930	9.144	40	437	328	2,3612
1C	005 C-Interventi su vasi extracranici	10.012	7.505	8.009	6.004	14	552	52	1,5504
1C	007 C-Interventinerivi perif.e cranici e altri su s.n. con CC	15.256	12.762	12.205	10.210	22	455	414	2,6363
1C	008 C-Interventinerivi perif.e cranici e altri su s.n. no CC	5.856	3.846	4.685	3.077	12	513	341	0,7944
3C	049 C-Interventi maggiori sul capo e sul collo	14.713	7.760	11.770	6.208	51	475	389	1,6029
4C	075 C-Interventi maggiori sul torace	17.591	14.717	14.073	11.773	33	578	439	3,0400

A decorative blue graphic element consisting of a thin curved line starting from the top left and a larger, solid blue curved shape on the right side, both curving downwards and to the right.

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 comporta 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). È 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.

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.

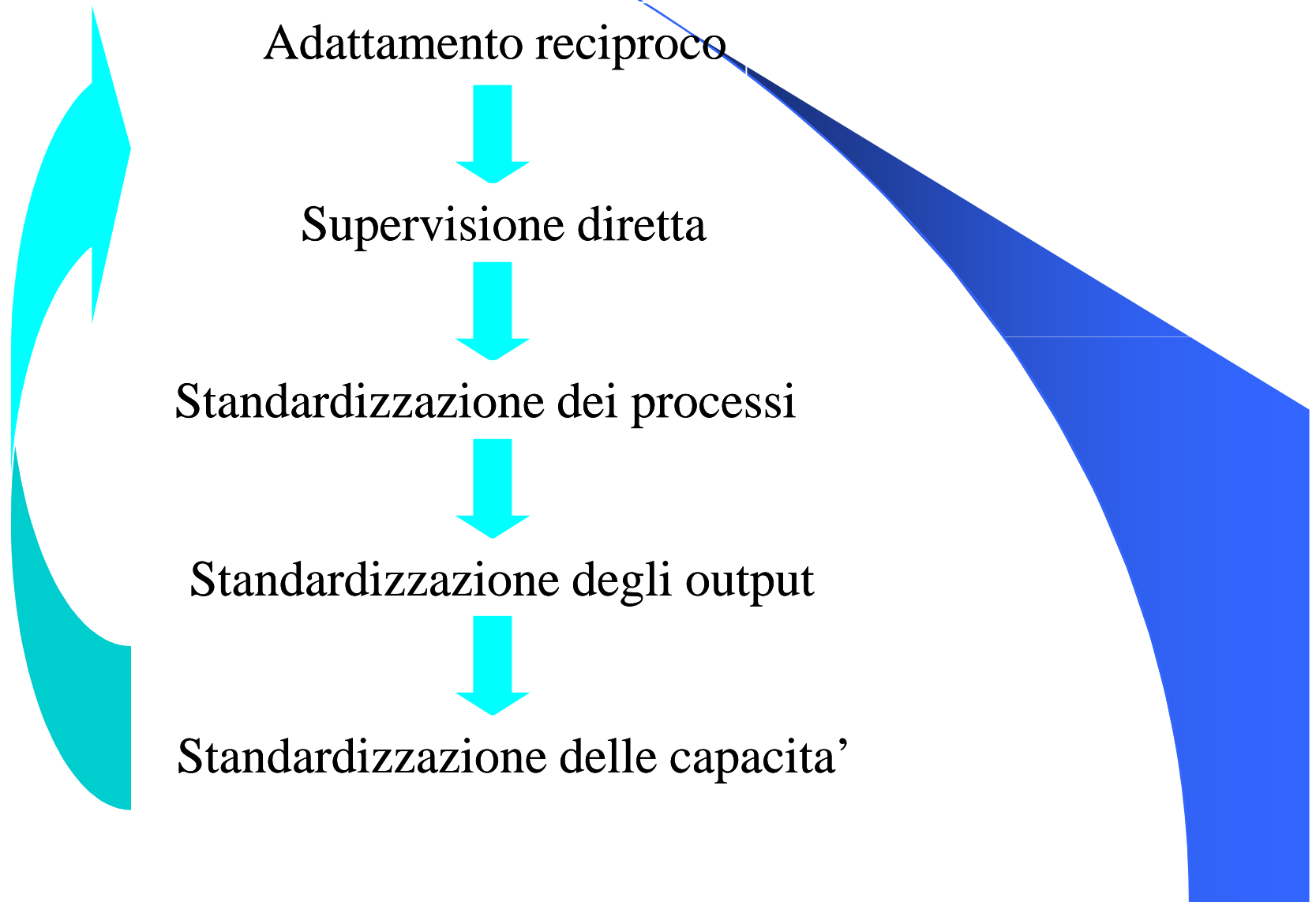


**22– L'ORGANIZZAZIONE SECONDO
MINTZBERG (2.9)**

Gli elementi di base della progettazione organizzativa: Mintzberg

- Nozione di *configurazione (o modello)* = insieme coerente di variabili organizzative e di fattori contingenti
- L'efficacia e l'efficienza della progettazione organizzativa dipendono dalla *coerenza interna* (tra variabili organizzative) e *dalla coerenza esterna* (tra variabili organizzative e fattori contingenti)
- Un numero limitato di *configurazioni fondamentali* spiega la maggior parte delle strutture di organizzazioni efficaci

IL COORDINAMENTO SECONDO MINTZBERG



IL COORDINAMENTO SECONDO MINTZBERG

- *Aggiustamento (adattamento) reciproco* = coordinamento attraverso la comunicazione informale;

Aspetti negativi:

- (1) il controllo del lavoro resta nelle mani chi lo esegue
- (2) Sopra una certa soglia dimensionale non basta piu'

- *Supervisione diretta* = una persona assume la responsabilita' del lavoro di altri dando loro ordini.

IL COORDINAMENTO SECONDO MINTZBERG

- **Standardizzazione:** il coordinamento viene “risolto” prima dell’esecuzione del lavoro, in sede di progettazione o in sede di formazione.
- Tre tipi di standardizzazione:
 1. *Dei processi del lavoro* = vengono specificati e programmati i contenuti del lavoro (es. taylorismo)
 2. *Degli output del lavoro* = vengono programmati e specificati i risultati del lavoro (es. specifiche sul prodotto, standard di performance)
 3. *Degli input del lavoro* = attraverso la formazione vengono interiorizzati programmi di lavoro e quindi anche le basi del coordinamento

L'ORGANIZZAZIONE SECONDO MINTZBERG

Nucleo operativo *Attività fondamentale*



Vertice strategico *Supervisione diretta*



Linea intermedia *Collegamento tra le prime*



Tecnostruttura *Organo di staff*



Staff di supporto *Servizi indiretti*



Nucleo operativo

- *Comprende gli operatori che svolgono l'attività fondamentale legata all'ottenimento di prodotti e servizi; si occupa di:*

Reperimento input

Trasformazione input in output

Distribuzione output

Supporto diretto alle funzioni precedenti

Il nucleo operativo richiede la max. standardizzazione

Vertice Strategico

Ha la responsabilita' globale dell'organizzazione. Svolge 3 funzioni principali:

Supervisione diretta

Gestione delle condizioni di confine (relazioni dell'organizzazione con l'ambiente)

Formulazione delle strategie

E' sufficiente una standard. minima, adattamento reciproco come meccanismo di coordinamento

Linea intermedia

- E' il cosiddetto *middle management*: raccoglie informazioni di feedback e le trasmette ai superiori
- Mantiene i contatti con altri manager, analisti, componenti di staff con i quali e' interdipendente
- Contribuisce alla formulazione della strategia

Gli staff secondo Mintzberg

- *Interessante il fatto che Mintzberg differenzi le staff in due tipi: **tecnostruttura** (che fornisce consulenza) e **staff di supporto** (che fornisce **anche** consulenza) ma il cu ruolo principale è **svolgere funzioni specifiche nell'organizzazione.***

Tecnostruttura

- *Comprende gli analisti che progettano, standardizzano, modificano i flussi di lavoro per renderlo piu' efficiente; in particolare:*
- Analisti del lavoro = standardizzano i processi
- Analisti di pianificazione e controllo = standardizzano gli output
- Analisti del personale = standardizzano le capacita'

E' formata da professionisti: il coordinamento avviene mediante aggiustamento reciproco e standardizzazione delle capacita'

Lo staff di supporto

- *Forniscono un supporto esterno* svolgono funzioni specifiche che non hanno nulla a che fare con l'attività fondamentale dell'organizzazione (es. Servizio mensa, ufficio spedizioni, ufficio legale, ecc.)
- Tipicamente si tratta di servizi che l'organizzazione potrebbe acquisire all'esterno, ma che spesso preferisce internalizzare per averne maggiore controllo

Strategic Apex

Support Staff

Middle Line

Technostructure

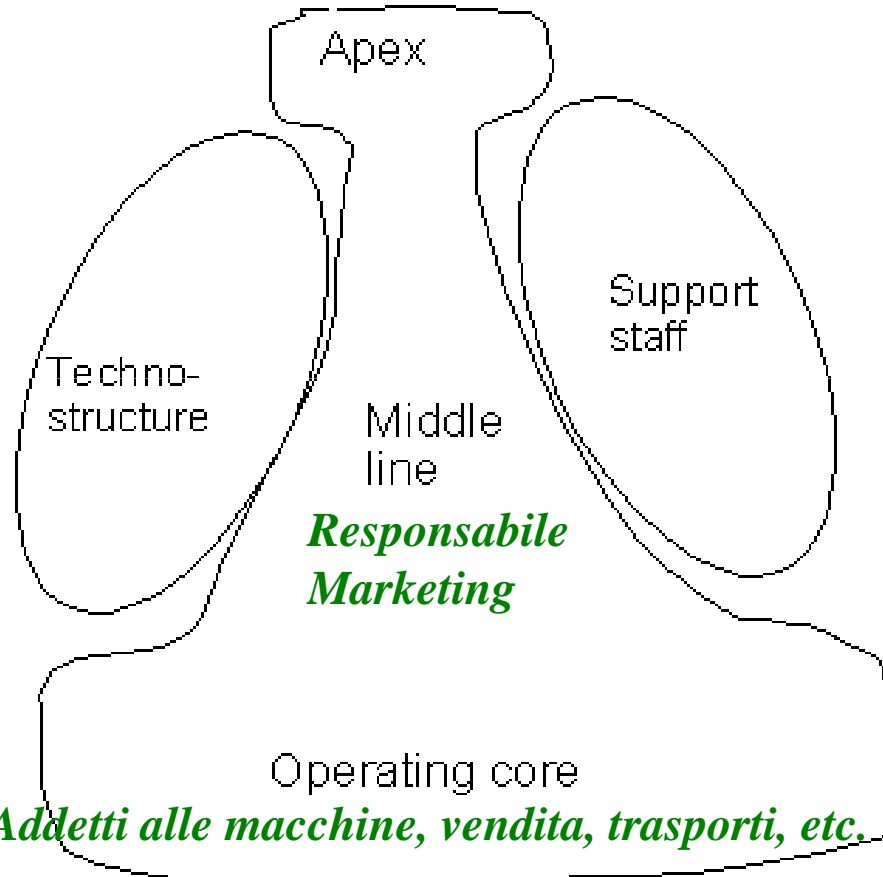
Operating Core



Es.: Un'impresa manifatturiera

CEO, assemblea azionisti

Pianificazione strategica, training del personale, analisti di sistema



Ufficio legale, mensa, ufficio PR

Addetti alle macchine, vendita, trasporti, etc.

AZIENDA SANITARIA LOCALE
ESEMPIO di ORGANIGRAMMA (1 di 5)

DIREZIONE
STRATEGICA

SERVIZI DI STAFF

SERVIZI DI SUPPORTO

STRUTTURE OPERATIVE
OSPEDALIERE
(OSPEDALI A GESTIONE DIRETTA)

Ospedale 1

Ospedale 2

Ospedale 3

STRUTTURE OPERATIVE
DI AREA CENTRALE

Dip. di Prevenzione

Dip. di Salute Mentale

Dip. delle Dipendenze

Dip. del Farmaco

Dip. delle Dipendenze

Dip. Materno Infantile

Dip. Emergenza Acc.

Serv. Di Medicina Legale

STRUTTURE OPERATIVE
DISTRETTUALI

Distretto 1

Distretto 2

Distretto 3

AZIENDA SANITARIA LOCALE
ESEMPIO di ORGANIGRAMMA (2 di 5)

Direzione Generale

SERVIZI DI STAFF: (es. controllo di gestione)

SERVIZI DI SUPPORTO (es: Ufficio Risorse Umane)

STRUTTURE OPERATIVE OSPEDALIERE
(OSPEDALI A GESTIONE DIRETTA)

Ospedale 1

Ospedale 2

Ospedale 3

STRUTTURE OPERATIVE DI AREA CENTRALE

Dip. di Prevenzione

Dip. di Salute Mentale

Dip. delle Dipendenze

Dip. del Farmaco

Dip. delle Dipendenze

Dip. Materno Infantile

Dip. Emergenza Acc.

Serv. Di Medicina Legale

STRUTTURE OPERATIVE DISTRETTUALI

Distretto 1

Distretto 2

Distretto 3

Le 5 configurazioni fondamentali di Mintzberg (modelli puri)

- **1. STRUTTURA SEMPLICE** (*Entrepreneurial startup*) Formata da **vertice strategico** e **nucleo operativo**; caratterizzata da accentramento, supervisione diretta; quasi assenti tecnostruttura, linea intermedia e staff di supporto, scarsa standardizzazione e formalizzazione; adatta ad un ambiente semplice e dinamico (es. piccola impresa di carattere imprenditoriale)

Le 5 configurazioni fondamentali (segue)

- **2. BUROCRAZIA MECCANICA** (*machine bureaucracy*): grandi volumi di attività con sistemi produttivi di massa; coordinamento mediante gerarchia e standardizzazione (**tecnostruttura e linea intermedia** molto sviluppate). E' adatta ad un ambiente semplice e stabile - sempre meno frequente (es. produzione di autoveicoli, società di assicurazione, servizi telefonici)

Le 5 configurazioni fondamentali (segue)

- **3. BUROCRAZIA PROFESSIONALE**

(professional bureaucracy): elevata formalizzazione ma basso accentramento ed assenza di supervisione diretta; coordinamento mediante **standardizzazione delle capacità**; molto sviluppati **nucleo operativo** (formato da professionisti) e **staff di supporto**; scarsa rilevanza della tecnostruttura. Adatta ad ambienti complessi e relativamente stabili (es. Università, settore della revisione contabile)

Le 5 configurazioni fondamentali (segue)

- **4. STRUTTURA DIVISIONALE:** deriva da una burocrazia meccanica che diversifica i suoi prodotti o servizi; le divisioni sono raggruppate in base al prodotto/mercato al quale si riferiscono; grande sviluppo della **linea intermedia** (responsabili di divisione), coordinamento mediante **standardizzazione dei risultati** attraverso sistemi di programmazione e controllo; grande sviluppo della **tecnostuttura e dello staff di supporto**. *Le singole divisioni assumono la configurazione di burocrazie meccaniche.* E' adatta ad ambienti non troppo complessi e non troppo instabili.

Le 5 configurazioni fondamentali (segue)

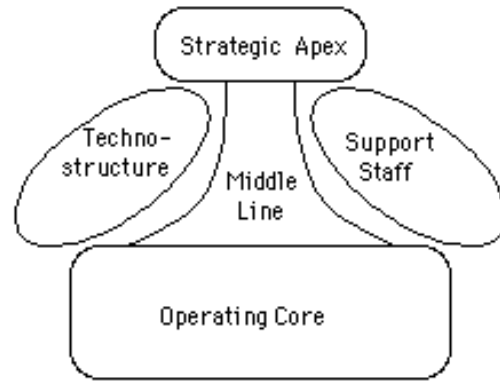
- **5. ADHOCRAZIA:** gestisce l'*innovazione*.
Formalizzazione molto limitata, scarsità di regole, aggiustamento reciproco, alto valore alla competenza e formazione professionale. Il nucleo operativo si fonde con la tecnostruttura. E' adatta ad ambienti complessi e dinamici (es. Società di consulenza, settore aerospaziale, settore computer)



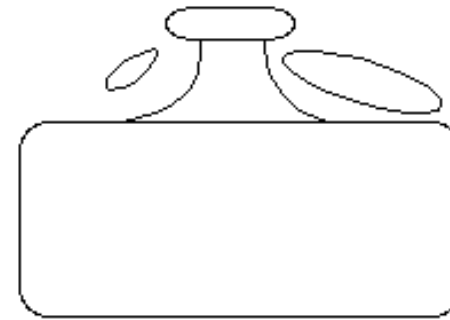
Le 5 configurazioni fondamentali (segue)

Le 5 configurazioni identificate da Mintzberg sono modelli puri; nella realta' si trovano delle configurazioni ibride (es: orchestra sinfonica)

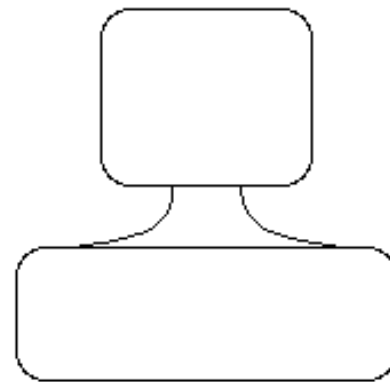
Basic Organizational Forms



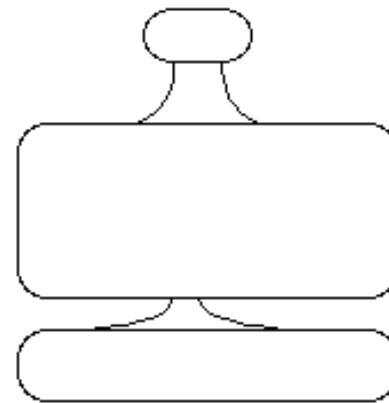
Machine Bureaucracy



Professional Organization



Entrepreneurial Startup



Adhocracy



AZIENDA SANITARIA LOCALE
ESEMPIO di ORGANIGRAMMA (3 di 5)

DIREZIONE
STRATEGICA

Responsabile Gestionale Ospedali

Dipartimento
Medico

Dipartimento
Immagini

Dipartimento
Materno Infantile
(componente ospedaliera)

Servizio Infermieristico

Dipartimento
Chirurgico

Dipartimento
Servizi Biomedici

Dipartimento
Emergenza Accettazione
(componente ospedaliera)



AZIENDA SANITARIA LOCALE
ESEMPIO di ORGANIGRAMMA (4 di 5)

DIREZIONE STRATEGICA

Responsabile Gestionale Ospedali

Responsabile Dipartimento Medico

Servizio Infermieristico

U.O. Medicina

U.O. Oncologia

U.O. Cardiologia

Str.S.Dip. Allergologia

U.O. Malattie Infettive

Str.S.Dip.Gastroenterologia

AZIENDA SANITARIA LOCALE
ESEMPIO di ORGANIGRAMMA (5 di 5)

DIREZIONE STRATEGICA

Responsabile Distretto 1

UCAD

Servizio Infermieristico

U.O. Cure domiciliari ed Assistenza Residenziale

U.O. Riabilitazione Territoriale

U.O. Consultoriale

Str. S. Distr. Odontoiatria Territoriale

IL FINANZIAMENTO DELLE AUSL

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.

LA QUALITÀ

Uno dei fini della politica sanitaria nazionale è la promozione della qualità dell'assistenza sanitaria, in termini di **equità di accesso, qualità della vita, soddisfazione dell'utente, uso delle risorse in base ad un ottimale rapporto costo-efficacia**. Per questo motivo nel SSN viene attivato un sistema per il miglioramento della qualità che può essere definito come l'insieme di attività e di misurazioni integrate che tende a garantire e migliorare di continuo ai vari livelli dell'organizzazione sanitaria, la qualità dell'assistenza erogata ai pazienti.

La buona qualità dell'assistenza comprende in particolare:

- aspetti strutturali ed organizzativi (es: adozione della carta dei servizi e gestione liste attese)
- aspetti di processo (es: eccellenza professionale e uso efficiente delle risorse come suggerito dalla definizione degli indicatori di qualità)
- buoni risultati assistenziali (in conformità a quanto indicato dalle linee guida)

Alle regioni spetta (a) la verifica del rispetto delle disposizioni in materia di requisiti minimi e classificazione delle strutture erogatrici (b) determinare le attività rilevanti ai fini della valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie.

Al Ministro della salute compete (a) l'esercizio dei poteri di alta vigilanza (b) stabilire con decreto emanato d'intesa con la CPSRPA e sentiti gli ordini e collegi competenti, contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità (c) riferire nel corso della Relazione sullo stato sanitario del Paese in merito alle verifiche dei risultati conseguiti.

Il processo qualitativo deve rispondere ad alcuni criteri quali: (a) l'**appropriatezza** ("cosa giusto, soggetto giusto, momento giusto, operatore giusto, struttura giusta);(b) **efficacia** (è un indicatore che misura la capacità di una prestazione sanitaria di raggiungere determinati obiettivi di salute ed è data dal rapporto tra i risultati finali in termini di miglioramento della salute attribuibile alle prestazioni sanitarie erogate e le prestazioni stesse);(c) **efficienza** (migliori risultati quali-quantitativi a parità di risorse o stessi risultati con minore impiego di risorse; è data dal rapporto tra le prestazioni prodotte e le risorse impiegate per produrle);(d) la **qualità** (professionale, gestionale, qualità percepita e risultati).

LA QUALITÀ

LA CARTA DEI SERVIZI è il patto tra le strutture del ssn e i cittadini secondo i seguenti principi informativi: (1) **imparzialità nell'erogazione** delle prestazioni e **uguaglianza del diritto all'accesso** ai servizi; (2) **piena informazione dei cittadini** utenti sui servizi offerti e le modalità di erogazione degli stessi (3) **definizione di standard** ed assunzione di impegni da parte dell'amministrazione locale rispetto alla **promozione della qualità** del servizio ed alla determinazione di modalità di valutazione costante della qualità stessa (4) organizzazione di modalità strutturate per la **tutela dei diritti dei cittadini** (5) **ascolto delle opinioni e dei giudizi**, sulla qualità del servizio, espressi dai cittadini direttamente o tramite le associazioni che li rappresentano.

In base alle linee guida 2/95 Ministero sanità deve essere articolata in 4 sezioni: (1) presentazione dell'azienda sanitaria e principi fondamentali (illustrazione della mission ecc); (2) informazione sulle strutture e sui servizi forniti (3) standard di qualità impegni programmi (4) meccanismi di tutela e verifica.

Di particolare importanza la terza parte dove l'AUSL si impegna a realizzare specifici obiettivi espressi sotto forma di (A) **fattori di qualità** (es semplicità procedure di prenotazione, liste attesa ecc) (B) **indicatori di qualità** (cioè parametri coi quali vengono registrati fenomeni quali (1) indicatori di struttura (2) indicatori di processo (3) indicatori di esito) (C) **standard di qualità** (che esprimono obiettivi di qualità analiticamente descritti, misurati ed attesi)

IL GOVERNO CLINICO è uno strumento per il miglioramento della qualità delle cure per i pazienti e per lo sviluppo delle capacità complessive e dei capitali del SSN, che ha lo scopo di mantenere standard elevati e migliorare le performance professionali del personale favorendo lo sviluppo dell'eccellenza clinica.

L'obiettivo fondamentale del governo clinico è che ogni paziente riceva quella prestazione che produca il miglior esito possibile in base alle conoscenze disponibili, che comporti il minor rischio di danni conseguenti al trattamento con il minor consumo di risorse, e con la massima soddisfazione per il paziente.

LE AUSL

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.

LA PROGRAMMAZIONE SUL BUDGET

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?**

**Cosa vuol fare il
direttore di dipartimento**

**Condivisione in comitato
di dipartimento**

**Predisposizione
scheda di Budget**

**Trattativa fra DG e
Direttore di dipartimento**

**Indicatori che ci dicono se
l'obiettivo è raggiunto**

FASI DEL CONTROLLO DI GESTIONE

- PROGRAMMAZIONE
- PREDISPOSIZIONE DEL BUDGET
- SVOLGIMENTO E MISURAZIONE DELLE ATTIVITA'
- REPORTING E VALUTAZIONE

BUDGET
=
STRUMENTO GESTIONALE

ELEMENTI DEL BUDGET

OBIETTIVI

RISORSE

PROCESSO DI BUDGET

SI DECIDE QUALI OBIETTIVI RAGGIUNGERE
IN UN DETERMINATO PERIODO;

SI STABILISCE QUALI E QUANTE RISORSE
IMPEGNARE PER IL RAGGIUNGIMENTO DEI
SUDETTI OBIETTIVI;

SI CONTROLLA PERIODICAMENTE
IL GRADO DI RAGGIUNGIMENTO
DEGLI OBIETTIVI E L'ENTITA' DEL
CONSUMO DELLE RISORSE.



CONTABILITA' ANALITICA

CONTABILITA' ANALITICA
=
COMPLESSO DI RILEVAZIONI
SISTEMATICHE E PERIODICHE
VOLTE ALLA DETERMINAZIONE
DEI COSTI SOSTENUTI
E
DEI RICAVI REALIZZATI
DALLE STRUTTURE AZIENDALI

CONTABILITA' ANALITICA

ELEMENTI FONDAMENTALI PER LO SVILUPPO DEL SISTEMA DI CONTABILITA' ANALITICA SONO:

- IL PIANO AZIENDALE DEI CENTRI DI RESPONSABILITA' E DEI CENTRI DI COSTO;
- IL PIANO AZIENDALE DEI FATTORI PRODUTTIVI;
- L'IDENTIFICAZIONE DEI PRODOTTI AZIENDALI E DEL LORO VALORE REALE O CONVENZIONALE.

CENTRO DI RESPONSABILITA'



**GRUPPO DI PERSONE CHE OPERANO
PER RAGGIUNGERE UN DETERMINATO
OBIETTIVO
SOTTO LA DIREZIONE DI UN
RESPONSABILE**

UN
CENTRO DI RESPONSABILITA'

E' COSTITUITO

DA UNO O PIU'

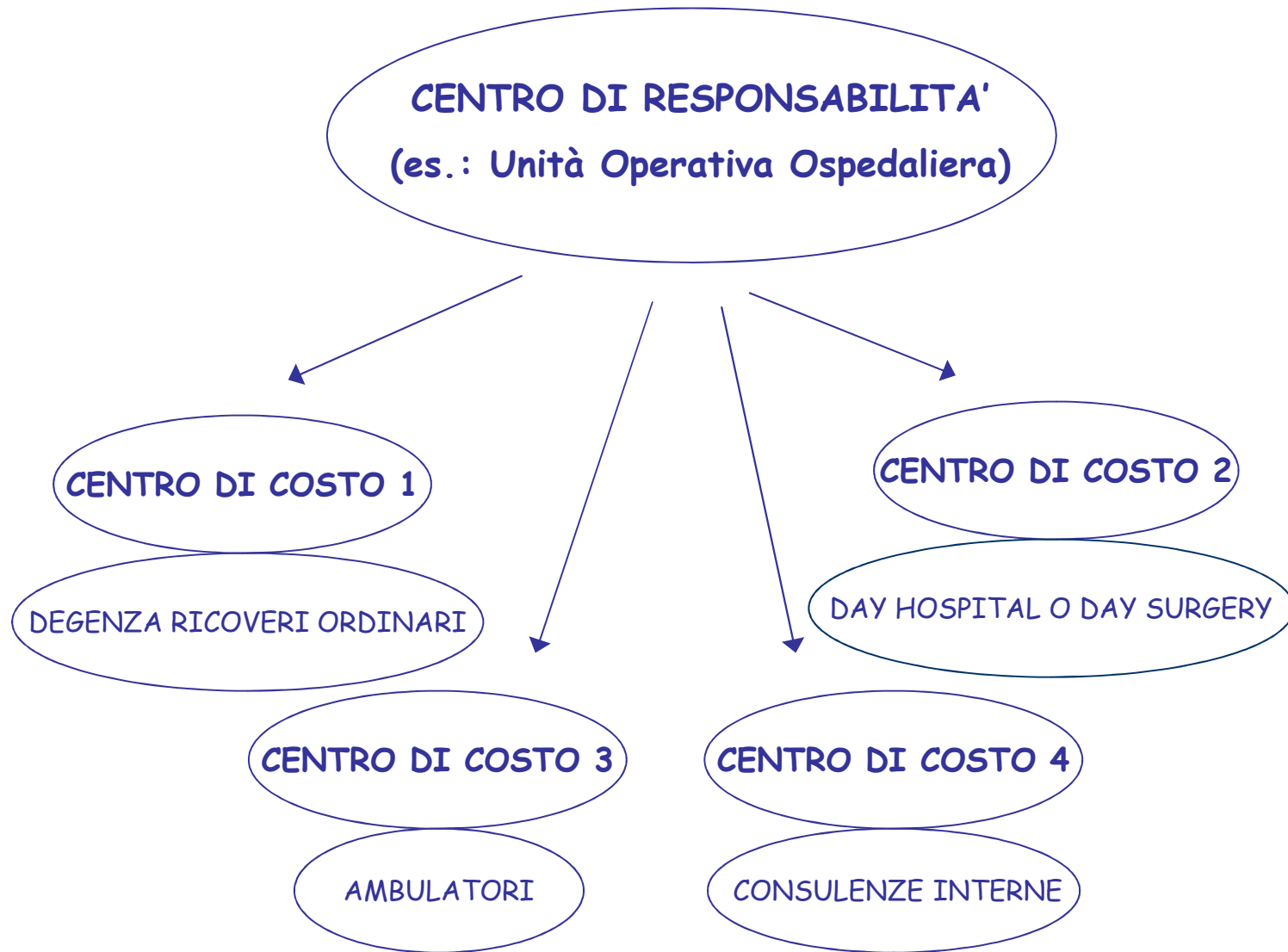
CENTRI DI COSTO

CENTRO DI COSTO

=

UNITA' AZIENDALE ELEMENTARE
CHE SVOLGE UNA SPECIFICA ATTIVITA'
SOTTO IL CONTROLLO DI UN
RESPONSABILE.

AD ESSA E' POSSIBILE ATTRIBUIRE
IN MODO **COMPLETO ED ESCLUSIVO**
I COSTI DEI FATTORI PRODUTTIVI
IMPIEGATI

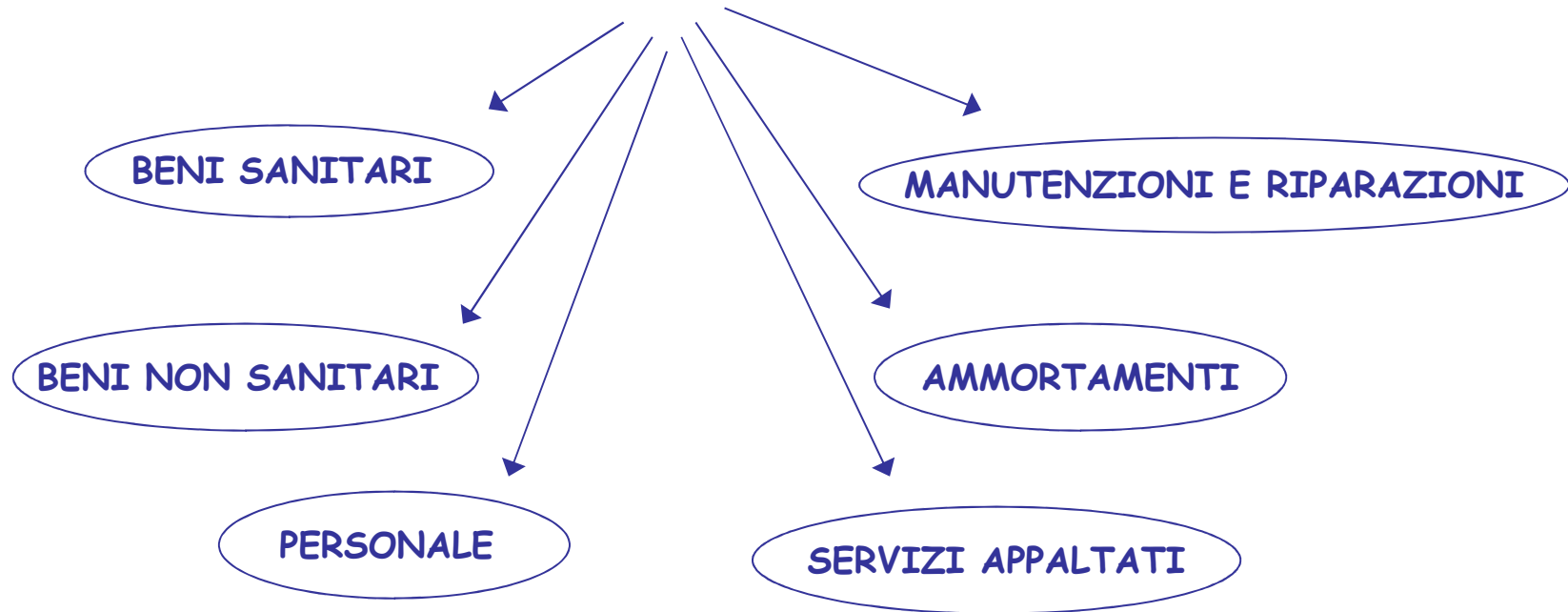


FATTORI PRODUTTIVI

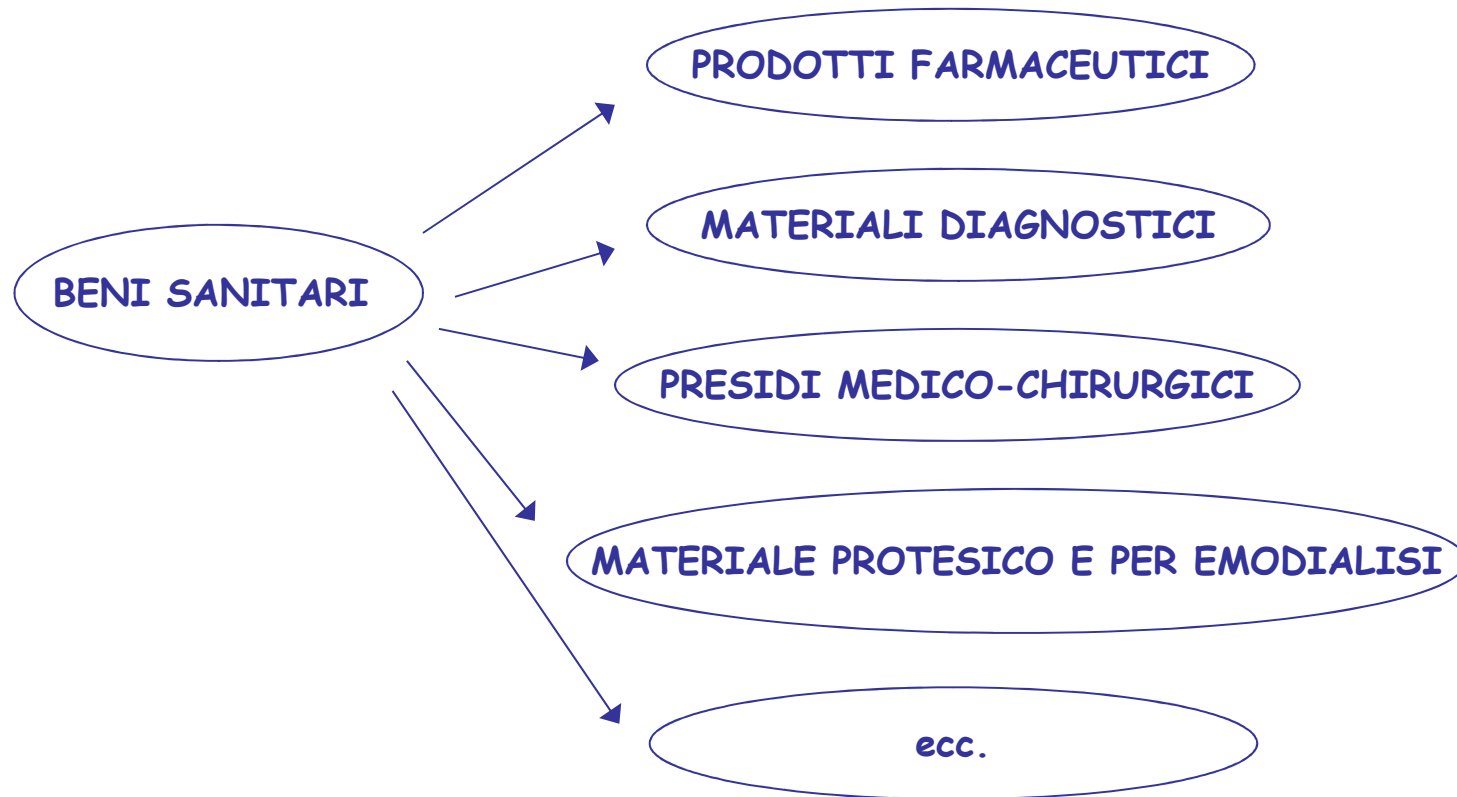
=

OGNI ELEMENTO,
CON UN VALORE ECONOMICO,
IMPIEGATO NELLO SVOLGIMENTO DI
UN'ATTIVITA'
E CHE QUINDI
CONCORRE ALLA FORMAZIONE
DEL COSTO DI PRODUZIONE

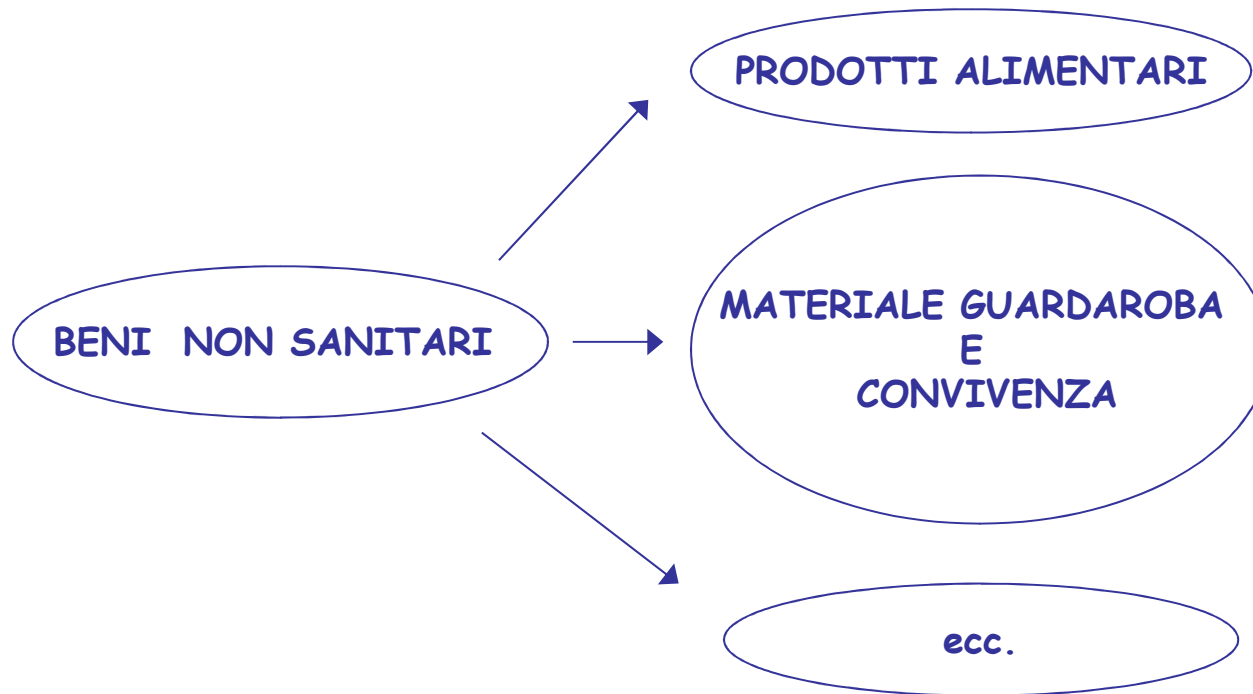
FATTORI PRODUTTIVI



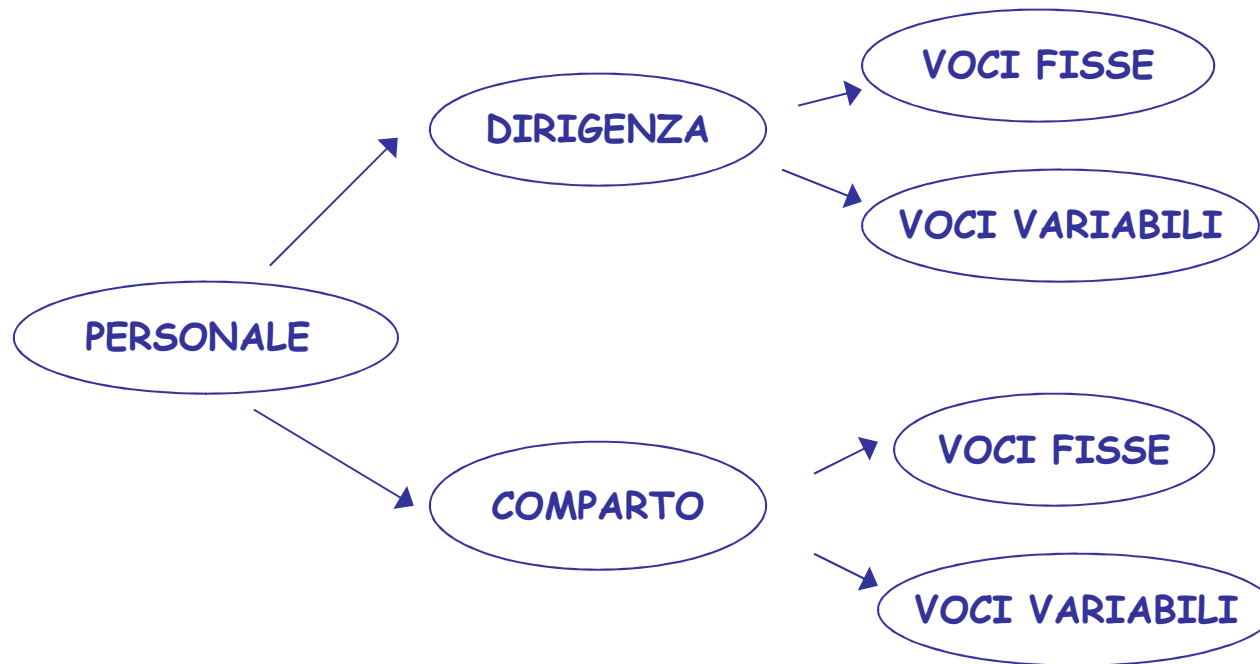
FATTORI PRODUTTIVI 1



FATTORI PRODUTTIVI 2



FATTORI PRODUTTIVI 3



PRODOTTI

- PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO

SISTEMA DI CLASSIFICAZIONE: DRG

- PRESTAZIONI AMBULATORIALI

SISTEMA DI CLASSIFICAZIONE: NOMENCLATORE-TARIFFARIO

Per ogni Centro di Responsabilità – Centro di Costo è indispensabile individuare il listino dei prodotti

**CLASSIFICAZIONE DELLE PATOLOGIE per CATEGORIA DIAGNOSTICA
MAGGIORE**

M DC	DESCRIZIONE
1	MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO
2	MALATTIE E DISTURBI DELL'OCCHIO
3	MALATTIE E DISTURBI DELL'ORECCHIO, DEL NASO, DELLA BOCCA E DELLA GOLA
4	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RESPIRATORIO
5	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO
6	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE
7	MALATTIE E DISTURBI EPATOBILIARI E DEL PANCREAS
8	MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO
9	MALATTIE E DISTURBI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTO-CUTANEO E DELLA MAMMELLA
10	MALATTIE E DISTURBI ENDOCRINI, NUTRIZIONALI E METABOLICI
11	MALATTIE E DISTURBI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE
12	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE
13	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE
14	GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO
15	MALATTIE E DISTURBI DEL PERIODO NEONATALE
16	MALATTIE E DISTURBI DEL SANGUE, DEGLI ORGANI EMPOIETICI E DEL SISTEMA IMMUNITARIO
17	MALATTIE E DISTURBI MIELOPROLIFERATIVI E NEOPLASIE SCARSAMENTE DIFFERENZIATE
18	MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE (SISTEMICHE O DI SEDI NON SPECIFICATE)
19	MALATTIE E DISTURBI MENTALI
20	ABUSO DI ALCOOL / FARMACI E DISTURBI MENTALI ORGANICI INDOTTI
21	TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI
22	USTIONI
23	FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE ED IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI
24	TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI
25	INFEZIONI DA H.I.V.

REPORTING E VALUTAZIONE

CONSENTE DI:

- EVIDENZIARE SITUAZIONI ANOMALE
- ATTUARE AZIONI CORRETTIVE
- VALUTARE L'OPERATO DEI CENTRI DI RESPONSABILITA'
- VALUTARE I PROGRAMMI AZIENDALI

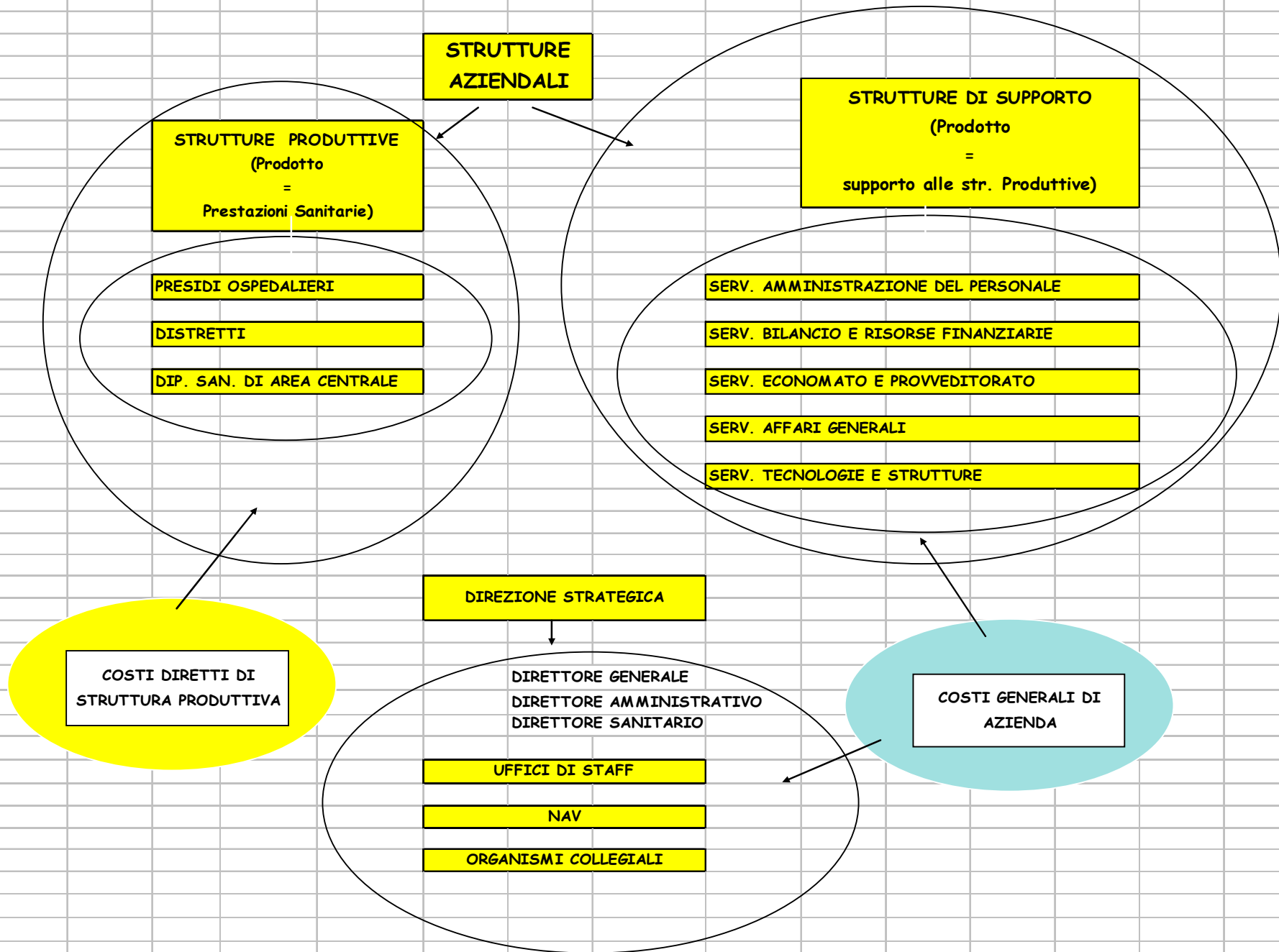
Nelle diapositive successive.....

STRUTTURA DEI COSTI:

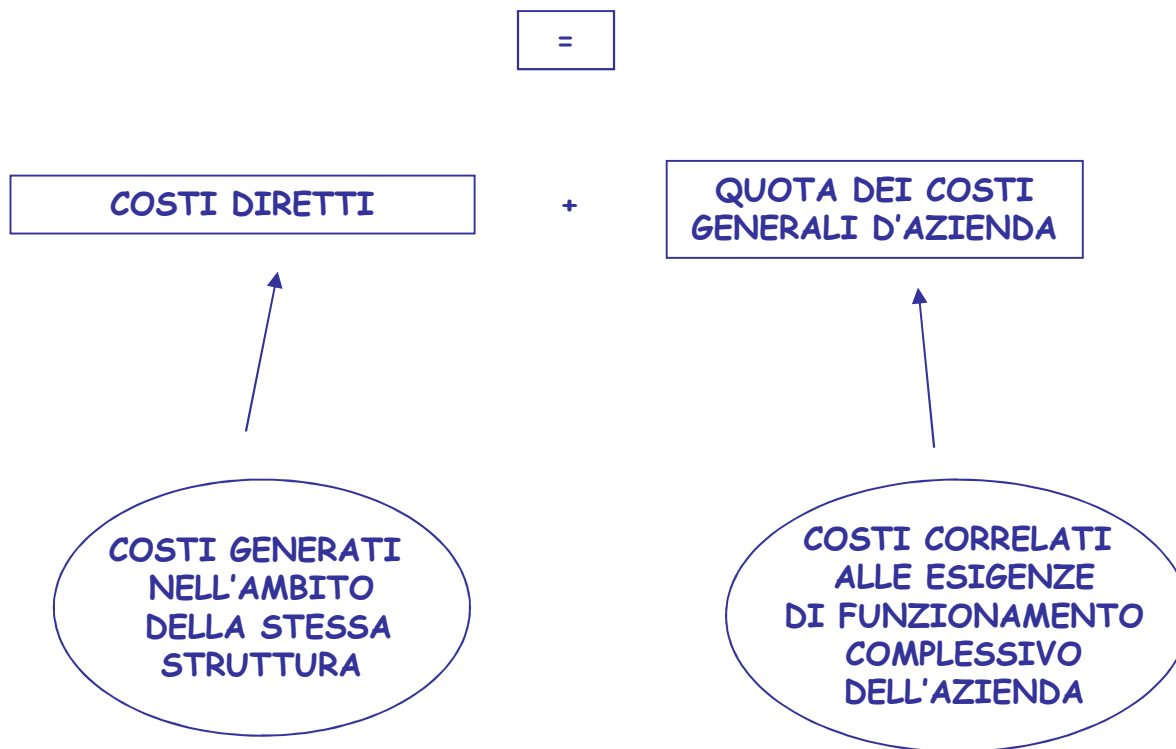
- **COSTI DIRETTI**
- **COSTI INDIRETTI**

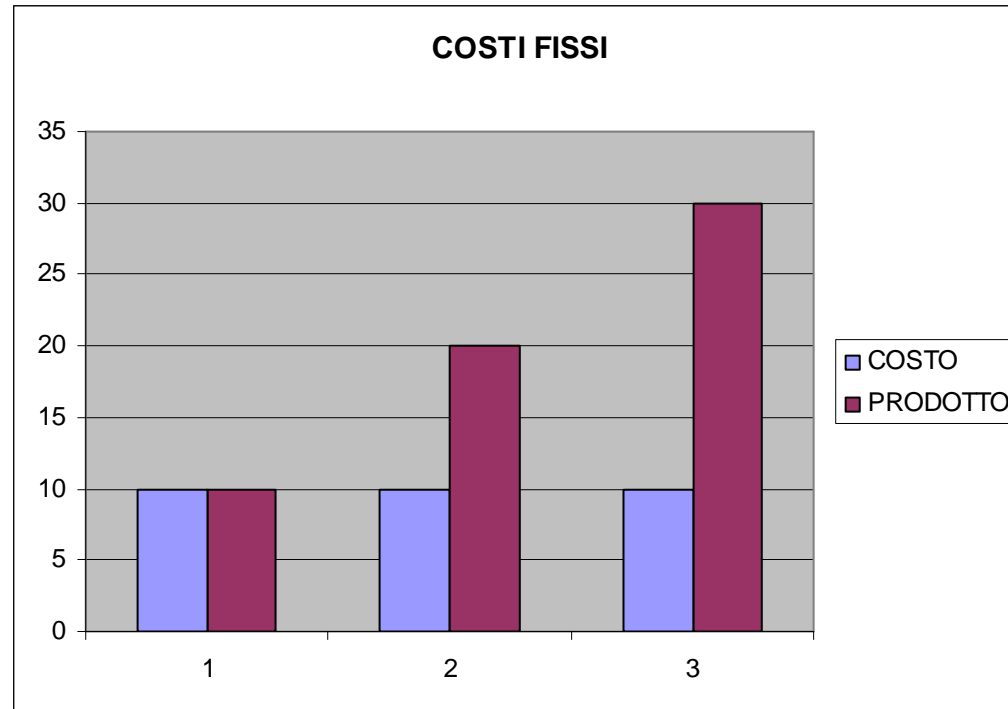
- o **COSTI FISSI**
- o **COSTI VARIABILI**

ATTRIBUZIONE DEI COSTI ALLE STRUTTURE PRODUTTIVE

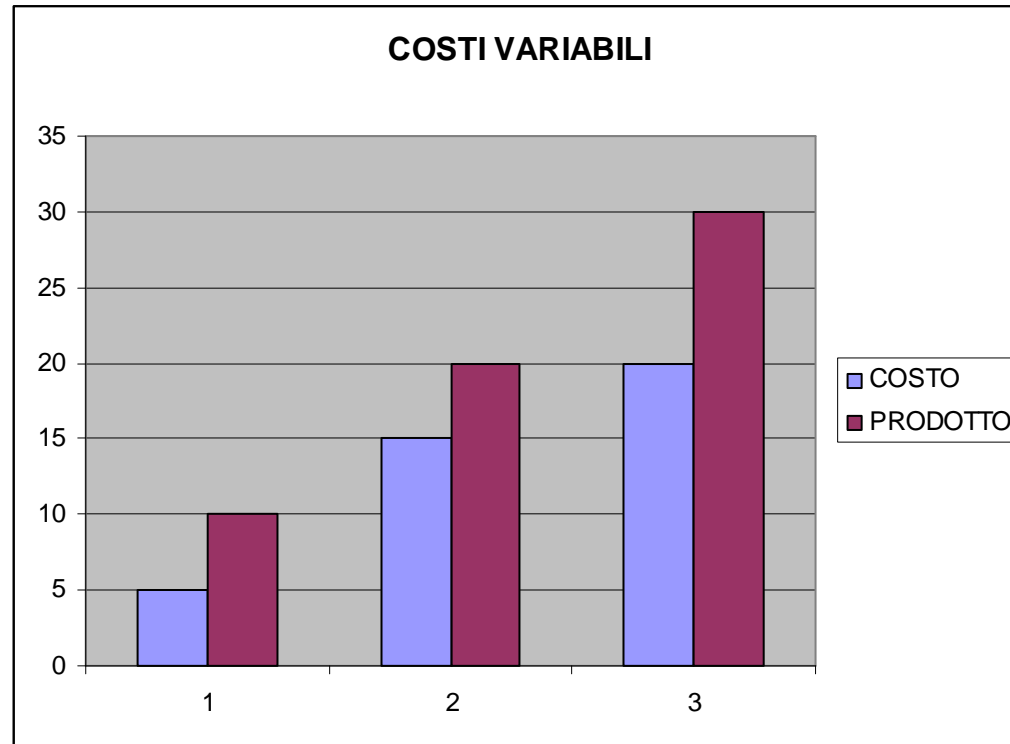


COSTO PIENO DELLE STRUTTURE PRODUTTIVE





COSTI FISSI: IL VALORE DEL COSTO NON VARIA CON IL VARIARE DELLA QUANTITA' DEL PRODOTTO



COSTI VARIABILI: IL VALORE DEL COSTO VARIA CON IL VARIARE DELLA QUANTITA' DEL PRODOTTO