

COLLANA: IL DIRITTO

VOLUME

3

DIRITTO SANITARIO

[Le Aziende del Servizio Sanitario Nazionale]

G. MURATORI – E. PALERMO

2012

ECONOMIA & DIRITTO

INDICE

CAPITOLO 1: LE AUSL E LE ALTRE AZIENDE ASSISTENZIALI

1.1 Le AUSL

1.2 *Funzioni e assetto organizzativo*

1.2.1 I Dipartimenti

1.2.2 I Distretti Sanitari di Base

1.2.3 Il Dipartimento di Cure Primarie

1.2.4 Il Dipartimento di Sanità Pubblica

1.2.5 La Specialistica Ambulatoriale

1.2.6 Presidi Ospedalieri non costituiti in Aziende Ospedaliere

1.3 Le Aziende Ospedaliere e le Aziende Ospedaliere Universitarie

1.4 IRCSS, IZS, ASP

1.5 Altre forme di assistenza

CAPITOLO 2: IL FINANZIAMENTO DELLE AUSL E LA PROGRAMMAZIONE

2.1 Il finanziamento

2.1.1 Il tesoriere delle Ausl

2.2 La ragioneria pubblica

- 2.2.1 La sterilizzazione degli ammortamenti
- 2.3 Gli strumenti di programmazione
- 2.4 Contabilità e budget
 - 2.4.1 Il Processo di Budgeting
- 2.5 Il controllo di gestione interno alle Aziende
 - 2.5.1 Altri strumenti di controllo della gestione

CAPITOLO PRIMO

LE AUSL E LE ALTRE AZIENDE ASSISTENZIALI

1.1 Le Ausl

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

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

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

ORGANI DELLA AUSL:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

c) i dipendenti dell'Azienda sanitaria;

d) i fornitori dell'Azienda sanitaria;

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

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

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

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

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

1.2 *Funzioni e assetto organizzativo*

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

1.2.1 I Dipartimenti

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

In particolare, il Comitato di Dipartimento:

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

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

1.2.2 I Distretti Sanitari di Base:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2.3 Il Dipartimento di cure primarie

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

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

I medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta sono inseriti nei Nuclei delle cure primarie. L'obiettivo è di integrare

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

1.2.4 Il Dipartimento Sanità Pubblica

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

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

- a) Profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- b) Tutela della collettività dei rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali

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

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

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

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

- a) Igiene e sanità pubblica
- b) Igiene degli alimenti e della nutrizione

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

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

1.2.5 La specialistica ambulatoriale

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

Le prestazioni specialistiche erogate dal Servizio sanitario regionale sono contenute nel Nomenclatore tariffario regionale, modificato con delibera di Giunta (per l'Emilia Romagna la D.Gr. 262/2003

modificata dalle delibere di Giunta 2678/04 per le prestazioni odontoiatriche e D.Gr. 1065/06 per la radioterapia).

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

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

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

Sempre al fine di semplificare l'accesso ai cittadini e fare in modo che a muoversi, per quanto possibile, siano le informazioni e non le persone, è stato promosso il "Progetto SOLE (Sanità On LinE)": un progetto di collegamento in rete tra medici di famiglia e medici del Servizio sanitario per lo scambio di informazioni sull'assistito – prescrizioni, referti, cartella clinica... - nel rigoroso rispetto della privacy (per l'Emilia Romagna delibera di Giunta 1182/05). Con il Piano regionale per il contenimento dei tempi di attesa (adottato con le delibere di Giunta E.R. 1532/2006 e 73/2007, in applicazione dell'intesa Stato-Regioni del 28/3/2006) è stata definita la necessità di arrivare ad un sistema di prenotazione integrato – attraverso una rete dei centri di prenotazione per Area vasta e regionale, che permetta la gestione di tutta l'offerta di

specialistica sia a livello ospedaliero che territoriale. Per l'applicazione di questo Piano, le Aziende sanitarie hanno adottato programmi attuativi locali, condivisi e approvati anche in sede di Conferenza territoriale sociale e sanitaria.

1.2.6 Presidi Ospedalieri non costituiti in Aziende Ospedaliere

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

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

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

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

- utilizzazione media annua dei posti letto a tasso non inferiore al 75%

- Dotazione complessiva di 6 posti letto per 1000 abitanti di cui lo 0,5 per mille riservato alla riabilitazione ed alla lungodegenza post-acuzie
- Riconversione degli ospedali con uno standard minimo inferiore a 120 posti letto.

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

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

1.3 Le Aziende Ospedaliere

Sono gli ospedali scorporati dall'AUSL e costituiti in aziende autonome dotate di personalità giuridica e autonomia imprenditoriale. Scopo ultimo delle suddette aziende è quello di far fronte alle richieste di assistenza sanitaria della popolazione garantendo a minimi costi prestazioni di alta qualità. Spetta alle regioni trasmettere al Ministro della Salute le proprie indicazioni sulla base delle quali, previa verifica della sussistenza dei requisiti, il Ministro formula proposte da inoltrare al consiglio dei ministri che individua gli ospedali da costituire in azienda. Entro 60 gg dalla deliberazione del CdM le regioni costituiscono i predetti ospedali in azienda.

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

- a) **Organizzazione dipartimentale di tutte le UO presenti nella struttura**
- b) **Disponibilità di un sistema di contabilità economico patrimoniale e di una contabilità per centri di costo**
- c) **) Presenza di almeno tre UO di alta specialità (ai sensi del Dm 29/1/92) sono:**
- le emergenze (incluse quelle pediatriche)
 - le grandi ustioni (incluse quelle pediatriche)
 - la cardiologia medico-chirurgica (incluso pediatrica)
 - la neurologia ad indirizzo chirurgico (incluso pediatrica)
 - la nefro-urologia (incluso pediatrica)
 - la neuro-riabilitazione
 - i trapianti d'organo (compresi il coordinamento interregionale dei prelievi multiorgano a fine di trapianto
 - l'oncoematologia (incluso pediatrica)
 - la pneumologia oncologica
 - la radioterapia oncologica
 - le malattie vascolari
 - la ginecologia oncologica
- d) **Dipartimento di emergenza di secondo livello** (ai sensi del DPR 27/03/92)
- e) **Ruolo di ospedale di riferimento in programmi integrati di assistenza su base regionale ed interregionale** (così come previsto dal PSR ed in considerazione della mobilità infraregionale e della frequenza dei trasferimenti da PO regionali di minore complessità)

- f) **Attività di ricovero in degenza ordinaria** (nel corso dell'ultimo triennio per pazienti residenti in Regioni diverse, superiore di almeno il 10% rispetto al valore medio regionale (salvo per quelli ubicati in Sicilia e Sardegna)
- g) **Indice di complessità della casistica dei pazienti trattati in ricovero ordinario** (nel corso dell'ultimo triennio superiore ad almeno il 20% del valore medio regionale)
- h) **disponibilità di un proprio patrimonio immobiliare** adeguato e sufficiente per consentire lo svolgimento delle attività istituzionali di tutela della salute e di erogazione di prestazioni sanitarie. I requisiti di cui alla lettere c) e d) non si applicano agli ospedali di alta specializzazione di cui al DM 31/01/95 che li definisce come i PO che erogano prestazioni specialistiche di diagnosi, cura e riabilitazione afferenti una disciplina medico-chirurgica o più discipline medico-chirurgiche, fra di loro strettamente complementari in relazione alla specifica attività svolta (policlinici universitari).

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

Nel predisporre il PSR e comunque dopo 3 anni dall'entrata in vigore della 229/99 la regione verifica la permanenza (o la presenza) dei requisiti sopra indicati e in caso di grave disavanzo o di perdita di requisiti la costituzione in azienda viene revocata e la Regione individua l'AUSL subentrante nei relativi rapporti attivi e passivi.

Riguardo i PO già costituiti in AO secondo la previgente disciplina la 229/99 sancisce possano essere riconfermati per un periodo massimo di 3 anni dall'entrata in vigore della stessa sulla base di un

progetto di adeguamento presentato dalla Regione fatta eccezione per i PO su cui insiste la prevalenza del corso formativo del triennio clinico della facoltà di medicina. Alla scadenza del termine previsto nel provvedimento di onferma, ove permanga la carenza dei requisiti le regioni e il Ministro della salute viene revocata la costituzione in AO e la Regione individua l'AUSL subentrante nei relativi rapporti attivi e passivi.

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

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

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

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

1.4 IRCSS, IZS, ASP

ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE

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

con durata illimitata e che hanno come loro organi il consiglio di amministrazione, il DG (con natura esclusiva dell'incarico ed incompatibilità assoluta) collegio dei revisori e comitato tecnico-scientifico) (b) titolarità dell'autorizzazione e dell'accreditamento sanitari(c) economicità ed efficienza dell'organizzazione, qualità delle strutture e livello tecnologico delle attrezzature (d) caratteri di eccellenza del livello delle prestazioni e dell'attività sanitaria svolta negli ultimi 3 anni (e) caratteri di eccellenza dell'attività di ricerca svolta nell'ultimo triennio relativamente alla disciplina assegnata;

(f) dimostrata capacità di inserirsi in rete con Istituti di ricerca della stessa area di riferimento e di collaborazioni con altri enti pubblici e privati (g) dimostrata capacità di attrarre finanziamenti pubblici e privati indipendenti (h) certificazione di qualità dei servizi secondo procedure internazionalmente riconosciute.

Sia le Fondazioni IRCSS che gli IRCSS informano la propria attività a criteri di efficacia efficienza ed economicità e sono tenuti al rispetto del vincolo di bilancio attraverso l'equilibrio 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

ISTITUTI ZOOPROFILATTICI SPERIMENTALI: sono enti sanitari a valenza regionale od interregionale soggetti alla vigilanza ed al controllo delle Regioni. Sono dotati (a norma del DLGS 270/93) di autonomia amministrativa, gestionale e tecnica ed operano nell'ambito del SSN con specifiche competenze di ricerca finalizzate all'accertamento dello stato sanitario degli animali e della salubrità dei prodotti di derivazione animale.

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

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

Scopo di tale riordino è quello di realizzare la trasformazione delle IPAB in Aziende pubbliche di Servizi alla persona, le Regioni sovrintenderanno a tali trasformazioni inserendo i nuovi soggetti nel campo socio-assistenziale o nella programmazione sanitaria (art.2). ha personalità giuridica di diritto pubblico, è dotata di autonomia statutaria, gestionale, patrimoniale, contabile e finanziaria e non ha fini di lucro. L'Azienda svolge la propria attività secondo criteri di efficienza, efficacia ed economicità, nel rispetto del pareggio di bilancio da perseguire attraverso l'equilibrio dei costi e ricavi. Sono nate in seguito alla trasformazione delle IPAB previste dalla L.R. 2/2003. Sono organi di governo dell'Azienda:

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

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

1.5 Altre forme di assistenza

1) STRUTTURE SANITARIE PRIVATE

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

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

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

3) stipulazione di accordi contrattuali per l'esercizio di attività sanitarie a carico del SSN Le strutture che erogano prestazioni sanitarie a carico del SSN stipulano con le Regioni territorialmente competenti accordi contrattuali. La remunerazione delle prestazioni erogate può avvenire: **(a) secondo il costo standard di produzione per le funzioni assistenziali** quali (a1) programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale con riferimento particolare alle patologie croniche e recidivanti (a2) programmi di assistenza ad elevato grado di personalizzazione (a3) attività svolte in programmi di prevenzione (a4) assistenza a malattie rare (a5) attività con rilevanti costi di attesa (a6) programmi sperimentali di assistenza (a7) programmi di trapianti; **(b) in base a tariffe predeterminate per prestazione** per attività diverse da quelle di cui sopra e limitatamente agli

episodi di assistenza ospedaliera per acuti erogata in regime di **degenza** ordinaria e di DH ed alle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

2) FORME INTEGRATIVE DI ASSISTENZA

(A) fondi integrativi sanitari Le prestazioni esorbitanti i LEA definiti dal PSN in concreto erogabili tramite fondi integrativi sono:

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

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

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

(B) sperimentazioni gestionali Sono forme alternative sostitutive ed integrative di pagamento e remunerazione di servizi sanitari

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

CAPITOLO SECONDO
IL FINANZIAMENTO DELLE AUSL
E LA PROGRAMMAZIONE

2.1 Il finanziamento

Il finanziamento del SSN avviene su tre livelli differenziati:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le entrate proprie di cui le AUSL possono pienamente disporre sono (1) ticket pagati dagli assistiti per le prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio (2) entrate derivanti da lasciti e donazioni (3) erogazione di prestazioni tariffabili e servizi a pagamento (4) introiti dell'attività lp degli operatori (5) eventuali avanzi di gestione.

Per quanto riguarda le AZ.OSP ed i PO non costituiti in aziende il loro finanziamento è basato essenzialmente sulla remunerazione a tariffa della prestazione sanitaria erogata attraverso i DRG individuati dalla Regione sulla base di criteri uniformi stabiliti a livello nazionale. Ciascun DRG raggruppa categorie di pazienti ospedalieri definite in modo che presentino caratteristiche cliniche analoghe e richiedano per il loro trattamento volumi omogenei di risorse ospedaliere; l'assegnazione di ciascun paziente ad uno specifico DRG avviene sulla base della scheda di dimissione

(diagnosi principale di dimissione, diagnosi secondarie, interventi chirurgici ecc).

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

2.1.1 Il tesoriere delle Ausl

Il Servizio di tesoreria dell'Azienda è affidato di norma per la durata di un quinquennio, con apposita convenzione, ad una o più banche di notoria solidità, dotate di struttura tecnico-organizzativa idonea a garantire la regolare gestione del servizio.

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

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

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

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

2.2 La ragioneria pubblica

Le aziende si distinguono in: (1) aziende di produzione (produce beni e servizi); (2) aziende di erogazione (che svolge in prevalenza consumo di beni previo acquisto (erogazione di denaro)); (3) azienda composta che è l'insieme delle precedenti.

L'azienda composta pubblica ha le seguenti caratteristiche:

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

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

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

- Un processo erogativo nel corso del quale l'azienda acquisisce risorse, le combina e le impiega per conseguire i propri fini
- Un processo patrimoniale, insieme di operazioni che ha per oggetto i beni patrimoniali e i debiti e crediti a lungo termine
- Un processo produttivo di impresa ovvero produzione di beni e servizi ceduti a corrispettivo di un prezzo.
- La funzione più importante è quella del consumo che si divide in due fasi acquisizione delle risorse (imposizione tributaria, trasferimenti da altri enti, prestiti ed obbligazioni, applicazioni di tariffe, eventuali utili) e l'impiego di esse per soddisfare i bisogni attraverso l'emanazione di atti normativi ed amministrativi, l'erogazione di beni e servizi pubblici (soprattutto beni puri quelli cioè che non hanno rivalità nel consumo poichè l'utilizzo di uno non pregiudica nessun altro e la non escludibilità di convenienza o di possibilità di alcuno), l'erogazione di beni di pubblico interesse (che contrariamente ai puri possono avere mercato ma che scelte precise portano

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

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

Infatti mentre normalmente l'incontro tra la domanda e l'offerta rende possibile la formazione di un prezzo che premia le imprese

più efficienti e permette ai consumatori la scelta fra i prodotti, l'azienda pubblica non è incentivata a migliorare la qualità dei servizi erogati o l'efficienza dei processi produttivi, poiché 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.

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

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

La normativa statale obbliga quella regionale a prevedere:

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

Il patrimonio delle Ausl è costituito dai (a) beni mobili ed immobili di proprietà (b) beni acquisiti nell'esercizio della attività (c) beni acquisiti in seguito ad atti di liberalità (d) beni

immobili e mobili da trasferire o trasferiti dallo stato o da altri enti pubblici mediante leggi od atti amministrativi.

2.2.1 La sterilizzazione degli ammortamenti

Nel bilancio consolidato del SSR, l'area di riconciliazione comprende principalmente la sterilizzazione degli ammortamenti, ossia le quote di utilizzo dei contributi in conto capitale.

Dal punto di vista concettuale, infatti, la sterilizzazione degli ammortamenti nei bilanci delle aziende sanitarie pubbliche si giustifica solo sottolineando la terzietà della regione rispetto alle aziende stesse, così da sostenere che l'investimento finanziato dal trasferimento di capitale non rappresenta un costo per l'azienda e non deve influenzarne il risultato economico

Questa posizione, comunque indebolita dal processo di accentramento regionale (ossia dal fatto che la regione assuma sempre più il ruolo di capogruppo), è evidentemente inapplicabile al bilancio consolidato del SSR. Sotto un profilo più «tattico», la sterilizzazione evitava che le stime complesse e spesso arbitrarie con cui le aziende hanno valutato le proprie immobilizzazioni al fine di costruire lo Stato Patrimoniale iniziale incidessero sulla determinazione del fondo di dotazione e dei risultati d'esercizio. Con il passare del tempo, tuttavia, le aziende hanno ammortizzato e dismesso gran parte delle immobilizzazioni valutate in tal modo (con la rilevante eccezione dei fabbricati), indebolendo anche questa seconda motivazione. L'omissione delle sterilizzazioni, infine, può favorire i confronti spaziali, visto che al riguardo si rilevano forti eterogeneità sia nelle disposizioni regionali, sia nei comportamenti aziendali

2.3 Gli strumenti della programmazione

Gli strumenti di programmazione sono:

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

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

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

(B) **IL BILANCIO PLURIENNALE DI PREVISIONE** Il bilancio pluriennale di previsione esprime in termini economico-finanziari e patrimoniali le scelte operate nel piano programmatico (del quale ha la stessa durata ed in conformità del quale è redatto)

dell'Azienda, evidenziando in particolare gli investimenti e la loro copertura finanziaria.

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

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

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

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

(D) IL BILANCIO D'ESERCIZIO: introdotto dalla LR 29/04 come strumento di programmazione, che deve essere redatto (seguendo il codice civile) con chiarezza i dati in esso iscritti devono rappresentare in modo corretto e veritiero la situazione patrimoniale e finanziaria dell'impresa, il risultato economico, la situazione patrimoniale e finanziaria nel periodo di riferimento, con separata indicazione dei Servizi socio-assistenziali.

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

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

- a) scostamento dei risultati rispetto al bilancio economico preventivo;
- b) andamento delle principali tipologie di proventi e ricavi e di oneri e costi;

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

Il risultato economico positivo dell'esercizio è destinato alla copertura di eventuali perdite di esercizio portate a nuove, agli investimenti e all'incentivazione del personale. Quanto non utilizzato del risultato di esercizio deve essere accantonato in apposito fondo di riserva. La destinazione del risultato positivo della gestione socio-assistenziale sarà concordata con gli enti delegati o finalizzata agli interventi socio-assistenziali per l'esercizio successivo.

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

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

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

Ad intervenuta esecutività, una sintesi del bilancio di esercizio è pubblicata sul Bollettino ufficiale della Regione ed affissa in tutti

gli Albi pretori dei Comuni compresi nell'ambito territoriale di riferimento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.4 Il Sistema Budgetario

La programmazione annuale delle Aziende è esplicitata nel budget generale.

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

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

Il Direttore generale 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). Elemento fondamentale del budget è quindi la correlazione tra risorse e risultati. Il budget generale è costituito dal budget economico e dal budget patrimoniale. Il budget economico rappresenta il budget della produzione e del valore della produzione. Il budget patrimoniale si suddivide nel budget finanziario e nel budget degli investimenti.

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

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

I dirigenti preposti ai presidi ospedalieri ed ai distretti delle Aziende Unità sanitarie locali rispondono al Direttore generale degli obiettivi e delle risorse assegnate. Entro il relativo tetto di risorse si esplica l'autonomia gestionale ed organizzativa di ciascun dirigente di struttura. A tale autonomia corrisponde responsabilizzazione sul raggiungimento degli obiettivi di budget e sull'utilizzo delle risorse.

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

2.4.1 Il Processo di Budgeting

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

definiscono programmi e progetti operativi e formulano una proposta di budget.

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

Il Controllo di Gestione confronta in modo sistematico gli obiettivi definiti con i risultati prodotti, verificando l'efficienza della gestione nonché l'efficacia organizzativa cioè la capacità delle articolazioni aziendali di raggiungere gli obiettivi assegnati. Per tale finalità sono utilizzati gli strumenti della contabilità analitica e del budget.

2.5 Il controllo di gestione interno alle Aziende

Ai sensi del dlgs 286/99 sono individuati quattro diversi sistemi di controllo **(1) controllo di regolarità amministrativa e contabile, volto a garantire la legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa (collegio sindacale)** **(2) controllo strategico**, volto a valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione di piani, programmi ed altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico in termini di congruenza tra risultati conseguiti ed obiettivi predefiniti ed è svolta da strutture che rispondono direttamente agli organi di indirizzo politico amministrativo **(3) valutazione dei dirigenti** diretta a valutare le prestazioni del personale dirigenziale. Controllo svolto, da strutture e soggetti distinti che rispondono ai dirigenti posti al vertice dell'unità organizzativa interessata (collegio tecnico nominato dal

dg e presieduto dal direttore di dipartimento) (4) **controllo di gestione volto a verificare l'efficacia , l'efficienza ed economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare il rapporto costi risultati**, istituito all'interno dell'Azienda, per la verifica, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, della corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate, dell'imparzialità e del buon funzionamento dell'azione amministrativa, nonché della qualità dei servizi.

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

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

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

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

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

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

2.5.1 Altri strumenti di controllo della gestione

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

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

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

D) DIAGNOSIS RELATED GROUPS (DRG): è un metodo di rilevazione delle degenze ospedaliere col quale vengono aggregate le diverse patologie in gruppi che richiedono un impegno omogeneo di risorse (gruppi isorisorse) in base ai quali diventa possibile confrontare l'attività dei reparti ospedalieri per mezzo dei tradizionali indicatori di attività (degenza media, occupazione

media dei posti letto ecc), standardizzati per la complessità dei casi trattati eliminando così l'effetto dovuto alle diverse necessità assistenziali dei pazienti in cura mentre la variabile residua è interamente imputabile ai livelli di efficienza e dalle politiche cliniche di trattamento dei casi.