

COLLANA: IL DIRITTO

VOLUME  
14

# DIRITTO SANITARIO

[Il SSR della Regione Veneto]

G. MURATORI – E. PALERMO

2015

ECONOMIA & DIRITTO

## INDICE

### **CAPITOLO 1: GLI ATTORI DELLA SANITA' IN VENETO**

- 1.1 La Regione
- 1.2 L'Università
- 1.3 I comuni
- 1.4 La partecipazione dei cittadini

### **CAPITOLO 2: GLI ALTRI ATTORI - LE ULSS E LE AZIENDE OSPEDALIERE**

- 2.1 Le U.L.S.S. e l'Azienda Ospedaliera
- 2.2 Gli organi dell'Unità locale socio-sanitaria e dell'Azienda ospedaliera
- 2.3 Il direttore sanitario
- 2.4 Il direttore amministrativo
- 2.5 Il direttore dei servizi sociali
- 2.6 Il Consiglio dei sanitari
- 2.7 Il Distretto socio-sanitario
- 2.8 Il Dipartimento di Prevenzione
- 2.9 Il Presidio Ospedaliero

## **CAPITOLO 3: LA PROGRAMMAZIONE SOCIO-SANITARIA**

- 3.1 Gli strumenti della programmazione socio-sanitaria
  - 3.1.1 Piani, programmi e progetti
- 3.2 L'integrazione tra servizi sanitari e servizi socio-assistenziali
- 3.3 Il finanziamento del servizio sanitario regionale
- 3.4 Il finanziamento delle Unità locali sociosanitarie
- 3.5 Il finanziamento delle Aziende Ospedaliere
- 3.6 Il finanziamento dei servizi socio assistenziali delegati dagli enti locali.
- 3.7 Il Bilancio pluriennale di previsione.
- 3.8 Il Bilancio economico preventivo.
- 3.9 La metodica di budget.

## **CAPITOLO 4: LA CONTABILITA' ED I CONTROLLI**

- 4.1 Il patrimonio
- 4.2 La contabilità
- 4.3 Il Bilancio d'esercizio
- 4.4 Il Controllo di gestione
- 4.5 Il Controllo Regionale
- 4.6 Il Collegio dei revisori.

**CAPITOLO PRIMO**  
**GLI ATTORI DELLA SANITA' IN VENETO**

## 1.1 La Regione

Con la riforma del SSN introdotta dal D. Lgs. 502/1992 e s.m.i. ogni regione ha avuto nel tempo un proliferare di leggi per gestire al meglio il proprio SSR.

In particolare la legge regionale veneto 14/09/1994, n. 56 statuisce che la Regione svolge funzioni di **programmazione**, **indirizzo**, **controllo** nonché di **coordinamento** nei confronti delle Unità locali socio-sanitarie e delle Aziende ospedaliere.

Per la normativa sopra citata, la Regione disciplina inoltre le modalità dei rapporti fra Unità locali socio-sanitarie, Aziende ospedaliere, istituzioni sanitarie a gestione pubblica e privata e professionisti convenzionati, attraverso gli strumenti ed i vincoli della programmazione regionale. Tali rapporti sono fondati sul criterio dell'accreditamento delle istituzioni, sulle modalità di pagamento a prestazione e sul sistema di verifica e revisione di qualità.

Con riguardo invece ai compiti propri della Giunta regionale, questa vigila sul rispetto delle disposizioni impartite in materia di requisiti minimi e di classificazione delle strutture erogatrici, sul grado di soddisfacimento dei diritti dei cittadini e verifica il raggiungimento dei risultati quantitativi e qualitativi prefissati dal piano socio-sanitario regionale.

La Giunta regionale, inoltre, avvalendosi delle unità locali socio-sanitarie (U.L.S.S.) e delle aziende ospedaliere, sentiti gli organismi rappresentativi dei comuni, delle comunità montane, delle province, le università, le organizzazioni maggiormente rappresentative delle forze sociali e degli operatori sanitari, le sezioni provinciali della federazione nazionale degli ordini dei

medici chirurghi e degli odontoiatri, gli organismi di volontariato, il privato sociale e le associazioni di autotutela dei diritti dei cittadini, adotta il piano socio sanitario regionale e lo trasmette al Consiglio regionale per l'approvazione.

## 1.2 L'Università

Oltre alle Regioni di cui al paragrafo precedente, alle ULSS e alle Aziende ospedaliere delle quali parleremo nel capitolo 2, vi sono altri importanti attori della Sanità, tra cui le università.

Le università contribuiscono, per quanto di competenza, all'elaborazione del piano socio-sanitario regionale insieme con gli altri attori del SSR.

La Regione e le università stipulano specifici protocolli d'intesa per:

- a) regolamentare, nel rispetto delle proprie competenze istituzionali, l'apporto delle facoltà di medicina alle attività assistenziali del servizio sanitario regionale;
- b) disciplinare le modalità della reciproca collaborazione al fine di soddisfare le specifiche esigenze del servizio sanitario nazionale, connesse alla formazione degli specializzandi per l'accesso ai ruoli dirigenziali del servizio sanitario nazionale;
- c) regolamentare l'espletamento dei corsi di formazione di cui all'articolo 2 della legge 19 novembre 1990, n. 341.

I protocolli d'intesa di cui alla lettera a) sono approvati dal Consiglio regionale, quelli di cui alle lettere b) e c) sono approvati dalla Giunta regionale.

### 1.3 I comuni

Altro importantissimo attore in materia è il comune.

I comuni partecipano infatti, in modo pregnante al processo di programmazione socio-sanitaria regionale, in particolar modo attraverso il sindaco o, qualora l'ambito territoriale di una Unità locale socio-sanitaria comprenda più comuni o circoscrizioni, si costituisce la conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriale.

Tale conferenza adotta apposito regolamento per disciplinare lo svolgimento della propria attività nonché della rappresentanza nei casi in cui siano coinvolti più comuni, rappresentanza che deve essere di non più di **5 elementi** e che assume la denominazione di esecutivo, mediante la quale la conferenza stessa esercita le proprie funzioni di indirizzo e valutazione. La Conferenza dei sindaci tramite il proprio regolamento individua le modalità per la scelta del presidente della conferenza e per la formazione dell'esecutivo stesso.

La conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriale nel disciplinare la rappresentanza di cui sopra deve tener conto almeno dei seguenti criteri:

- a) rappresentatività dei comuni per densità demografica;
- b) collocazione dei comuni all'interno dei distretti socio-sanitari. Di norma nella rappresentanza non può essere presente più di un comune per ogni distretto.

Gli oneri per l'esercizio delle funzioni del sindaco, qualora l'ambito territoriale dall'Unità locale socio-sanitaria coincida con quello del Comune, o della rappresentanza della conferenza dei

sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriale sono a carico dei comuni interessati.

Spetta al **sindaco**, qualora l'ambito territoriale dell'Unità locale socio-sanitaria coincida con quello del comune, o alla rappresentanza della conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriale, in ordine alle rispettive Unità locali socio-sanitarie di riferimento:

- a) formulare le osservazioni sulla proposta di piano socio-sanitario regionale insieme con gli altri attori previsti dalla normativa;
- b) provvedere alla definizione, nell'ambito della programmazione socio-sanitaria regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica delle attività dell'Unità locale socio-sanitaria;
- c) provvedere alla elaborazione dei piani di zona dei servizi sociali vedi paragrafo 3.2;
- d) esaminare il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio di esercizio;
- e) verificare l'andamento generale dell'attività dell'Unità locale socio-sanitaria e trasmettere le proprie valutazioni e proposte all'Unità locale socio-sanitaria ed alla Regione.
- f) nell'ambito delle disposizioni del piano sanitario regionale, degli indirizzi generali impartiti dalla Giunta regionale e degli indirizzi specifici impartiti dall'esecutivo della stessa conferenza, esprimere parere obbligatorio, entro trenta giorni dalla sua trasmissione, sul piano attuativo locale disposto dai direttori generali;



- g) esprimere, attraverso l'esecutivo, per le aziende ULSS, il parere previsto dall'articolo 3 bis, comma 6, del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni<sup>1</sup>;
- h) limitatamente ai casi previsti dall'articolo 3 bis, comma 7<sup>2</sup>, del decreto legislativo n. 502/1992, chiedere, per le aziende ULSS, alla Regione di revocare il direttore generale o di non disporre la conferma;
- i) deliberare l'adozione dei provvedimenti in base ai quali le aziende ULSS e le aziende ospedaliere assicurano le prestazioni e i servizi contemplati dai livelli aggiuntivi di assistenza finanziati dai comuni ai sensi dell'articolo 2, comma 1 lettera l) della legge 30 novembre 1998, n. 419 concernente la delega al Governo per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale, previo parere favorevole della Giunta regionale che lo esprime in base alla verifica della congruità degli specifici finanziamenti a ciò destinati dagli stessi comuni e della compatibilità con gli obiettivi generali della programmazione regionale.

---

<sup>1</sup> Trascorsi diciotto mesi dalla nomina di ciascun direttore generale, la regione verifica i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi di cui al comma 5 e, sentito il parere del sindaco o della conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, ovvero, per le aziende ospedaliere, della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, procede o meno alla conferma entro i tre mesi successivi alla scadenza del termine. La disposizione si applica in ogni altro procedimento di valutazione dell'operato del direttore generale, salvo quanto disposto sotto.

<sup>2</sup> 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 direttore generale e provvede alla sua sostituzione; in tali casi la regione provvede previo parere della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, che si esprime nel termine di dieci giorni dalla richiesta, decorsi inutilmente i quali la risoluzione del contratto può avere comunque corso. Si prescinde dal parere nei casi di particolare gravità e urgenza. Il sindaco o la Conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, ovvero, per le aziende ospedaliere, la Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, nel caso di manifesta inattuazione nella realizzazione del Piano attuativo locale, possono chiedere alla regione di revocare il direttore generale, o di non disporre la conferma, ove il contratto sia già scaduto. Quando i procedimenti di valutazione e di revoca di cui al comma 6 e al presente comma riguardano i direttori generali delle aziende ospedaliere, la Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis è integrata con il Sindaco del comune capoluogo della provincia in cui è situata l'azienda

Gli organi dell'Unità locale socio-sanitaria sono tenuti a rendere disponibili al sindaco, qualora l'ambito territoriale della Unità locale socio-sanitaria coincida con quello del comune, o alla rappresentanza della conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriali i dati informativi necessari allo svolgimento delle funzioni di cui al presente articolo e a rispondere motivatamente alle proposte di cui alla lettera e) di cui sopra.

La Conferenza dei sindaci si riunisce in sede plenaria almeno in occasione dell'esame degli atti di bilancio, dell'emanazione degli indirizzi per l'elaborazione del piano attuativo locale e dell'espressione del relativo parere, in occasione della espressione del parere previsto dall'articolo 3 bis, comma 6 (vedi nota 1), del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni.

Il direttore generale assicura i rapporti tra l'azienda ULSS e la Conferenza dei sindaci. Il direttore generale è tenuto a partecipare alle sedute dell'esecutivo e della conferenza su invito del presidente.

L'azienda ULSS mette a disposizione idonei locali per le conferenze dei sindaci. Le conferenze dei sindaci dispongono in ordine alla propria organizzazione interna.

#### 1.4 La partecipazione dei cittadini

La Regione del Veneto assicura e garantisce la partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini nella fruizione dei servizi sanitari. I medesimi diritti sono estesi anche ai cittadini iscritti all'Anagrafe degli italiani residenti all'estero (AIRE) che hanno avuto l'ultima

residenza italiana in un comune del Veneto e si trovano in temporaneo soggiorno sul territorio veneto.

Presso ogni Unità locale socio-sanitaria e ogni Azienda ospedaliera è istituito, ai sensi dell'articolo 12 del decreto legislativo 3 febbraio 1993 n. 29 e successive modificazioni, l'ufficio per l'informazione e le relazioni con il pubblico (URP) con il compito tra l'altro di:

- a) fornire le informazioni utili sulle prestazioni e le modalità di accesso ai servizi;
- b) raccogliere ed elaborare proposte per migliorare gli aspetti organizzativi e logistici dei servizi.

Il direttore generale dell'Unità locale socio-sanitaria e dell'Azienda ospedaliera, anche sulla base dell'attività svolta dall'URP determina, sentiti gli organismi di volontariato e le associazioni di tutela dei diritti dei cittadini, le modalità ed i tempi di raccolta e valutazione delle loro osservazioni in merito alla gestione dei servizi e all'erogazione delle prestazioni.

Il direttore generale dell'Unità locale socio-sanitaria e dell'Azienda ospedaliera convoca, almeno una volta l'anno, apposita conferenza dei servizi per verificare l'andamento dei servizi ai sensi dell'articolo 14 del D.Lgs 502/1992 e s.m.i.

Le modalità di presenza nelle strutture degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti nonché le modalità di funzionamento della conferenza dei servizi sono disciplinate dalla giunta regionale mediante direttive.

Sono strumenti di comunicazione, trasparenza, accoglienza, tutela e partecipazione dei cittadini:

- la Carta dei servizi, quale espressione formale del patto sulla qualità dei servizi offerti e sul loro costante miglioramento,

stipulato tra l'Azienda e i cittadini, anche sotto il profilo della individuazione di specifici standard di qualità;

- il consenso all'atto sanitario proposto, espressione conclusiva di un importante momento comunicativo essenziale per consentire di stabilire quella alleanza terapeutica fondamentale per affrontare, in modo corretto e partecipato, l'attività clinica;

- il sistema di gestione dei reclami, che si svolge attraverso procedure predefinite sulla base di un apposito regolamento aziendale;

- le indagini volte a rilevare la qualità percepita che valuta il grado di soddisfazione da parte dell'utente relativamente alle prestazioni e/o ai servizi erogati dalla struttura sanitaria nel suo complesso e/o dalla singola Unità Operativa, al fine di permettere l'attivazione di eventuali azioni di miglioramento;

- la mediazione linguistico-culturale che comprende tutte le attività di informazione rispondenti alle nuove esigenze di integrazione di una società multietnica e multiculturale;

L'Azienda promuove l'esercizio di funzioni sanitarie da parte di organismi non lucrativi di utilità sociale, organismi della cooperazione, organizzazioni di volontariato, associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni, enti di patronato e altri soggetti privati, salvo quando l'organizzazione e la gestione interna all'Azienda Sanitaria sia indispensabile alla realizzazione dell'interesse generale costituzionalmente protetto.

I rapporti tra l'Azienda Sanitaria e gli enti suindicati sono regolati da Convenzioni, Accordi di programma (quando il rapporto coinvolge altri enti pubblici o privati), Protocolli d'Intesa.

## **CAPITOLO SECONDO**

**GLI ALTRI ATTORI:**

**LE ULSS E LE AZIENDE OSPEDALIERE**

## 2.1 Le U.L.S.S. e l'Azienda Ospedaliera

L'Unità locale socio-sanitaria e l'Azienda ospedaliera assicurano ai cittadini le prestazioni previste nei livelli uniformi di assistenza stabiliti dal piano socio-sanitario regionale nel rispetto del piano sanitario nazionale, avvalendosi delle proprie strutture o di quelle comunque previste dalla legge (Unità locali socio-sanitarie, Aziende ospedaliere, istituzioni sanitarie a gestione pubblica e privata e professionisti convenzionati).

L'Unità locale socio-sanitaria e l'Azienda ospedaliera, in attuazione degli indirizzi stabiliti dal piano socio-sanitario regionale e tenuto conto delle linee di indirizzo espresse dalla rappresentanza della conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriale o dal sindaco qualora l'ambito territoriale dell'Unità locale socio-sanitaria coincida con quello del comune, elabora il piano generale attuativo triennale.

Il piano generale attuativo triennale dell'Unità locale socio-sanitaria recepisce il piano di zona di cui al paragrafo 3.2.

L'Unità locale socio-sanitaria e l'Azienda ospedaliera devono essere organizzate sulla base del criterio per cui ciascuna struttura e unità operativa:

- a) ha assegnati compiti, obiettivi quantitativi e qualitativi e strumenti coerenti fra loro e rispondenti a logiche di organicità;
- b) ha un unico responsabile, dal quale dipendono tutti gli operatori ad essa assegnati;
- c) costituisce un centro di attività e di costo con un proprio budget. Il responsabile della struttura o unità operativa risponde del raggiungimento degli obiettivi nel rispetto del budget assegnato;

d) deve attuare procedure per un'azione coordinata, pur permanendo autonoma.

## 2.2 Gli organi dell'Unità locale socio-sanitaria e dell'Azienda ospedaliera.

Gli organi dell'Unità locale socio-sanitaria e dell'Azienda ospedaliera sono tre: il direttore generale, il collegio dei revisori e il collegio di direzione.

Il **direttore generale** della ULSS è nominato con decreto del Presidente della Regione e quello dell'Azienda ospedaliera nella quale insiste la prevalenza del corso formativo del triennio clinico della facoltà di medicina e chirurgia è nominato d'intesa con il rettore della rispettiva università.

Al direttore generale, comunque nominato, spettano tutte le funzioni di gestione complessiva e la rappresentanza generale della stessa nonché la valorizzazione e la più efficace gestione delle risorse umane. A tal fine promuove le azioni formative più opportune, si dota delle strutture necessarie, nomina e con provvedimento motivato revoca il dirigente del personale.

E' responsabile del raggiungimento degli obiettivi assegnatigli dalla Giunta regionale nonché della corretta ed economica gestione delle risorse a disposizione dell'azienda e per il raggiungimento degli obiettivi si avvale dell'unità controllo di gestione<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> L'unità controllo di gestione, nominata dal direttore generale, opera alle dirette dipendenze dello stesso e svolge la sua attività con i singoli direttori per le materie di rispettiva

Il direttore generale nomina, e con provvedimento motivato può sospendere o dichiarare decaduto, il direttore sanitario, il direttore amministrativo ed il direttore dei servizi sociali. Il direttore generale inoltre, fatta salva la normativa vigente, affida, e con provvedimento motivato revoca, la direzione delle strutture del distretto, del dipartimento di prevenzione, dell'ospedale nonché delle unità operative.

Il Presidente della Giunta regionale, su conforme deliberazione della Giunta medesima, risolve il contratto del direttore generale dichiarandone la decadenza e provvede alla sua sostituzione nei casi previsti dal D. Lgs. 502/1992.

Il **collegio dei revisori** (del quale si parlerà diffusamente al paragrafo 4.6) dura in carica tre anni ed è composto da cinque membri<sup>4</sup>, nominati dal direttore generale, di cui due designati dalla regione, uno designato dal Ministro del Tesoro, del bilancio e della programmazione economica, uno dal Ministro della sanità e uno dalla Conferenza dei sindaci; per le aziende ospedaliere quest'ultimo componente è designato dall'organismo di rappresentanza dei comuni.

Spettano al collegio dei revisori le funzioni di verifica della regolare tenuta della contabilità, ispettive di cassa, nonché quelle previste dalla legge regionale di contabilità sanitaria.

Per l'esercizio di tali funzioni, tutti gli atti adottati dal direttore generale sono trasmessi al collegio dei revisori all'atto della loro pubblicazione nell'albo dell'azienda. Entro quindici giorni dal

---

competenza. L'unità controllo di gestione applica la metodica di budget al fine di garantire efficacia ed efficienza ai processi di acquisizione e di impiego delle risorse e concretizzare il principio di responsabilità economica.

<sup>4</sup> 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



ricevimento dell'atto, il collegio dei revisori trasmette al direttore generale gli eventuali rilievi.

Il **Collegio di Direzione**, previsto dall'art. 17 del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., è l'organo collegiale che assicura alla Direzione Generale il supporto per il governo delle attività cliniche, per la programmazione e la valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad elevata integrazione sanitaria, per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, per l'utilizzazione e la valorizzazione delle risorse umane, nonché per la valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici, contribuisce altresì alla formulazione di programmi di formazione, dei piani organizzativi per l'attività libero professionale intramuraria.

Il Collegio di Direzione è composto da:

- Direttore Generale;
- Direttore Sanitario;
- Direttore Amministrativo;
- un Direttore della Direzione Medica;
- un Direttore di Dipartimento strutturale per ciascuna area (medica, chirurgica, materno-infantile e dei servizi di diagnosi e cura);
- Direttore del Dipartimento di Emergenza-Urgenza;
- Direttore del Dipartimento di Salute Mentale;
- Direttore del Dipartimento Medicina Trasfusionale;
- un Direttore di Dipartimento strutturale dell'area dei servizi professionali, tecnici ed amministrativi;
- Direttore della Farmacia;
- Direttore della Direzione delle Professioni Sanitarie.

E' prevista la possibilità di convocare un Collegio di Direzione allargato agli altri Direttori di Dipartimento non espressamente previsti dalla normativa e, in caso di specifiche situazioni, è possibile coinvolgere altri professionisti dell'AOP in relazione alle specificità degli argomenti da trattare, in entrambi i casi senza diritto di voto.

Il Collegio di Direzione ha il compito di:

- assicurare il supporto al Direttore Generale per il governo delle attività cliniche, la programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle di alta integrazione sanitaria;
- assicurare il supporto per l'elaborazione del programma di attività dell'Azienda, nonché per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, anche in attuazione del modello dipartimentale e per l'utilizzazione delle risorse umane;
- esprimere pareri obbligatori e, se previsto, vincolanti, ai sensi della vigente normativa nazionale e regionale.

Inoltre, ai sensi della Legge n. 120 del 03.08.2007:

- esprime parere in materia di acquisizione di spazi ambulatoriali esterni, aziendali e pluridisciplinari, per l'esercizio di attività sia istituzionali sia in regime di libera professione intramuraria, tramite l'acquisto, la locazione, la stipula di convenzioni;
- esprime parere in ordine alla predisposizione del piano aziendale concernente, con riferimento alle singole Unità Operative, i volumi di attività istituzionale e di attività libero professionale intramuraria.

Ai sensi della DGR del Veneto n. 1831 del 11.07.2008, il Collegio di direzione approva:

- il piano annuale aziendale per la sicurezza del paziente;
- il piano per la formazione specifica;

· le linee guida per la sicurezza del paziente in Azienda.

Infine, il Collegio di Direzione svolge gli altri compiti previsti dal Regolamento di funzionamento approvato dal Direttore Generale.

### 2.3 Il Direttore sanitario

Il direttore sanitario è nominato dal direttore generale ed a questi risponde del raggiungimento degli obiettivi e della gestione delle risorse assegnate.

Il direttore sanitario coadiuva il direttore generale nella gestione dell'Unità locale socio-sanitaria fornendogli pareri obbligatori sugli atti relativi alle materie di competenza. Svolge attività di direzione e coordinamento nei confronti dei responsabili delle strutture dell'Unità locale socio-sanitaria, con riferimento agli aspetti organizzativi e igienico-sanitari ed ai programmi di intervento di area specifica a tutela della salute. Fornisce le informazioni e realizza le attività necessarie per il controllo di gestione dell'azienda ed il controllo di qualità dei servizi e delle prestazioni erogate. Garantisce l'integrazione fra le attività ambulatoriali ospedaliere e territoriali.

Nello svolgimento della funzione di coordinamento delle strutture dell'Unità locale socio-sanitaria e di garanzia dell'integrazione fra le stesse, anche attraverso la predisposizione di appositi protocolli, il direttore sanitario si avvale dei referenti dei programmi di intervento di area specifica<sup>5</sup> a tutela della salute e

---

<sup>5</sup> Le aree sono:

- a) materno-infantile e età evolutiva;
- b) anziani;
- c) tossicodipendenze e alcolismo;

dei piani settoriali; si avvale inoltre di responsabili per la gestione unitaria del servizio infermieristico, eventualmente articolato nelle strutture operative, e dell'attività di medicina territoriale, specialistica e farmaceutica.

#### 2.4 Il Direttore amministrativo

Il direttore amministrativo è nominato dal direttore generale ed a questi risponde del raggiungimento degli obiettivi e della gestione delle risorse assegnate.

Il direttore amministrativo coadiuva il direttore generale nella gestione dell'Unità locale socio-sanitaria, fornendogli pareri obbligatori sugli atti relativi alle materie di competenza. Svolge attività di direzione e coordinamento nei confronti dei responsabili delle strutture dell'Unità locale socio-sanitaria, con riferimento agli aspetti gestionali amministrativi avvalendosi dei dirigenti nominati dal DG (su proposta del direttore amministrativo stesso), fornisce le informazioni e realizza le attività necessarie per il controllo di gestione dell'azienda ed il controllo di qualità dei servizi e delle prestazioni erogate.

#### 2.5 Il Direttore dei servizi sociali

Il coordinatore dei servizi sociali assume la denominazione di direttore dei servizi sociali che è nominato dal direttore generale

- 
- d) salute mentale;
  - e) handicap.

con provvedimento motivato, sentito il sindaco, qualora l'ambito territoriale dell'Unità locale socio-sanitaria coincida con quello del comune o la rappresentanza della conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni territoriali di riferimento. Egli è un laureato che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione in enti o strutture sociali o socio-assistenziali o socio-sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione. Il rapporto di lavoro è a tempo pieno, regolato da contratto di diritto privato di durata quinquennale, rinnovabile, e non può comunque protrarsi oltre il settantesimo anno di età. Risponde al direttore generale del raggiungimento degli obiettivi e della gestione delle risorse assegnati. Al direttore dei servizi sociali si applica, in quanto compatibile, la disciplina prevista per il direttore sanitario e per il direttore amministrativo.

Il direttore dei servizi sociali coadiuva il direttore generale nella gestione dell'Unità locale socio-sanitaria, fornendogli pareri obbligatori sugli atti relativi alle materie di competenza, svolge attività di direzione e coordinamento nei confronti dei responsabili delle strutture dell'Unità locale socio-sanitaria, con riferimento agli aspetti organizzativi dei servizi sociali e socio-sanitari e dei programmi di intervento di area specifica a tutela della salute avvalendosi dei referenti delle aree (vedi nota 4). Fornisce le informazioni e realizza le attività necessarie per il controllo di gestione dell'azienda ed il controllo di qualità dei servizi e delle prestazioni.

## 2.6 Il Consiglio dei sanitari

Il consiglio dei sanitari è organismo elettivo dell'Unità locale socio-sanitaria e dell'Azienda ospedaliera con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria. E' presieduto dal direttore sanitario. Fanno parte del consiglio medici in maggioranza ed altri operatori sanitari laureati - con presenza maggioritaria della componente ospedaliera medica se nella unità sanitaria locale é presente un presidio ospedaliero - nonché una rappresentanza del personale infermieristico e del personale tecnico sanitario. Nella componente medica é assicurata la presenza del medico veterinario. Nella composizione del consiglio dei sanitari dell'Azienda ospedaliera in cui insiste la prevalenza del corso formativo del triennio clinico della facoltà di medicina deve essere assicurata la presenza delle componenti universitarie in rapporto alla consistenza numerica delle stesse. E' comunque assicurato un equilibrato rapporto tra le varie componenti professionali dell'Unità locale socio-sanitaria o dell'Azienda ospedaliera.

Il consiglio dei sanitari fornisce parere obbligatorio al direttore generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad esse attinenti. Il consiglio dei sanitari si esprime altresì sulle attività di assistenza sanitaria. Tale parere è da intendersi favorevole ove non formulato entro il termine fissato dalla legge regionale (20 giorni dal ricevimento della richiesta). La regione provvede a definire il numero dei

componenti nonché a disciplinare le modalità di elezione e la composizione ed il funzionamento del consiglio.

E' inoltre istituito anche il Consiglio regionale dei sanitari, organismo elettivo a sua volta, presieduto dall'Assessore regionale alla Sanità o da un suo delegato, composto da un rappresentante per ciascuna delle Unità locali socio-sanitarie e delle Aziende ospedaliere, integrato fino ad un massimo di 10 componenti, da una rappresentanza di nomina regionale che garantisca la presenza di tutte le categorie professionali.

Il Consiglio regionale dei sanitari esprime parere sulla proposta di piano socio-sanitario regionale.

## 2.7 Il Distretto socio-sanitario

Il distretto è la struttura tecnico-funzionale mediante la quale l'Unità locale socio-sanitaria assicura una risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione.

Il distretto è centro di riferimento dei cittadini per tutti i servizi dell'Unità locale socio-sanitaria, nonché polo unificante dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali a livello territoriale.

Il direttore generale dell'Unità locale socio-sanitaria, sentiti il sindaco, o la conferenza dei sindaci e d'intesa con la Giunta regionale, articola il territorio della propria azienda in distretti, sulla base, di norma, dei seguenti criteri:

- a) corrispondenza dell'area distrettuale a una popolazione di almeno cinquantamila abitanti;

b) coincidenza dell'area distrettuale con quella complessiva di una o più circoscrizioni comunali, o uno o più comuni.

E' consentito derogare, con espressa motivazione, al numero minimo degli abitanti previsti nel distretto intercomunale per particolari situazioni identificabili con zone montane, rurali o insulari con particolare dispersione della popolazione sul territorio.

Il distretto, attraverso anche i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, garantisce la continuità dell'assistenza, indipendentemente dalle diverse sedi di trattamento. Il distretto orienta, in particolare, il ricorso all'assistenza ospedaliera, specialistica, protesica e termale, fungendo da centro di indirizzo per le relative prestazioni erogate dalle proprie unità operative e dalle Aziende ospedaliere nonché dalle istituzioni sanitarie a gestione pubblica e privata e professionisti convenzionati sulla base di criteri di integrazione con il servizio pubblico.

Al distretto è preposto un responsabile, nominato dal direttore generale dell'Unità locale socio-sanitaria con provvedimento motivato, su proposta del direttore sanitario, del direttore dei servizi sociali e del direttore amministrativo. Il responsabile di distretto è preferibilmente un dirigente sanitario; può anche essere un dirigente del ruolo amministrativo o sociale scelto fra il personale avente qualifica dirigenziale.

Al responsabile di distretto spetta la gestione del budget, nonché la direzione degli operatori assegnatigli dal direttore generale ed il coordinamento delle prestazioni in convenzione, ai fini del raggiungimento dei prefissati obiettivi qualitativi e quantitativi



con particolare riferimento alle attività individuate dal piano socio-sanitario regionale.

Al fine di valorizzare, unificare e coordinare la risposta ai bisogni sanitari della popolazione sul territorio nonché per la migliore integrazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali è istituito il coordinamento dei responsabili dei distretti che formula sul punto le sue proposte al direttore generale oltre che al direttore sanitario ed al direttore dei servizi sociali.

## 2.8 Il Dipartimento di Prevenzione

Il dipartimento di prevenzione è la struttura tecnico-funzionale dell'Unità locale socio-sanitaria preposta alla promozione, nel territorio di competenza, della tutela della salute della popolazione.

Il dipartimento di prevenzione è articolato almeno nei seguenti servizi:

- a) igiene e sanità pubblica;
- b) prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
- c) igiene degli alimenti e della nutrizione;
- d) veterinario, di norma articolato distintamente nelle tre aree funzionali della sanità animale, dell'igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati, e dell'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

Le funzioni amministrative in materia di igiene e sanità pubblica e veterinaria, già disciplinate dalle leggi regionali 31 maggio 1980, n. 78, e 31 maggio 1980, n. 77, 30 novembre 1982, n. 54 e

successive modifiche ed integrazioni, sono trasferite ai servizi del dipartimento di prevenzione.

Al dipartimento di prevenzione è preposto un responsabile, nominato dal direttore generale con provvedimento motivato, su proposta del direttore sanitario e scelto fra il personale dell'Unità locale socio-sanitaria avente qualifica dirigenziale, preferibilmente fra i responsabili dei servizi di cui ai punti a), b), c), d). In quest'ultima ipotesi il responsabile del dipartimento di prevenzione di norma non può conservare la direzione del proprio servizio.

Il responsabile del dipartimento di prevenzione sovrintende all'assetto organizzativo complessivo della struttura, integrando obiettivi, azioni, risorse, professionalità e strategie attuative dei diversi servizi con un'azione di pianificazione, coordinamento e controllo. In particolare al responsabile del dipartimento di prevenzione spetta:

- a) il coordinamento dei progetti finalizzati del dipartimento;
- b) il coordinamento con l'Agenzia regionale per l'ambiente di cui al decreto legge 4 dicembre 1993, n. 496 convertito con modificazioni dalla legge 21 gennaio 1994, n. 61, e le sue articolazioni territoriali;
- c) la gestione del budget e l'assegnazione delle quote ai servizi secondo modalità definite dalle direttive regionali;
- d) l'attuazione di eventuali misure di riequilibrio in ordine al fabbisogno di risorse umane dei vari servizi e la direzione del personale assegnato agli uffici di staff del dipartimento;
- e) la supervisione sulle attività inerenti i flussi informativi del dipartimento e dei servizi, la diffusione degli standards di qualità dei servizi e il loro controllo;

Il piano socio-sanitario regionale individua i dipartimenti di prevenzione che svolgono funzioni multizonali da attuare attraverso accordi e programmi concordati dai direttori generali delle Unità locali socio-sanitarie interessate.

## 2.9 Il Presidio Ospedaliero

L'ospedale è la struttura tecnico funzionale mediante la quale l'Unità locale socio-sanitaria assicura l'assistenza ospedaliera in modo unitario ed integrato sulla base dei principi di programmazione ed organizzazione ospedaliera regionale stabiliti dalla legge regionale 30 agosto 1993, n. 39. Laddove sussistono più presidi ospedalieri, il direttore generale, definisce le forme di coordinamento o di direzione degli stessi.

Ferme restando le competenze singolarmente spetta al dirigente medico anche la responsabilità della gestione del budget dell'ospedale o del presidio ospedaliero. Nella gestione del budget il dirigente medico è coadiuvato dal dirigente amministrativo.

All'ospedale o al presidio ospedaliero è attribuita autonomia economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Unità locale socio-sanitaria e fondata sul principio dei preventivi e consuntivi per centri di costo, basati sulle prestazioni effettuate.

Ai sensi dell'articolo 17 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 e dell'articolo 4, comma 3, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, l'ospedale ed il presidio ospedaliero sono organizzati in dipartimenti, ciascuno dei quali è dotato di un budget prefissato e comprende una o più aggregazioni di strutture operative.

I dipartimenti possono essere:

- a) funzionali per obiettivi, costituiti da divisioni o servizi che concorrono ad obiettivi comuni;
- b) strutturali, costituiti da divisioni o servizi omogenei sotto il profilo dell'attività o delle risorse umane e tecnologiche impiegate o delle procedure operative.

In ogni Unità locale socio-sanitaria ed in ogni Azienda ospedaliera è garantita l'attività poliambulatoriale che assicura l'erogazione di prestazioni specialistiche sia in ambito ospedaliero che distrettuale sulla base di programmi definiti dal direttore sanitario dell'Unità locale socio-sanitaria.

**CAPITOLO TERZO**  
**LA PROGRAMMAZIONE SOCIO-**  
**SANITARIA**

### 3.1 Gli strumenti della programmazione socio-sanitaria

La programmazione socio-sanitaria regionale si realizza con il piano socio-sanitario regionale approvato dal Consiglio regionale.

Il piano socio-sanitario regionale:

- a) definisce gli obiettivi del processo di programmazione regionale e gli standards dei servizi garantendo equità di accesso e di trattamento dei cittadini sul territorio regionale;
- b) si articola in programmi di intervento di area specifica a tutela della salute ed in piani settoriali che attuano gli obiettivi previsti dal piano socio-sanitario regionale per periodi non superiori al triennio.

Strumenti attuativi della programmazione socio-sanitaria approvati dalle Unità locali socio-sanitarie e dalle aziende ospedaliere e sottoposti a parere di congruità (di cui alla legge di contabilità delle Unità locali socio-sanitarie e delle Aziende ospedaliere) sono:

- a) i piani generali triennali delle Unità locali socio-sanitarie e delle aziende ospedaliere, nonché i loro aggiornamenti annuali;
- b) i singoli programmi d'intervento e i piani settoriali.

Entro il 30 settembre di ogni anno, la Giunta regionale presenta al Consiglio regionale una relazione di verifica e valutazione dell'attuazione del piano socio-sanitario regionale, dell'andamento della spesa sociale e sanitaria, dello stato sanitario della popolazione e dell'attività dei servizi e presidi della Regione che evidenzia il grado di raggiungimento degli obiettivi.

Le azioni strumentali della programmazione definiscono le condizioni essenziali per l'efficacia e l'efficienza del processo di programmazione socio-sanitaria regionale.

Sono azioni strumentali della programmazione:

a) la definizione di un sistema di indicatori finalizzato al controllo di qualità e lo sviluppo del sistema informativo socio-sanitario che è l'insieme coordinato di strutture, strumenti e procedure compatibili finalizzate all'acquisizione, elaborazione, produzione e diffusione delle informazioni utili per l'esercizio delle funzioni di programmazione, attuazione e controllo e che si articola in due aree:

- 1) area del sistema informativo di governo finalizzata alla programmazione ed al controllo di gestione;
- 2) area del sistema informativo di gestione finalizzata all'organizzazione ed allo sviluppo tecnologico del sistema stesso.

b) lo sviluppo dell'osservazione epidemiologica operante in ogni struttura del SSR diretta dall'osservatorio epidemiologico regionale che ha il compito di organizzare, integrare e completare la rete di osservazione epidemiologica regionale e può attivare forme di collaborazione con enti ed istituti di ricerca.

c) la conduzione di sperimentazioni gestionali ed organizzative, promosse od autorizzate dalla Giunta regionale, per la realizzazione di più efficienti modelli di gestione per l'uso delle risorse finalizzate a raggiungere gli obiettivi prefissati nell'organizzazione dell'assistenza socio-sanitaria.

Con riferimento al controllo di qualità di cui al punto a) esso è organizzato a livello regionale, di azienda e di singola unità operativa, al fine di migliorare i servizi resi ai cittadini e l'organizzazione socio-sanitaria.

La Giunta regionale adotta con proprio provvedimento un sistema di indicatori di struttura, di procedura e di risultato anche ai fini

dell'accreditamento e, ad essa sono forniti dall'Unità locale socio-sanitaria e dall'Azienda ospedaliera tutti gli indicatori di sintesi funzionali per l'attività di controllo che la Regione svolge attraverso il sistema informativo.

### 3.1.1 Piani, programmi e progetti

Le scelte di programmazione dell'Unità locale sociosanitaria e dell'Azienda ospedaliera si fondano, come visto, sul piano sanitario nazionale, sul piano sociosanitario regionale e sugli altri atti di programmazione adottati dalla Regione.

Le scelte di programmazione dell'Unità locale sociosanitaria e dell'Azienda ospedaliera si effettuano quindi attraverso un insieme coordinato e congruente di piani, programmi e progetti.

I **piani** definiscono le finalità, gli indirizzi, gli obiettivi dell'attività dell'Unità locale sociosanitaria e dell'Azienda ospedaliera e individuano le azioni programmatiche conseguenti.

I piani sono generali se si riferiscono alla globalità dell'attività dell'Unità locale sociosanitaria e dell'Azienda ospedaliera, oppure particolari se riguardano aspetti parziali di tale attività.

I **programmi** e i **progetti** sono strumenti attuativi dei piani e consistono in una o più azioni definite e collegate a specifici obiettivi.

I **progetti** costituiscono un particolare tipo di programma assoggettato ad un approfondito dettaglio analitico ed operativo, in considerazione dei seguenti fattori:

a) l'ampiezza delle interdipendenze fra gli interventi e fra le unità organizzative coinvolte;



- b) l'ammontare delle risorse richieste;
- c) la rilevanza degli obiettivi perseguiti.

I piani, i programmi e i progetti collegati all'attuazione del piano regionale sociosanitario nonché i loro aggiornamenti sono approvati dal direttore generale e trasmessi entro dieci giorni alla Giunta regionale.

La gestione dell'Unità locale sociosanitaria e dell'Azienda ospedaliera deve svolgersi in coerenza con i contenuti dei piani, dei programmi e dei progetti.

I documenti di piano devono comprendere almeno il piano generale. Tale piano ha durata e scadenza corrispondenti a quelle del piano sociosanitario regionale.

Le finalità, gli indirizzi, gli obiettivi, le politiche di gestione e le azioni programmatiche indicate nel piano generale devono esplicitamente uniformarsi ai contenuti del piano sociosanitario regionale e degli altri atti della programmazione regionale e tenere conto dei piani di zona approvati dal sindaco, qualora l'ambito territoriale dell'Unità locale sociosanitaria coincida con quello del comune o dalla conferenza dei sindaci. Le azioni programmatiche devono essere articolate almeno per anno e, in quest'ambito, distintamente per le fondamentali strutture dell'Unità locale sociosanitaria quali ospedale o presidio ospedaliero, distretti, dipartimento di prevenzione, servizi generali, e dell'Azienda ospedaliera. Deve inoltre essere data separata evidenza ai servizi sociali.

Il piano generale deve essere adottato entro il 31 dicembre dell'ultimo anno di vigenza del piano precedente e va aggiornato annualmente entro il 31 dicembre in correlazione anche alla verifica dello stato di attuazione della programmazione.

Entro il 20 novembre di ogni anno il piano generale o i suoi aggiornamenti, unitamente al bilancio pluriennale di previsione, sono trasmessi al sindaco o alla rappresentanza della conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriale che rimettono le proprie osservazioni all'Unità locale sociosanitaria e all'Azienda ospedaliera, nonché alla Giunta regionale entro 30 giorni dal ricevimento.

Per garantire con continuità la coerenza fra i contenuti degli strumenti della programmazione e le condizioni esterne ed interne all'Unità locale sociosanitaria ed all'Azienda ospedaliera, viene attuata una sistematica verifica dello stato di attuazione della programmazione e vengono adottati i conseguenti aggiornamenti degli strumenti stessi.

A tale scopo, entro il 31 ottobre e con riferimento al 30 settembre dell'anno in corso deve essere redatto dal direttore generale un rapporto che illustri lo stato di attuazione dei piani, dei programmi e dei progetti secondo uno schema fornito dalla Giunta regionale.

Il rapporto sullo stato di attuazione della programmazione deve essere trasmesso entro dieci giorni alla Giunta regionale.

### 3.2 L'integrazione tra servizi sanitari e servizi socio-assistenziali

La Regione persegue l'integrazione delle:

- 1) politiche sanitarie e sociali e promuove la delega della gestione dei servizi sociali da parte dei comuni alle Unità locali socio-sanitarie, anche prevedendo specifici finanziamenti, con le modalità definite dal piano regionale socio-sanitario.

2) attività svolte da soggetti pubblici e privati sia all'interno del comune sia a livello intercomunale in ambiti territoriali corrispondenti a quelli definiti per le nuove Unità locali socio-sanitarie.

Il principale strumento di integrazione, per tale finalità, è rappresentato dai piani di zona dei servizi sociali che vengono elaborati ed approvati dal sindaco, qualora l'ambito territoriale dell'Unità locale socio-sanitaria coincida con quello del comune o dalla conferenza dei sindaci, con le modalità previste dal piano socio-sanitario regionale.

### 3.3 Il finanziamento del servizio sanitario regionale

Il finanziamento del servizio sanitario regionale è assicurato mediante:

- a) attribuzione dei contributi per le prestazioni del servizio sanitario nazionale e delle somme ad essi connesse;
- b) rimborsi delle spese per prestazioni erogate a cittadini stranieri;
- c) quota di riparto del fondo sanitario nazionale, tenuto conto della compensazione della mobilità sanitaria tra le Regioni per tipologia di prestazioni;
- d) eventuale concorso del bilancio regionale.

Le risorse regionali di cui sopra sono destinate al finanziamento di:

- a) interventi per la realizzazione di obiettivi ed altre attività sanitarie, in nome e per conto delle Unità locali socio-sanitarie, attuati mediante gestione accentrata regionale;

- b) finanziamento delle Unità locali socio-sanitarie e delle Aziende ospedaliere;
- c) finanziamento dei programmi di investimento definiti dalla programmazione regionale.

L'individuazione delle risorse destinate ai sopraindicati interventi viene determinata con la legge di approvazione del bilancio regionale.

La ripartizione della quota del fondo sanitario regionale destinata al finanziamento delle spese necessarie per la gestione delle Unità locali socio-sanitarie avviene, con provvedimento della Giunta regionale, in base a parametri su base capitaria riferiti alla popolazione residente per classi di età, con correttivi che tengono conto di particolari condizioni ambientali ed aspetti organizzativi dovuti a direttive regionali, per il conseguimento dei livelli uniformi di assistenza.

In sede di ripartizione della quota destinata al finanziamento delle Unità locali socio-sanitarie viene accantonata una quota di riserva destinata al graduale conseguimento del riequilibrio territoriale da attuarsi con le modalità previste dalla legge regionale 30 agosto 1993, n. 39 e dal piano socio-sanitario regionale.

Il costo delle prestazioni sanitarie erogate a favore di cittadini residenti in ambiti territoriali diversi da quelli di competenza sono a carico della Unità locale socio-sanitaria o della Regione di provenienza.

La compensazione dei costi delle prestazioni di cui sopra avviene in sede di versamento regionale delle quote di finanziamento ripartite, sulla base di contabilità per singolo caso e secondo tariffe e procedure definite dalla Giunta regionale.

La ripartizione della quota destinata al finanziamento parziale delle spese necessarie per la gestione delle Aziende ospedaliere avviene tenuto conto di una quota a titolo di anticipazione per la copertura parziale delle spese necessarie per la gestione, non superiore al 50 per cento dei costi complessivi delle prestazioni sanitarie che l'Azienda ospedaliera ha erogato nell'ultimo anno di gestione.

In sede di versamento regionale delle quote di finanziamento, si procede al recupero delle anticipazioni di cui sopra.

La ripartizione della quota destinata al finanziamento degli investimenti avviene con provvedimento della Giunta regionale che procede alla selezione ed approvazione dei programmi e dei progetti presentati da ciascuna Unità locale socio-sanitaria e dalle Aziende ospedaliere, in relazione alle previsioni della programmazione sanitaria regionale.

Tali programmi e progetti possono comprendere e riguardare anche beni immobili realizzati e/o da realizzare e mobili durevoli da acquisire mediante locazione finanziaria. In tal caso il finanziamento viene commisurato al valore del bene o alla somma della quota capitale dei canoni di locazione.

Tali programmi e progetti devono inoltre essere accompagnati da una dettagliata analisi costi-benefici in conformità al manuale di valutazione degli investimenti predisposto dalla Giunta regionale, che provvederà altresì a definire le quote di finanziamento ammesse per ciascun anno e per ciascun programma approvato.

### 3.4 Il finanziamento delle Unità locali sociosanitarie

Le fonti di finanziamento delle Unità locali sociosanitarie sono costituite da:

- a) quote provenienti dalla ripartizione delle risorse regionali, tenuto conto della compensazione della mobilità sanitaria per tipologia di prestazioni;
- b) contributi e trasferimenti da amministrazioni statali, dalla Regione, dalle province, dai comuni, da altri enti del settore pubblico allargato, ivi comprese le risorse acquisite da contratti e convenzioni;
- c) ricavi e proventi diversi per servizi resi a pubbliche amministrazioni ed a privati, ivi compresi introiti derivanti dall'attività libero professionale, i corrispettivi relativi a servizi integrativi a pagamento, comprese le risorse acquisite da contratti e convenzioni;
- d) concorsi, recuperi e rimborsi spese, ivi comprese le quote di partecipazione alla spesa eventualmente dovute dai cittadini;
- e) ricavi e rendite derivanti dall'utilizzo del patrimonio;
- f) risultati economici positivi;
- g) speciali contributi della Regione per i fabbisogni derivanti da perdite non altrimenti ripianabili;
- h) donazioni ed altri atti di liberalità.

L'Unità locale sociosanitaria, per il finanziamento di investimenti e previa autorizzazione regionale può inoltre contrarre mutui o accedere ad altre forme di credito, di durata in ogni caso non superiore a dieci anni.

L'autorizzazione regionale alla contrazione dei mutui o all'accensione di altre forme di credito può essere concessa fino ad

un ammontare complessivo delle relative rate, per capitale ed interessi, non superiore al quindici per cento del valore costituito dalla somma consolidata regionale delle poste dei bilanci preventivi economici annuali delle Unità locali sociosanitarie e delle Aziende ospedaliere al netto della quota del fondo sanitario nazionale di parte corrente attribuita alla Regione.

L'Unità locale sociosanitaria può attivare anticipazioni bancarie con l'istituto di credito a cui è affidato il servizio di cassa nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare dei contributi in conto esercizio e dei ricavi per prestazioni sanitarie e socio sanitarie previsti nell'ultimo bilancio preventivo economico approvato.

Il servizio di cassa dell'Unità locale sociosanitaria e dell'Azienda ospedaliera è affidato, con apposita convenzione, ad un istituto di credito che curerà i rapporti con le sezioni di tesoreria provinciale dello Stato, in riferimento alle disposizioni riguardanti la tesoreria unica.

Il direttore generale, con proprio atto, deve definire le specifiche modalità e procedure dei pagamenti dell'Unità locale sociosanitaria e dell'Azienda ospedaliera e individuare i soggetti autorizzati a disporre i pagamenti stessi.

Al fine di accelerare la realizzazione di progetti di investimento finanziati con risorse provenienti dalla alienazione di beni patrimoniali, con legge di approvazione del bilancio regionale, è istituito un apposito fondo di rotazione per provvedere ad anticipazioni finanziarie a favore delle unità locali sociosanitarie e delle aziende ospedaliere, con l'obbligo di reintegro ad avvenuta acquisizione delle risorse ottenute dalle alienazioni medesime.

La Giunta regionale determina le procedure di anticipazione e di reintegro, che vanno concesse previa presentazione dell'atto dell'Unità locale sociosanitaria o dell'Azienda ospedaliera con cui si individua il bene oggetto dell'alienazione.

### 3.5 Il finanziamento delle Aziende ospedaliere.

Le fonti di finanziamento delle aziende ospedaliere sono costituite da:

- a) introiti derivanti dalle prestazioni erogate ai sensi dell'articolo 8 comma 6 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, tenuto conto della quota versata a titolo di anticipazione;
- b) contributi e trasferimenti da amministrazioni statali, dalla Regione, dalle province, dai comuni, da altri enti del settore pubblico allargato, ivi comprese le risorse acquisite da contratti e convenzioni;
- c) ricavi e proventi diversi per servizi resi a pubbliche amministrazioni ed a privati, ivi compresi introiti derivanti dall'attività libero professionale, i corrispettivi relativi a servizi integrativi a pagamento, comprese le risorse acquisite da contratti e convenzioni;
- d) concorsi, recuperi e rimborsi spese, ivi comprese le quote di partecipazione alla spesa eventualmente dovute dai cittadini;
- e) ricavi e rendite derivanti dall'utilizzo del patrimonio;
- f) risultati economici positivi;
- g) donazioni ed altri atti di liberalità;



L'Azienda ospedaliera, per il finanziamento di investimenti e previa autorizzazione regionale può inoltre contrarre mutui o accedere ad altre forme di credito, di durata in ogni caso non superiore a dieci anni.

L'autorizzazione regionale alla contrazione dei mutui o all'accensione di altre forme di credito può essere concessa fino ad un ammontare complessivo delle relative rate, per capitale ed interessi, non superiore al quindici per cento del valore costituito dalla somma consolidata regionale delle poste dei bilanci preventivi economici annuali delle Unità locali sociosanitarie e delle Aziende ospedaliere al netto della quota del fondo sanitario nazionale di parte corrente attribuita alla Regione.

L'Azienda ospedaliera può attivare anticipazioni bancarie con l'istituto di credito a cui è affidato il servizio di cassa nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare dei contributi in conto esercizio e dei ricavi per prestazioni sanitarie e socio sanitarie previsti nell'ultimo bilancio preventivo economico approvato.

### 3.6 Il finanziamento dei servizi socio assistenziali delegati dagli enti locali.

Gli oneri per la realizzazione di servizi socio assistenziali delegati dagli enti locali sono a totale carico di tali enti.

L'Unità locale sociosanitaria allo scopo di assicurare il pareggio nella gestione dei servizi socio assistenziali delegati, deve stipulare con l'ente delegante una convenzione che:

a) stabilisca in modo puntuale le clausole che regolano contenuti, quantità e modalità di svolgimento dei servizi da realizzare;

- b) richiami gli estremi della delibera dell'ente locale delegante con la quale l'ente medesimo assume impegno definitivo per l'importo totale previsto dalla convenzione stessa;
- c) impegni l'ente locale delegante a definite scadenze nei pagamenti.

### 3.7 Il Bilancio pluriennale di previsione.

Il bilancio pluriennale di previsione è elaborato con riferimento al piano generale e agli altri strumenti della programmazione adottati dall'Unità locale sociosanitaria e dall'Azienda ospedaliera e ne rappresenta la traduzione in termini economici, finanziari e patrimoniali nell'arco temporale considerato.

Il bilancio pluriennale di previsione ha una durata corrispondente a quella del piano generale ed è annualmente aggiornato per scorrimento.

Il bilancio pluriennale di previsione è articolato nelle seguenti parti:

- a) parte economica;
- b) parte finanziaria;
- c) parte patrimoniale.

Il contenuto di ogni singola parte del bilancio pluriennale di previsione è articolato per anno e, nell'ambito di questo, rispetto alle fondamentali strutture dell'Unità locale sociosanitaria e dell'Azienda ospedaliera come indicate per il piano generale, con separata evidenza dei servizi sociali.

Il bilancio pluriennale di previsione è strutturato secondo lo schema obbligatorio fornito dalla Giunta regionale, in modo da

consentire la rappresentazione degli equilibri economici, finanziari e patrimoniali in analogia alla struttura e ai contenuti del bilancio economico preventivo e del budget generale. Il bilancio pluriennale di previsione è corredato da una relazione del direttore generale.

### 3.8 Il Bilancio economico preventivo.

Il bilancio economico preventivo dà dimostrazione, con maggior grado di analisi rispetto al bilancio pluriennale di previsione, del previsto risultato economico complessivo finale dell'Unità locale sociosanitaria e dell'Azienda ospedaliera per l'anno considerato e deve essere articolato in base alle fondamentali strutture dell'Unità locale sociosanitaria e dell'Azienda ospedaliera come indicate per il piano generale, con separata evidenza dei servizi sociali.

Il bilancio economico preventivo deve essere formulato secondo lo schema obbligatorio fornito dalla Giunta regionale ed è corredato da una relazione del direttore generale.

Il bilancio pluriennale di previsione e il bilancio economico preventivo sono approvati dal direttore generale entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui i documenti di bilancio si riferiscono e trasmessi entro dieci giorni alla Giunta regionale.

### 3.9 La metodica di budget.

Allo scopo di pervenire, su arco annuale e con sistematico riferimento alle scelte della programmazione, alla formulazione di articolate e puntuali previsioni relativamente ai risultati da conseguire, alle attività da realizzare, ai fattori operativi da utilizzare, alle risorse finanziarie da acquisire e da impiegare, agli investimenti da compiere è obbligatoria l'adozione della metodica di budget.

La metodica di budget si sviluppa secondo una struttura che comprende:

- a) il documento di direttive;
- b) il budget generale;
- c) i budget delle strutture;
- d) i budget di centro di responsabilità.

Il **documento di direttive** è formulato allo scopo di realizzare il raccordo sistematico tra gli strumenti della programmazione e i budget ed è elaborato dal direttore generale in aderenza ai contenuti e alle scelte dei piani, programmi e progetti adottati e indica obiettivi, linee guida, criteri, vincoli e parametri per la formulazione dei budget.

Il **budget generale** riguarda l'intera attività dell'Unità locale socio-sanitaria e dell'Azienda ospedaliera e si articola nelle seguenti parti:

- a) il budget economico, che indica in analisi le attività ed i costi; la rappresentazione dei costi deve consentire l'evidenza delle fondamentali classi di fattori operativi;
- b) il budget finanziario che indica in analisi i flussi di entrata e di spesa;

c) il budget patrimoniale che indica in analisi le fonti di finanziamento e gli impieghi, in modo tale da consentire anche la separata evidenza della gestione corrente e della gestione degli investimenti.

Il budget generale costituisce allegato necessario del bilancio economico preventivo.

I **budget delle strutture** sono formulati con riguardo alle fondamentali strutture dell'Unità locale sociosanitaria e dell'Azienda ospedaliera come indicate per il piano generale e sono articolati e strutturati in modo analogo al budget generale economico.

I **budget di centro di responsabilità** sono formulati con riguardo alle unità organizzative inserite nel piano dei centri di responsabilità e sono articolati e strutturati in modo da consentire, in analogia ai budget delle fondamentali strutture, la rappresentazione degli aspetti economici, rendendo inoltre possibile l'attribuzione della responsabilità di gestione e di risultato mediante l'individuazione dei risultati da conseguire, delle attività da svolgere e delle risorse assegnate.

Il direttore generale entro lo stesso termine stabilito per l'approvazione dei bilanci di previsione approva il budget generale ed i connessi budget delle fondamentali strutture ed i budget di centro di responsabilità.

Il budget generale, i budget delle fondamentali strutture e i budget di centro di responsabilità sono sottoposti, con cadenza mensile ed entro venti giorni dalla scadenza del mese di riferimento, alla verifica dello stato di avanzamento con lo scopo di porre in evidenza, rispetto ai dati di budget, gli eventuali scostamenti già

interventuti e gli elementi che possono determinare scostamenti nel prosieguo della gestione.

Entro la fine del mese successivo alla scadenza di ciascun trimestre deve essere inviata alla Giunta regionale una relazione sullo stato di avanzamento del budget generale, che oltre a porre in evidenza gli scostamenti rispetto ai dati di budget e gli elementi che possono determinare scostamenti nel prosieguo della gestione, opera una proiezione della situazione finanziaria e del risultato economico finale secondo uno schema fornito dalla Giunta regionale.

A seguito dei controlli periodici trimestrali, il direttore generale, qualora ne ravvisi l'opportunità e, in ogni caso, a fronte di situazioni di previsto squilibrio finanziario ed economico, procede alla revisione del budget generale.

Qualora dalle verifiche di cui effettuate emergessero elementi di possibile squilibrio finanziario ed economico, e in ogni caso, con riferimento alle relazioni trimestrali e alle revisioni del budget, il collegio dei revisori deve formulare una relazione con le proprie osservazioni da trasmettere alla Giunta regionale entro la fine del mese successivo alla scadenza del periodo di riferimento mensile o trimestrale.

**CAPITOLO QUARTO**  
**LA CONTABILITA' E I CONTROLLI**

## 4.1 Il patrimonio

I beni appartenenti all'Unità locale sociosanitaria e all'Azienda ospedaliera sono classificati in beni patrimoniali indisponibili e beni patrimoniali disponibili.

Sono indisponibili i beni tali per speciale regime giuridico e i beni strumentali all'esercizio delle funzioni istituzionali dell'Unità locale sociosanitaria e dell'Azienda ospedaliera i beni patrimoniali diversi dagli indisponibili rientrano nel patrimonio disponibile.

Il direttore generale provvede alla classificazione dei beni secondo in relazione all'effettiva utilizzazione dei beni stessi.

L'inventario generale del patrimonio deve redigersi con riferimento all'avvio dell'attività dell'Unità locale sociosanitaria e dell'Azienda ospedaliera e successivamente ogni anno.

L'inventario deve contenere l'indicazione analitica e la valutazione delle attività e delle passività che compongono il patrimonio dell'Unità locale sociosanitaria e dell'Azienda ospedaliera.

L'inventario generale del patrimonio è predisposto secondo le prescrizioni del Codice civile.

## 4.2 La contabilità

La ULSS e l'Azienda ospedaliera adottano la contabilità economico-patrimoniale<sup>6</sup> con lo scopo di determinare il risultato economico d'esercizio e il patrimonio di funzionamento.

---

<sup>6</sup> La contabilità economico patrimoniale rileva i valori relativi ai costi, ai ricavi e ai proventi imputabili alla competenza economica dell'esercizio e i connessi valori che misurano la consistenza e le variazioni degli elementi attivi e passivi del patrimonio. Integrano la



I valori relativi ai costi, ai ricavi, ai proventi e ai componenti patrimoniali sono classificati in conti. Ogni conto deve raggruppare elementi omogenei in grado di rendere significative le singole classi di valori. L'insieme dei conti costituisce il piano dei conti.

I conti d'ordine relativi ai sistemi dei rischi, degli impegni, dei beni di terzi e dei beni presso terzi costituiscono parte integrante del piano dei conti (formulato in conformità allo schema obbligatorio fornito dalla Giunta regionale).

Allo scopo di agevolare la diretta imputazione dei valori rilevati dalla contabilità economico-patrimoniale alle fondamentali strutture dell'Unità locale sociosanitaria e dell'Azienda ospedaliera, come indicate per il piano generale, il piano dei conti è articolato in conti unici, sezionali e riepilogativi.

La rilevazione dei valori afferenti ai trasferimenti interni tra le strutture fondamentali dell'Unità locale sociosanitaria e dell'Azienda ospedaliera, come indicate per il piano generale, avviene mediante movimentazione di conti transitori.

L'Unità locale sociosanitaria e l'Azienda ospedaliera devono tenere, oltre alle altre scritture contabili previste per legge, le seguenti scritture obbligatorie:

- a) libro giornale;
- b) libro degli inventari;
- c) libro degli atti del direttore generale;
- d) libro delle adunanze e dei verbali del collegio dei revisori.

---

contabilità economico-patrimoniale le rilevazioni corrispondenti al sistema dei rischi, al sistema degli impegni e ai sistemi dei beni di terzi e dei beni presso terzi.

L'Unità locale sociosanitaria e l'Azienda ospedaliera applicano la contabilità analitica con lo scopo di attuare, attraverso operazioni di classificazione, localizzazione e imputazione, raggruppamenti di valori economici articolati sulla base delle caratteristiche dei processi produttivi ed erogativi.

La contabilità analitica elabora i valori relativi ai costi di produzione e di erogazione, ai ricavi, ai proventi, ai prezzi interni con riferimento a individuati oggetti di rilevazione. Gli oggetti di rilevazione sono rappresentati:

- a) dai centri di responsabilità;
- b) da specifiche aree di attività semplici o complesse;
- c) da beni, servizi e prestazioni destinati all'utenza esterna o da impiegare internamente all'Unità locale sociosanitaria e all'Azienda ospedaliera.

I dati di base contabili ed extracontabili per l'alimentazione della contabilità analitica sono tratti dal sistema informativo dell'Unità locale sociosanitaria e dell'Azienda ospedaliera e in particolare dalla contabilità economico-patrimoniale, secondo indirizzi o programmi compatibili forniti dalla Giunta regionale.

#### 4.3 Il Bilancio di esercizio.

Il bilancio di esercizio deve rappresentare con chiarezza, in modo veritiero e corretto, il risultato economico, la situazione patrimoniale e finanziaria dell'Unità locale sociosanitaria e dell'Azienda ospedaliera. Il bilancio di esercizio deve essere articolato secondo le strutture fondamentali dell'Unità locale

sociosanitaria e dell'Azienda ospedaliera, con separata evidenza dei servizi sociali.

Se, in casi eccezionali, i dati e le informazioni contenuti nel bilancio di esercizio, non consentono in modo adeguato la rappresentazione veritiera e corretta o la rendono insufficiente, si devono fornire i dati e le informazioni alternativi o complementari nella nota integrativa. La nota integrativa deve illustrare l'influenza dei dati e delle informazioni alternativi o complementari sulle rappresentazioni del risultato economico e della situazione patrimoniale e finanziaria. I dati e le informazioni alternativi o complementari devono formare oggetto di un punto specifico della relazione del collegio dei revisori al bilancio di esercizio.

Il bilancio di esercizio è approvato dal direttore generale entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello cui si riferisce ed è trasmesso entro dieci giorni alla Giunta regionale corredato dalla relazione sulla gestione e dalla relazione del collegio dei revisori. Nello stesso termine il bilancio di esercizio è trasmesso al sindaco, qualora l'ambito territoriale dell'Unità locale sociosanitaria coincida con quello del comune o alla rappresentanza della conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriale.

Nella redazione del bilancio di esercizio devono essere osservati i seguenti principi:

- a) la valutazione delle poste deve essere fatta secondo prudenza e nella prospettiva della continuazione dell'attività;
- b) si possono indicare esclusivamente i risultati economici positivi realizzati alla data di chiusura dell'esercizio;

- c) si deve tener conto dei ricavi, dei proventi e dei costi di competenza dell'esercizio, indipendentemente dalla data dell'incasso o del pagamento;
- d) si deve tener conto dei rischi e delle perdite di competenza dell'esercizio, anche se conosciuti dopo la chiusura di questo;
- e) gli elementi eterogenei ricompresi nelle singole poste devono essere valutati separatamente;
- f) i criteri di valutazione non possono essere modificati da un esercizio all'altro.

La modificazione dei criteri di valutazione da un esercizio all'altro è consentita in casi eccezionali. La nota integrativa deve motivare la deroga e indicarne l'influenza sulla rappresentazione del risultato economico e della situazione patrimoniale e finanziaria.

Gli elementi patrimoniali destinati ad essere utilizzati durevolmente devono essere iscritti tra le immobilizzazioni. Le immobilizzazioni sono iscritte al costo di acquisto o di produzione. Nel costo di acquisto o di produzione si computano anche i costi accessori.

I beni conservati in scorta sono valutati al costo di acquisto medio ponderato mensile.

I diritti e i valori mobiliari, quando non rientrano nelle immobilizzazioni, sono valutati al costo d'acquisto o, se incorporati in titoli compresi nei listini ufficiali di borsa, alla quotazione media dell'ultimo trimestre.

Gli elementi patrimoniali che, alla data della chiusura dell'esercizio, risultino durevolmente di valore inferiore a quello determinato come sopra o, in mancanza secondo il codice civile, devono essere iscritti a tale minore valore; questo non può essere

mantenuto nei successivi bilanci se sono venuti meno i motivi della rettifica effettuata.

La Giunta regionale, al fine di assicurare l'omogeneità, il consolidamento e la confrontabilità dei bilanci delle Unità locali sociosanitarie, può emanare specifiche disposizioni in tema di criteri di valutazione.

Se speciali ragioni richiedono una deroga ai criteri di questo articolo, le singole deroghe devono essere indicate e giustificate nella nota integrativa e formare oggetto di un punto specifico della relazione del collegio dei revisori al bilancio di esercizio.

Il costo delle immobilizzazioni, materiali e immateriali, strumentali all'esercizio dell'attività, la cui utilizzazione è limitata nel tempo, deve essere sistematicamente ammortizzato in ogni esercizio in relazione con la residua possibilità di utilizzazione.

Di norma le quote di ammortamento sono calcolate applicando al costo dei beni i coefficienti base stabiliti dalle norme fiscali per categorie di beni omogenei avendo riguardo al normale periodo di deterioramento e consumo.

Compete alla Giunta regionale individuare più specifiche categorie di beni omogenei e stabilire annualmente eventuali aumenti o diminuzioni dei coefficienti base di ammortamento.

Eventuali deroghe all'applicazione del criterio di cui sopra devono essere giustificate analiticamente nella nota integrativa e devono formare oggetto di un punto specifico della relazione del collegio dei revisori al bilancio di esercizio.

Il bilancio di esercizio è costituito dallo stato patrimoniale, dal conto economico e dalla nota integrativa.

Lo stato patrimoniale deve rappresentare le attività, le passività e il patrimonio netto esistente alla chiusura dell'esercizio. Lo stato

patrimoniale deve inoltre rappresentare i dati relativi al sistema dei rischi, al sistema degli impegni e ai sistemi dei beni di terzi e dei beni presso terzi.

Il conto economico deve rappresentare gli elementi positivi e negativi che incidono sul risultato economico d'esercizio, evidenziando tale risultato.

Per ogni posta dello stato patrimoniale e del conto economico le risultanze devono essere comparate con quella del bilancio economico preventivo e con quella corrispondente dell'esercizio precedente. Se le poste non sono comparabili, quelle relative all'esercizio precedente devono essere adattate. La non comparabilità e l'adattamento o l'impossibilità di questo devono essere segnalati e commentati nella nota integrativa.

La nota integrativa deve essere redatta in conformità ai contenuti disciplinati dal Codice civile.

La struttura e il contenuto del bilancio di esercizio devono essere conformi allo schema obbligatorio fornito dalla Giunta regionale.

Nel caso che lo schema obbligatorio adottato dalla Giunta regionale per la rappresentazione del bilancio di esercizio differisca da quello prescritto da norme dello Stato, l'Unità locale sociosanitaria e l'Azienda ospedaliera procederanno obbligatoriamente alla riclassificazione del bilancio di esercizio secondo lo schema indicato da tali norme.

Il bilancio di esercizio deve essere corredato da una relazione del direttore generale sulla situazione dell'Unità locale sociosanitaria e dell'Azienda ospedaliera che in particolare evidenzia:

a) le motivazioni degli scostamenti rispetto al bilancio economico preventivo;

b) una sintesi dei risultati della gestione, in termini di analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati per centro di responsabilità, elaborata secondo lo schema obbligatorio adottato dalla Giunta regionale.

Nel caso che il bilancio dimostri una perdita di esercizio, nella relazione sulla gestione deve essere data separata evidenza all'analisi delle specifiche cause del risultato negativo.

L'eventuale risultato economico positivo di esercizio è destinato in via prioritaria ad investimenti; può essere inoltre destinato all'incentivazione del personale legata ai risultati di budget o ad individuati progetti per il recupero di efficienza; altre destinazioni sono ammesse quando non alterino le prospettive condizioni di equilibrio della gestione. L'eventuale parte non destinata di tale risultato è accantonata in un fondo di riserva.

Nel caso di perdita, il direttore generale in accompagnamento al bilancio di esercizio deve formulare una separata proposta che indichi le modalità di copertura della perdita e le azioni per il riequilibrio della situazione economica. Tale proposta dovrà essere accompagnata dalle osservazioni del collegio dei revisori e formare oggetto di deliberazione del direttore generale.

Il bilancio di esercizio, unitamente alla sintesi dei risultati della gestione in termini di analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati per centro di responsabilità contenuti nella relazione sulla gestione, è pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione.

#### 4.4 Controllo di gestione.

L'Unità locale sociosanitaria e l'Azienda ospedaliera applicano il controllo di gestione allo scopo di assicurare efficacia ed efficienza ai processi di acquisizione e di impiego delle risorse.

La struttura organizzativa del controllo di gestione è costituita dall'insieme dei centri di responsabilità e dall'unità organizzativa preposta allo svolgimento del processo di controllo di gestione.

I centri di responsabilità corrispondono ad unità operative alle quali sono assegnate, mediante la metodica di budget, determinate risorse per lo svolgimento di specifiche attività volte all'ottenimento di individuati risultati.

Un'unità operativa è centro di responsabilità quando risponde alle seguenti caratteristiche:

- a) omogeneità delle attività svolte;
- b) significatività delle risorse impiegate;
- c) esistenza di uno specifico responsabile di gestione e di risultato.

L'insieme dei centri di responsabilità costituisce il piano dei centri di responsabilità.

La struttura tecnico-contabile del controllo di gestione è costituita dall'insieme organizzato degli strumenti informativi che consentono la raccolta, l'analisi e la diffusione delle informazioni per lo svolgimento del processo di controllo di gestione.

La struttura tecnico-contabile del controllo di gestione, oltre ad avvalersi dei dati e delle informazioni traibili dalla contabilità economico-patrimoniale, dalla contabilità analitica, dalla metodologia di budget e da altre parti del sistema informativo dell'unità locale sociosanitaria e dell'Azienda ospedaliera, si fonda



sulla rilevazione analitica degli scostamenti. La rilevazione analitica degli scostamenti avviene per confronto tra dati di budget e dati consuntivi con riguardo ai volumi delle risorse complessivamente assorbite, ai singoli fattori operativi impiegati e ai risultati ottenuti.

Il processo di controllo di gestione è attivato dal direttore generale che provvede, su proposta del responsabile dell'Unità di controllo di gestione e con appositi atti, a:

- a) individuare il piano dei centri di responsabilità economica ed il responsabile di ciascun centro;
- b) definire la struttura degli strumenti per la raccolta e l'elaborazione delle informazioni;
- c) disciplinare le fasi del processo di controllo, individuando i soggetti che devono partecipare a ciascuna di esse.

2. L'unità di controllo di gestione è preposta al processo di controllo di gestione e a tal fine:

- a) raccoglie i dati di gestione utilizzando la struttura tecnico-contabile del controllo di gestione;
- b) analizza i dati di gestione attraverso una serie di elaborazioni e di indicatori atti a valutare la significatività degli scostamenti, l'efficienza nell'impiego delle risorse e la produttività dei fattori operativi impiegati;
- c) redige i periodici rapporti di gestione sullo stato di avanzamento del budget;
- d) redige il rapporto annuale finale che attua il sistematico confronto fra i dati di budget e di consuntivo, in modo tale da porre in evidenza anche gli scostamenti nei costi, nei risultati e nei rendimenti a livello sia di centri di responsabilità, sia delle

fondamentali strutture dell'Unità locale sociosanitaria e dell'Azienda ospedaliera, come indicate per il piano generale.

Il rapporto annuale finale deve essere trasmesso alla Giunta regionale unitamente al bilancio di esercizio.

#### 4.5 Il Controllo regionale.

La Giunta regionale esercita il controllo sull'attività dell'Unità locale sociosanitaria e dell'Azienda ospedaliera mediante:

- a) l'apposizione del visto di congruità<sup>7</sup>;
- b) la continua attività anche ispettiva di vigilanza e di riscontro attuata attraverso le strutture individuate dalla Regione stessa;
- c) la nomina di un commissario ad acta qualora il direttore generale non provveda, nei termini stabiliti e secondo le modalità prescritte dalla legge, all'adozione del piano generale e dei suoi aggiornamenti, del bilancio pluriennale di previsione, del bilancio economico preventivo, del budget e delle sue revisioni, del bilancio di esercizio e della proposta per la copertura della perdita e per il riequilibrio della situazione economica che accompagna il bilancio di esercizio.

---

<sup>7</sup> Prima di essere approvati sono trasmessi alla Giunta regionale per il visto di congruità:

- a) il piano generale e i suoi aggiornamenti, il bilancio pluriennale di previsione, il bilancio economico preventivo e il budget generale, entro il 20 novembre di ogni anno;
  - b) la proposta per la copertura della perdita e per il riequilibrio della situazione economica entro lo stesso termine previsto per la trasmissione del bilancio di esercizio.
- Le proposte relative ai documenti di cui ai punti a) e b), formalizzate con atto del direttore generale, sono trasmesse entro dieci giorni alla Giunta regionale corredate dalle relazioni accompagnatorie prescritte per i documenti stessi.

#### 4.6 Il Collegio dei revisori.

La designazione del componente del collegio dei revisori di competenza regionale è effettuata dalla Giunta regionale.

Al collegio dei revisori spettano funzioni di:

- a) **vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile;**
- b) **vigilanza sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale;**
- c) **esame e valutazione del bilancio di esercizio.**

Per quanto attiene alla vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile, il collegio dei revisori la esercita mediante verifiche infrannuali:

- a) dell'applicazione delle norme di legge;
- b) della regolare tenuta dei libri;
- c) dell'affidabilità, della completezza e della correttezza delle procedure e delle scritture contabili;
- d) degli adempimenti relativi agli obblighi fiscali;
- e) della regolarità formale dei singoli atti di gestione e di titoli di spesa.

Il collegio dei revisori deve inoltre accertare, almeno ogni trimestre, la consistenza di cassa e verificare la regolarità delle operazioni dei servizi di cassa interna.

Qualora per l'attività di verifica il collegio dei revisori utilizzi indagini campionarie, lo stesso deve adottare idonei criteri di campionamento al fine di assicurare significatività alle analisi compiute e comunque garantire la rotazione delle poste campionate. La descrizione dei criteri adottati deve risultare dal libro delle adunanze dei verbali del collegio dei revisori.

In relazione invece alla vigilanza sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale il collegio dei revisori:

a) formula al direttore generale un parere preventivo sui progetti di bilancio pluriennale di previsione, di bilancio economico preventivo, di budget generale nonché sulle revisioni del budget generale. Il collegio può richiedere informazioni utili alla verifica della fondatezza delle previsioni contenute nei bilanci di previsione e nei documenti di budget. Il collegio redige inoltre proprie relazioni sul bilancio pluriennale di previsione e sul bilancio economico preventivo; tali relazioni sono trasmesse alla Giunta regionale negli stessi termini stabiliti per la trasmissione dei documenti ai quali si riferiscono;

b) svolge i compiti previsti nell'ambito del controllo periodico mensile e della revisione del budget (entro 20 gg dalla scadenza del mese) e ove emergessero elementi di possibile squilibrio finanziario ed economico, ed in ogni caso, con riferimento alle relazioni trimestrali e alle revisioni del budget, il collegio dei revisori deve formulare una relazione con le proprie osservazioni da trasmettere alla Giunta regionale entro la fine del mese successivo alla scadenza del periodo di riferimento mensile o trimestrale.

Il collegio dei revisori può formulare osservazioni e proposte al direttore generale affinché adotti tutti provvedimenti necessari a correggere gli andamenti negativi e a prevenire ulteriori squilibri ed esprime i pareri di competenza richiesti dal direttore generale.

Con riferimento all'esame ed alla valutazione del bilancio di esercizio, il collegio dei revisori formula al direttore generale un parere preventivo sul progetto di bilancio di esercizio nel quale esprime le proprie valutazioni e proposte con riguardo alla

redazione del bilancio stesso e deve esaminare e valutare in apposita relazione:

- a) l'andamento della gestione nel suo complesso ed i risultati conseguiti nell'esercizio, anche in rapporto al grado di realizzazione del budget;
- b) l'affidabilità, la completezza e la correttezza nella tenuta della contabilità e la corrispondenza fra i dati del bilancio e le risultanze delle scritture contabili;
- c) la coerenza e la corrispondenza dei contenuti del bilancio di esercizio ai principi e criteri per la sua redazione.

I revisori possono in qualsiasi momento procedere, anche individualmente, ad atti di ispezione e controllo nonchè chiedere notizie al direttore generale sull'andamento delle operazioni e su determinati atti di gestione.

Tutti i documenti e gli atti che devono essere sottoposti al collegio dei revisori per l'espressione di pareri e per la redazione delle relazioni previste dalla legge regionale 55/1994, devono essere trasmessi formalmente dal direttore generale al collegio stesso, onde consentire l'espletamento dei compiti del collegio.

Gli accertamenti eseguiti devono risultare sul libro delle adunanze e dei verbali del collegio dei revisori.

Qualora, nell'ambito dell'espletamento delle proprie funzioni e dei propri compiti, il collegio dei revisori venga a conoscenza dell'esistenza di gravi irregolarità nella gestione ha l'obbligo di darne immediata comunicazione al direttore generale ed alla Giunta regionale.

L'Unità locale sociosanitaria e l'Azienda ospedaliera pone a disposizione del collegio dei revisori un luogo idoneo per la

custodia della documentazione inerente alle funzioni svolte dal collegio stesso.