

**Stefano Di Loreto**

**ORGANIZZAZIONE E PROCESSO DI AZIENDALIZZAZIONE:  
nuove prospettive nella sanità**

stefano.diloreto@alice.it

## INDICE

### **Evoluzione storica del sistema sanitario**

|                 |         |
|-----------------|---------|
| Primo periodo   | pag. 04 |
| Secondo periodo | pag. 05 |
| Terzo periodo   | pag. 06 |

### **Il Servizio Sanitario Nazionale**

|                 |         |
|-----------------|---------|
| Caratteristiche | pag. 07 |
| Obiettivi       | pag. 08 |

### **Trasformazione delle USL in Aziende Sanitarie**

|                          |         |
|--------------------------|---------|
| Aziende sanitarie locali | pag. 11 |
| Aziende ospedaliere      | pag. 14 |

### **Attuale assetto organizzativo**

|                                      |         |
|--------------------------------------|---------|
| Novità normative                     | pag. 17 |
| Articolazione del SSN su tre livelli | pag. 17 |
| Atto aziendale                       | pag. 19 |
| Organi delle ASL                     | pag. 20 |
| Organizzazione funzionale delle ASL  | pag. 23 |
| Organizzazione strutturale delle ASL | pag. 25 |
| Aziende sanitarie ospedaliere        | pag. 26 |

### **Finanziamento del servizio sanitario**

|  |         |
|--|---------|
| Fondo sanitario nazionale                        | pag. 28 |
| Finanziamento ASL e ASO                          | pag. 28 |
| Federalismo fiscale                              | pag. 30 |
| Patto di stabilità interno                       | pag. 31 |
| Prestazioni dei Livelli Essenziali di Assistenza | pag. 32 |

### **Nuovi obiettivi in sanità**

|                   |         |
|-------------------|---------|
| Criticità del SSN | pag. 33 |
|-------------------|---------|

|  |         |
|--|---------|
| Obiettivi strategici a breve-medio termine | pag. 33 |
| Obiettivi strategici a medio-lungo termine | pag. 35 |
| Management                                 | pag. 36 |
| <b>Conclusioni</b>                         | pag. 49 |
| <b>Riferimenti bibliografici</b>           | pag. 50 |

## EVOLUZIONE STORICA DEL SISTEMA SANITARIO

### Primo periodo

E' possibile distinguere tre periodi nell'evoluzione storica del sistema sanitario italiano.

Il primo va dal 1861 (nascita dello Stato italiano) al 1947 (anno che precede l'entrata in vigore della Costituzione della Repubblica) ed è caratterizzato dall'associazionismo operaio.

In tale periodo, le associazioni che si sono poste la finalità di garantire aiuti di varia natura ai propri componenti, contro i rischi più gravi derivanti dalle pericolose condizioni di lavoro, hanno preso il nome di Società di Mutuo Soccorso.

Si trattava di un sistema di assistenza privata di carattere mutualistico in cui erano gli stessi operai ad accantonare le risorse da utilizzare al verificarsi di determinati eventi dannosi.

Fin dalla fine del 1800 inizia il passaggio dell'assistenza facoltativa al sistema di assistenza sociale obbligatoria per gli infortuni sul lavoro dell'industria.

In tal modo il fenomeno mutualistico passa sotto il controllo statale e va esaurendosi il processo di autogestione della salute da parte degli stessi lavoratori, mentre si assiste ad una proliferazione delle Casse Mutue, dotate di piena autonomia giuridica e fondate su un principio assicurativo (si accumulano risorse per far fronte a rischi futuri).

Alla fine del periodo le Casse Mutue vengono fuse in un unico ente mutualistico, l'INAM. Tuttavia sorgono altri enti gestori delle assicurazioni contro le malattie quali l'ENPAS, l'INADEL, le Mutue Coltivatori Diretti, le Mutue degli Artigiani, dei Commercianti, l'ENPDEDP, l'ENPALS, le Casse Marittime Adriatica, Meridionale e Tirrena, etc.

Alcuni dei citati enti e Casse Mutue erogavano le prestazioni in forma diretta (gratuita), altri in forma indiretta (a rimborso), altri ancora in forma mista.

## Secondo periodo

Copre l'arco di tempo che va dal 1948 (data di entrata in vigore della Costituzione repubblicana), al 1977 (che precede l'entrata in vigore dell'Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)).

Con la Costituzione sono state poste nel nostro ordinamento giuridico le norme fondamentali per la tutela della salute (art. 32), per il diritto all'assistenza ed alla previdenza sociale (art. 38) e per il decentramento dell'assistenza sanitaria ed ospedaliera alle regioni (artt. 114, 115, 116, 117).

L'art. 32 della Costituzione ha stabilito che: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti".

In sostanza, l'art. 32 ha individuato il diritto alla salute come diritto individuale e collettivo, ossia come diritto sancito a tutela dell'interesse del cittadino ad ottenere determinate prestazioni dirette od indirette da parte dello Stato e come interesse personale per le condizioni di maggiore benessere fisico e psichico dei cittadini.

Con l'art. 32 si sono allora poste le basi per l'affermazione di un sistema di sicurezza sociale, in cui lo Stato interviene a garantire totalmente, od in gran parte, il finanziamento dei mezzi necessari per liberare le persone dalle situazioni di bisogno.

L'art. 38 ha poi stabilito che: "ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto di mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento ed all'assistenza sociale.

I lavoratori hanno diritto che siano provveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria. Gli inabili ed i minorenni hanno diritto all'educazione ed all'avviamento professionale".

Successivamente all'entrata in vigore della Costituzione si sono tuttavia registrati altri significativi cambiamenti nell'assetto organizzativo complessivo della sanità del nostro paese.

Tappa importante per il riordino dell'assistenza sanitaria è stata l'approvazione della legge 12 febbraio 1968, n. 132 e successivi decreti.

Caratteristica essenziale della nuova legge ospedaliera era l'affermazione del disposto costituzionale (art. 32 della Costituzione) del diritto all'assistenza e della conseguente trasformazione della natura dell'Ente ospedaliero: è stato quindi

abbandonato l'antico concetto di Ente di assistenza e beneficenza per passare a quello di Ente Pubblico Ospedaliero.

### **Terzo periodo**

Va dal 1978 a tutt'oggi, è caratterizzato dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale (L.833/1978) come risposta alla crisi del sistema mutualistico.

Questo sistema infatti, in quanto idoneo alla tutela del solo rischio di malattia, cioè del momento strettamente terapeutico, portava alla erogazione dell'assistenza di malattia in maniera difforme rispetto alle diverse categorie di assistiti; era inoltre contrassegnato dalla mancanza di coordinamento tra i diversi interventi sanitari e da evidenti disfunzioni organizzative e sperperi, soprattutto per la duplicazione delle strutture, per la dispersione di mezzi e per la carenza degli strumenti di prevenzione.

La riforma sanitaria ha inteso pertanto risolvere questa situazione, attraverso l'abbandono definitivo del precedente sistema di tipo assicurativo e previdenziale e l'introduzione di un nuovo sistema fondato sulla sicurezza sociale.

Precedono di pochi mesi l'entrata in vigore della legge 833/1978 di riforma generale del sistema sanitario italiano, la legge n. 180 che ha disciplinato i trattamenti sanitari volontari ed obbligatori per le malattie mentali e la legge n. 194 che ha dettato norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza.

La L. 833/1978 segna il momento culminante della tendenza ad una sempre maggiore partecipazione dello Stato all'assistenza sanitaria in favore dei cittadini, realizzando il superamento del concetto di assistenza sanitaria differenziata per categorie sociali ad una tutela della salute generalizzata, estesa a tutti i cittadini.

Sul piano operativo però la riforma ha proceduto con lentezza, con impostazioni non razionali e burocratiche.

Prima i D.Ldgs n. 502/1992 e n. 517/1993 e poi il D.Lgs n. 229/1999 hanno modificato ed integrato, in maniera rilevante, la legge di riforma sanitaria provvedendo a regionalizzare il SSN per una migliore razionalizzazione delle risorse.

## IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

### Caratteristiche

Alla fine del 1978 si perviene finalmente alla promulgazione della legge 833 del 23/12/1978 istitutiva del Servizio sanitario nazionale.

Con questo provvedimento il legislatore italiano ribalta gli obiettivi, gli interventi e le strutture finora dominanti nell'ordinamento sanitario e punta a risolvere il problema della salute, nelle sue varie forme, non più prevalentemente sul piano della cura della malattia, ma anzitutto attraverso l'azione di mantenimento e di potenziamento dello stato di benessere psico-fisico ed una radicale riorganizzazione del sistema sanitario.

In questi termini la L. 833 rappresenta una tappa di fondamentale importanza nell'evoluzione storica della legislazione sanitaria e segna il momento culminante della tendenza ad una sempre maggiore partecipazione dello Stato all'assistenza sanitaria in favore dei cittadini.

Le principali caratteristiche di quella che viene comunemente chiamata legge di riforma sanitaria sono:

- l'universalità, vale a dire la realizzazione della tutela della salute in maniera generalizzata ovvero estesa a tutti i cittadini indistintamente considerati con parità di trattamenti: le prestazioni diventano allora uguali nella qualità e quantità per tutte le categorie sociali e la tutela della salute viene attuata senza limiti temporali nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e per l'intera durata della vita dei cittadini;
- la globalità, consistente in interventi nel campo della salute non più limitati alla cura delle malattie, ma estesi fino a comprendere la prevenzione e la riabilitazione: prevenzione e riabilitazione diventano quindi obiettivi prioritari da raggiungere attraverso la programmazione degli interventi;
- la democraticità è la partecipazione, cioè l'affidamento della gestione delle unità sanitarie locali ad amministratori eletti democraticamente dai cittadini attraverso le elezioni amministrative ed il coinvolgimento dei cittadini, organizzati in associazioni, per un migliore funzionamento del SSN a tutti i livelli;
- l'unificazione, vale a dire l'affermazione del principio della opportunità e necessità di interventi sia sanitari che assistenziali a tutela complessiva degli

individui bisognosi di assistenza sanitaria e sociale.

Si può affermare che la legge 833 attua, sotto l'aspetto legislativo, quanto affermato dall'art. 32 della Costituzione.

## Obiettivi

Gli obiettivi della legge 833 sono:

- la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un'adeguata educazione sanitaria del cittadino e della comunità;
- la prevenzione delle malattie e degli infortuni in ogni ambito di vita e di lavoro; la diagnosi e cura degli eventi morbosi, quali che siano le cause, la fenomenologia e la durata; la riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità somatica e psichica;
- la promozione e la salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e di lavoro;
- l'igiene degli alimenti;
- la prevenzione e la difesa sanitaria degli allevamenti animali;
- una disciplina della sperimentazione, produzione, immissione in commercio e distribuzione dei farmaci e della relativa informazione scientifica, diretta ad assicurare l'efficacia terapeutica;
- la formazione professionale e permanente del personale del SSN;
- il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese;
- la sicurezza del lavoro, per prevenire condizioni pregiudizievoli alla salute;
- scelte responsabili e consapevoli di procreazione e la tutela della maternità e dell'infanzia;
- la promozione della salute dell'età evolutiva; la tutela sanitaria delle attività sportive; la tutela sanitaria degli anziani;
- la tutela della salute mentale;
- l'identificazione e l'eliminazione delle cause degli inquinamenti dell'atmosfera, delle acque e del suolo.

La legge 833 ha comportato la trasformazione del sistema attraverso il

superamento del concetto di un'assistenza sanitaria differenziata per categorie sociali e la realizzazione di una tutela della salute generalizzata, estesa cioè a tutti i cittadini indistintamente considerati mediante l'istituzione del servizio sanitario nazionale.

Questo Servizio, "costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione" (art. 1 della legge 833/78), è articolato su tre livelli di competenze: centrale, regionale, locale.

Il livello centrale ha compiti normativi, di programmazione ed indirizzo e di coordinamento.

Quello regionale ha compiti normativi, di programmazione, di organizzazione e di coordinamento.

Quello locale, attraverso le "unità sanitarie locali", è destinato a rappresentare lo strumento operativo fondamentale di tutto il servizio, con competenza esclusiva in materia sanitaria sul territorio che viene esercitata attraverso le forme della democrazie rappresentativa (i poteri sono attribuiti ad organismi espressi dalle assemblee elettive locali, quali Consigli comunali, Associazioni di Comuni, Consigli circoscrizionali, Comunità montane).

Si tratta inoltre di un modello aderente al dettato fondamentale dell'art. 32 della Costituzione, che postula la tutela della salute non solo come diritto dell'individuo, ma come interesse della collettività.

La tutela della salute è intesa non soltanto come assenza di infermità, ma anche come stato di benessere psico-fisico e sociale.

La legge n. 833 conferisce alla programmazione un ruolo importante per il processo riformatorio.

L'art. 54 prevedeva che il primo Piano sanitario nazionale per il triennio 1980-82 fosse approvato entro il 30 aprile 1979.

Si è dovuto però attendere il 1994 per l'approvazione del Piano sanitario nazionale 1994-96 a causa della prevalenza, nel sistema sanitario del nostro paese, degli aspetti economico-finanziari, sugli aspetti programmatici.

La prevalenza di linee di politica sanitaria basate su tagli della spesa sanitaria, sempre sottostimata nelle previsioni annuali, sull'introduzione di sempre più numerosi ed onerosi ticket e su impostazioni non razionali e burocratiche, piuttosto che ispirate a criteri di efficienza, di snellezza e funzionalità, ha penalizzato il decollo del nostro SSN.

Si può affermare quindi che con l'approvazione da parte del Parlamento della legge

n. 833/78 si è riformato il sistema sanitario del nostro paese sul “piano legislativo”, mentre sul “piano operativo” la riforma ha proceduto con lentezza ed il sistema sanitario presenta ancora alcune contraddizioni ed inefficienze proprie del precedente sistema mutualistico.

## TRASFORMAZIONE DELLE USL IN AZIENDE SANITARIE

### Aziende sanitarie locali

I Decreti legislativi n. 502/92 e n. 517/93 hanno trasformato le Unità sanitarie locali in “aziende” dotate di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.

Le USL hanno infatti cessato di essere un “complesso di presidi, degli uffici e dei servizi dei Comuni, singoli o associati, e delle Comunità montane che, in un ambito territoriale determinato, assolvono ai compiti del Servizio sanitario nazionale”: in altri termini da strutture operative dei Comuni sono state trasformate in aziende “dotate di personalità giuridica pubblica”.

I Comuni contestualmente hanno cessato d’essere enti autonomi di riferimento principale per le nuove aziende, visto che ad essi la precedente normativa affidava ampi poteri gestionali, mentre le Regioni vedono ampliare in maniera rilevante le competenze già significative.

Ai Comuni vengono attribuiti esclusivamente compiti consultivi e di indirizzo, con riferimento alla programmazione regionale, e di verifica dell’andamento generale delle attività sanitarie svolte sul proprio territorio.

Le nuove aziende sanitarie inoltre possono assumere la gestione dei servizi socio-assistenziali su delega dei Comuni che, in base alla nuova normativa sulle autonomie locali, sono gli enti locali titolari delle competenze in materia.

La nuova normativa, quindi, in linea con l’art. 117 della Costituzione e con le tendenze politiche in atto, provvede a regionalizzare il SSN.

Le regioni ampliano le funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria, di organizzazione dei servizi, di finanziamento della spesa, di controllo delle attività, di programmazione degli interventi.

In particolare le Regioni svolgono un ruolo più concreto ed incisivo nei confronti delle nuove aziende attraverso la nomina e la eventuale revoca degli organi monocratici di gestione, il controllo diretto dei principali atti deliberativi e la fissazione dei criteri di finanziamento.

Resta confermata l'articolazione delle nuove USL in distretti sanitari di base, quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento.

Le nuove aziende hanno come compito fondamentale quello di assicurare, nell'ambito del proprio territorio, i livelli uniformi di assistenza fissati dallo Stato per tutti i cittadini.

Restano confermate le competenze stabilite dal 3° comma dell'art. 14 della legge 833/78, il quale stabilisce che le USL provvedono: all'educazione sanitaria, all'igiene dell'ambiente, alla prevenzione individuale e collettiva delle malattie fisiche e psichiche, alla protezione sanitaria materno-infantile, all'assistenza pediatrica e alla tutela del diritto alla procreazione cosciente e responsabile, all'igiene e medicina scolastica negli istituti d'istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado, all'igiene e medicina del lavoro, nonché alla prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, alla medicina dello sport e alla tutela sanitaria delle attività sportive, all'assistenza medico-generica e infermieristica, domiciliare e ambulatoriale, all'assistenza medico-specialistica per le malattie fisiche e psichiche, all'assistenza ospedaliera per le malattie fisiche e psichiche, alla riabilitazione, all'assistenza farmaceutica e alla vigilanza sulle farmacie, all'igiene della produzione, lavorazione, distribuzione e commercio degli alimenti e delle bevande, all'assistenza veterinaria, alle prestazioni medico-legali.

Occorre però tenere presente che in base a specifico referendum sono state sottratte alle USL determinate competenze in materia di tutela ambientale.

Per quanto riguarda la competenza territoriale delle aziende, sono stabilite nuove disposizioni.

Le Regioni, sentite le Province interessate, stabiliscono per ciascuna USL il territorio di competenza, coincide di norma con il territorio della Provincia.

Peraltro in relazione a condizioni particolari, le Regioni possono stabilire ambiti territoriali diversi.

La legge stabilisce tassativamente le condizioni che possono determinare un ambito territoriale differente da quello provinciale.

Tali condizioni sono: la presenza di aree montane, la densità della popolazione, la distribuzione della popolazione.

Sono rilevanti i cambiamenti introdotti dalla nuova normativa relativamente agli organi di amministrazione e di direzione delle nuove Aziende USL e le novità presenti nel

nuovo assetto istituzionale ed organizzativo.

Sono state soppresse le figure del coordinatore amministrativo, del coordinatore sanitario e del sovrintendente sanitario, è stato inoltre abolito l'ufficio di direzione.

E' stata prevista, dalla data di istituzione delle nuove aziende unità sanitarie locali, la nomina dell'organo monocratico di gestione, vale a dire del direttore generale.

Sono organi della nuova Azienda USL: il direttore generale, il collegio dei revisori.

Il direttore generale è coadiuvato da una serie di soggetti, sia monocratici che collegiali, e precisamente: direttore amministrativo, direttore sanitario, consiglio dei sanitari.

Tutti i poteri di gestione e la rappresentanza legale dell'Azienda USL sono riservati al direttore generale.

Il direttore generale nomina un direttore amministrativo ed un direttore sanitario.

La nuova disciplina prevede l'istituzione in ciascuna USL di un collegio dei revisori che dura in carica cinque anni ed è formato da tre componenti designati, rispettivamente, da: Regione, Ministero del Tesoro, Sindaco o Conferenza dei sindaci.

Il collegio dei revisori è integrato da altri due componenti, nominati rispettivamente ancora dalla Regione e dal Ministero del Tesoro, per le USL con bilancio di previsione avente una spesa di parte corrente superiore a 200 milioni di euro.

Il direttore generale nomina i revisori con specifico atto deliberativo e li convoca per la prima seduta nella quale i revisori eleggono il presidente.

La nuova disciplina in materia sanitaria prevede inoltre l'istituzione in ogni Azienda USL di un consiglio dei sanitari.

Si tratta di un organismo elettivo con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria e presieduto dal direttore sanitario.

Fornisce pareri obbligatori al direttore generale sugli atti deliberativi in maniera tecnico-sanitaria, anche sotto il profilo organizzativo e degli investimenti.

Il consiglio dei sanitari si esprime altresì sulle attività di assistenza sanitaria.

La legge regionale provvede comunque a definire il numero dei componenti, a disciplinare le modalità di elezione, la composizione ed il funzionamento del consiglio dei sanitari.

In base alle norme delegate fanno parte del consiglio: medici (in maggioranza), operatori sanitari laureati, infermieri, tecnici sanitari.

Le Regioni debbono disciplinare le modalità organizzative e di funzionamento delle

Aziende USL in base alla normativa nazionale che prevede che le Aziende sanitarie siano articolate in distretti e che siano fissati a livello regionale i criteri per la definizione delle dotazioni organiche e degli uffici dirigenziali.

Tutti gli ospedali che non divengono azienda, conservano la natura di presidi della Azienda USL con garanzia di una autonomia economica-finanziaria attraverso l'impianto di una contabilità separata all'interno del bilancio dell'intera Azienda USL.

Nei presidi ospedalieri non trasformati in aziende sono previste le figure di un dirigente medico e di un dirigente amministrativo che sono responsabili su delega rispettivamente del direttore sanitario e del direttore amministrativo dell'Azienda USL.

Viene previsto infine che al finanziamento delle Aziende USL provvedono le Regioni che tengono conto della natura aziendale dell'USL, del loro bacino di utenza e delle prestazioni che dovranno erogare ai cittadini.

### **Aziende ospedaliere**

I D.Lgs n. 502/1992 e n. 517/1993 hanno stabilito che gli ospedali di rilievo nazionale, quelli di alta specializzazione, i policlinici universitari, i presidi dove sono presenti le cliniche delle facoltà di medicina e chirurgia, quelli che operano nelle strutture universitarie e gli ospedali centro di riferimento della rete di emergenza sono trasformati in aziende.

Gli scorpori potranno avvenire anche in periodi successivi alla aziendalizzazione delle ULS.

I presidi aziendalizzati hanno autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica e sono dotati di personalità giuridica pubblica.

L'indicazione degli ospedali da costituire in aziende è effettuata dalle Regioni al Ministero della sanità che dovrà attenersi alle indicazioni regionali, limitandosi a verificare i requisiti richiesti per l'aziendalizzazione.

Spetta al Consiglio dei Ministri, con apposito atto deliberativo, individuare le aziende ospedaliere.

Trascorsi 60 giorni da questa deliberazione, le Regioni provvedono a costituire le aziende ospedaliere.

Viene previsto che le Regioni finanzino fino ad un determinato massimo i costi complessivi dell'azienda ospedale.

Le aziende ospedale dovranno cercare il resto del finanziamento attraverso: gli introiti derivanti dalle prestazioni erogate sulla base di tariffe regionali, i ticket riscossi, gli introiti di spettanza dell'amministrazione connessi all'attività libero professionale esercitabile dentro l'ospedale, i corrispettivi relativi a servizi integrativi a pagamento, i lasciti e donazioni, le rendite patrimoniali dell'azienda, le risorse acquisite attraverso contratti e convenzioni.

Anche per le aziende ospedaliere esiste l'obbligo di chiudere il bilancio in pareggio.

In caso di perdita dei requisiti richiesti o di disavanzo non giustificato, la Regione può procedere alla revoca dell'autonomia aziendale ed al commissariamento.

L'eventuale avanzo di amministrazione è utilizzato per gli investimenti in conto capitale, per oneri di parte corrente e per eventuali forme di incentivazione al personale da definire in sede di contrattazione aziendale.

In base ai sopraindicati decreti le Regioni dovevano provvedere a riorganizzare la rete ospedaliera operando accorpamenti e chiusure di presidi per conseguire il raggiungimento dei parametri fissati, in particolare, dalle leggi finanziarie che prevedevano: un tasso di utilizzazione dei posti letto non inferiore al 75%, una dotazione complessiva di 5,5 posti letto per 1.000 abitanti, la riconversione degli ospedali che non raggiungevano determinati standards minimi.

La riorganizzazione doveva avvenire correlando gli standards di cui sopra con gli indici di degenza medica con l'intervallo di turn-over, con la rotazione degli assistiti ed organizzando i presidi ospedalieri in dipartimenti.

Sia all'interno delle aziende ospedale, sia all'interno degli ospedali-presidio delle aziende USL, una quota compresa fra il 5 e il 10% dei posti letto doveva essere trasformata in camere a pagamento per l'esercizio dell'attività libero professionale "intra-moenia" dei medici.

Gli ospedali costituiti in azienda ospedaliera hanno gli stessi organi previsti per le Aziende USL, vale a dire il direttore generale, coadiuvato dal direttore sanitario e dal direttore amministrativo, ed il collegio dei revisori dei conti, nonché il consiglio dei sanitari in funzione consultiva.

Per ciò che attiene ai compiti di questi organi vale quanto detto prima per l'azienda USL, con gli adattamenti conseguenti alle caratteristiche "presidiali" e non "territoriali" delle

aziende ospedale.

Per quanto riguarda invece le modalità organizzative e di funzionamento dell'azienda ospedale, le Regioni dovevano emanare nuove norme non essendo prevista, in generale, dalle precedenti norme la configurazione di ospedali autonomi dalle unità sanitarie locali.

La emanazione di norme sulla organizzazione e funzionamento interno degli ospedali-azienda è quindi una condizione indispensabile per il loro regolare funzionamento.

## **ATTUALE ASSETTO ORGANIZZATIVO**

### **Novità normative**

Con la legge 30 novembre 1998, n. 419 “Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e per l’adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzione del Servizio Sanitario Nazionale”, sono state poste le basi per una nuova modifica del SSN nella sua struttura organizzativa e nel suo funzionamento, modifica che si è concretizzata nel decreto legislativo delegato n. 229/1999.

Occorre ribadire che non sono variate le caratteristiche e le finalità del SSN istituito con la L. n. 833/1978 e successivamente modificata con i decreti legislativi n. 502/1992 e 517/1993 .

Il SSN ha mantenuto l’obiettivo principale di garantire indistintamente a tutti i cittadini un eguale accesso all’assistenza sanitaria: in particolare il D.Lgs. n. 229/1999 ha previsto che il SSN deve assicurare i livelli essenziali ed uniformi di assistenza, definiti dal Piano Sanitario Nazionale (PSN), attraverso risorse finanziarie pubbliche.

In ogni caso il D.Lgs. 229/1999 rappresenta il quadro di riferimento normativo attuale, sia per gli aspetti programmatici a livello nazionale e regionale, sia per gli aspetti organizzativi e funzionali da disciplinare attraverso leggi regionali da parte delle Regioni.

### **Articolazione del SSN su tre livelli**

L’attuale quadro normativo conferma l’articolazione del SSN sui tre diversi livelli: centrale, regionale e locale.

A livello centrale il Governo, soprattutto attraverso il Ministero della Salute (nuova denominazione del Ministero della Sanità introdotta dal D.L. n. 217 del 12/6/2001, convertito in L. n. 317 del 3/8/2001), definisce gli obiettivi del SSN ed i provvedimenti per la loro realizzazione.

A livello centrale operano con funzione di consulenza l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), l'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del lavoro (ISPESL) ed il Consiglio Superiore di Sanità.

La Conferenza permanente, per i rapporti tra Stato e Regioni, esplica compiti consultivi in ordine agli aspetti istituzionali del SSN, quali la predisposizione del Piano sanitario nazionale e le politiche del personale, quali la predisposizione del Piano sanitario nazionale e le politiche del personale, ma soprattutto ha oggi assunto un importante ruolo politico.

A livello regionale le Regioni svolgono in maniera sempre più rilevante compiti legislativi e, attraverso gli Assessorati alla sanità, compiti amministrativi in materia sanitaria in attuazione dell'art. 117 della Costituzione ed in sintonia con l'attuale indirizzo politico prevalente.

Alle Regioni spetta l'istituzione delle aziende sanitarie, l'organizzazione dei servizi in rapporto alle esigenze della popolazione, la nomina dei Direttori Generali delle aziende sanitarie con riferimento ai requisiti previsti dalla L. n. 590/94, senza necessità di valutazioni comparative, il coordinamento delle aziende sanitarie ed il controllo dell'attività e dei risultati.

Le Regioni adottano altresì i Piani Sanitari Regionali triennali sulla base ed in sintonia con il Piano Sanitario Nazionale ed assicurano i livelli essenziali ed uniformi di assistenza avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende sanitarie locali, dalle aziende ospedaliere, dalle aziende universitarie e dagli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ed attraverso le altre strutture pubbliche e private accreditate.

Le regioni sono competenti inoltre ad autorizzare la realizzazione di strutture socio-sanitarie e l'esercizio di tutte le attività sanitarie e socio-sanitarie.

In particolare l'accreditamento costituisce il meccanismo con cui la Regione riconosce a soggetti pubblici e privati il possesso di specifici requisiti (standard di qualificazione) per assicurare i LEA e quindi esercitare attività sanitaria nell'ambito del SSN.

La procedura di accreditamento prevede che le strutture pubbliche e private ed i professionisti autorizzati che intendono far parte del SSN presentano la relativa richiesta.

La Regione verifica quindi l'effettiva rispondenza ai requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi, riconosce o meno lo status di soggetto accreditato per le specifiche tipologie di prestazione e pubblica infine l'elenco dei soggetti accreditati nel proprio territorio per ogni categoria di prestazioni.

Le Regioni autorizzano infine programmi di sperimentazione di nuovi modelli gestionali che prevedano forme di collaborazione tra le aziende sanitarie ed i soggetti privati, anche attraverso la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato.

In tal caso la partecipazione dei privati non può superare il 49%.

In tali forme di collaborazione devono essere privilegiate le ONLUS (Organizzazioni non lucrative di utilità sociale).

Alle Regioni spetta anche la verifica annuale dei risultati economici e qualitativi di tali forme di collaborazione e la decisione della eventuale prosecuzione della sperimentazione dopo il primo triennio di attività.

A livello locale spetta alle Aziende Sanitarie Locali (ASL) ed alle Aziende Sanitarie Ospedaliere (ASO) l'erogazione delle prestazioni, la gestione e l'organizzazione dei servizi, uffici e presidi e la direzione del personale.

## **Atto aziendale**

Uno degli elementi più rilevanti introdotti dal D.Lgs. n. 229/99 è rappresentato dalla nuova configurazione giuridica delle aziende sanitarie.

Il D.Lgs. n. 502/92 stabiliva che l'unità sanitaria locale era una "azienda dotata di una personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica".

Il D. Lsg. n. 229/99 stabilisce invece, più semplicemente ma anche più significativamente, che le "unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale".

Da rilevare, alla luce delle nuove disposizioni, la presenza del nucleo privatistico su quello pubblico e non viceversa, soprattutto sotto l'aspetto gestionale.

È significativo a tal proposito che il legislatore abbia stabilito che l'atto aziendale è esso stesso "atto di diritto privato".

È importante rilevare che l'autonomia imprenditoriale non deve essere intesa come una semplice dichiarazione d'intenti, mirante soltanto a qualificare diversamente l'attività delle aziende sanitarie. Deve invece essere tenuta presente la stretta connessione tra la novità azienda dotata di autonomia imprenditoriale e la novità atto aziendale.

Lo stesso legislatore con il D.Lsg. n. 168/2000 ha voluto imprimere

un'accelerazione al sistema con la delegificazione dei provvedimenti regionali con cui vanno fissati i principi ed i criteri di riferimento per l'adozione dell'atto aziendale.

Il legislatore, consapevole dei limiti e degli ostacoli di carattere giuridico, economico ed amministrativo con i quali giornalmente debbono misurarsi i Direttori Generali, gli altri dirigenti e i dipendenti, ha voluto attribuire alle aziende sanitarie una più forte autonomia operativa.

Ha voluto anche, come prima conseguenza della sua decisione, liberare le aziende sanitarie dalla disciplina del diritto amministrativo, dagli interventi del giudice amministrativo e dai controlli formali cui sono sottoposti gli atti del Direttore Generale.

Il nucleo privatistico delle aziende sanitarie ci rimanda al concetto di azienda privata, all'art. 2555 del Codice Civile che individua l'azienda come "complesso di beni organizzati dall'imprenditore per l'esercizio dell'impresa" ed alle possibili analogie che possono derivare da questo riferimento.

## **Organi delle ASL**

Le ASL, denominate anche in maniera diversa a seconda delle varie Regioni, possono comprendere al loro interno uno o più presidi ospedalieri ed hanno come elemento distintivo e caratterizzante il territorio rispetto alle ASO, che sono invece costituite esclusivamente da uno o più presidi ospedalieri.

Le aziende sanitarie locali hanno, come già detto in precedenza, personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale.

La loro organizzazione ed il loro funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato.

Sono organi delle ASL il Direttore Generale (DG) ed il Collegio Sindacale.

La legge riserva al DG tutti i poteri di gestione e la rappresentanza legale delle aziende sanitarie.

Il DG è responsabile dell'attività complessiva, nomina i responsabili delle strutture ospedaliere e adotta l'Atto aziendale.

Verifica inoltre attraverso la valutazione dei costi e dei risultati la corretta ed economica gestione delle risorse disponibile ed assicura l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa.

Gli aspiranti alla carica di DG devono essere in possesso dei seguenti requisiti: diploma di laurea magistrale, esperienza almeno quinquennale di direzione tecnica o amministrativa in enti, aziende, strutture pubbliche o private, in posizione dirigenziale con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, svolta nei dieci anni precedenti la pubblicazione dell'avviso.

La nomina del DG è effettuata dalla Regione.

Il DG è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, da un Direttore Amministrativo e da un Direttore Sanitario.

Il Direttore Amministrativo ed il Direttore sanitario sono nominati dal DG e partecipano alla direzione dell'Azienda sanitaria, assumono diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenze e concorrono, con la formulazione di proposte o di pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale.

Il Direttore sanitario è un medico che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione tecnico-sanitario in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione.

Il Direttore sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi e igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al DG sugli atti relativi alle materie di competenza.

Il Direttore amministrativo è un laureato in discipline giuridiche ed economiche che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione.

Il Direttore amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'unità sanitaria locale.

Il DG è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal Direttore sanitario, dal Direttore amministrativo e dal Consiglio dei sanitari.

In caso di vacanza dell'ufficio o nei casi di assenza o di impedimento del DG, le relative funzioni sono svolte dal Direttore amministrativo o dal Direttore sanitario su delega del DG o, in mancanza di delega, dal direttore più anziano di età.

Ove l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi si procede alla sostituzione.

Il Collegio sindacale, in precedenza denominato Collegio dei Revisori, è l'organo di controllo interno delle Aziende sanitarie.

Il Collegio Sindacale: verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico, vigila sull'osservanza della legge, 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, riferisce almeno trimestralmente alla Regione sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità, trasmette periodicamente una propria relazione sull'andamento dell'attività aziendale alla Conferenza dei sindaci o al sindaco del comune capoluogo della provincia dove è situata l'azienda stessa.

I componenti del Collegio sindacale possono procedere ad atti di ispezione e controllo anche individualmente.

Il Collegio sindacale dura in carica tre anni ed è composto da cinque membri, di cui due designati dalla Regione, uno designato dal Ministero del Tesoro, del bilancio e della programmazione economica, uno dal Ministero della salute e uno dalla Conferenza dei sindaci.

Il DG dell'unità sanitaria locale nomina i revisori con specifico provvedimento e li convoca per la prima seduta.

Il Presidente del collegio viene eletto dai revisori all'atto della prima seduta.

L'indennità annua lorda spettante ai componenti del Collegio sindacale è fissata in misura pari al 10% degli emolumenti del DG dell'unità sanitaria locale.

Al Presidente del collegio compete una maggiorazione pari al 20% dell'indennità fissa per gli altri componenti.

Le strutture collegiali con funzioni consultive sono: il Collegio di direzione e il Consiglio dei sanitari.

Il Collegio di direzione collabora con il DG per il governo delle attività cliniche, la programmazione e valutazione della attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria.

Concorre alla formulazione dei programmi di formazione e delle soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale nonché alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici.

Il DG si avvale del Collegio di direzione per l'elaborazione del programma di attività aziendale, oltre che per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, anche nell'attuazione del modello dipartimentale per l'utilizzazione delle risorse umane.

La Regione disciplina l'attività e la composizione del Collegio di direzione, prevedendo la partecipazione del Direttore sanitario e amministrativo, dei Direttori di distretto, di dipartimento e di presidio.

Il Consiglio dei sanitari è organismo elettivo dell'azienda sanitaria con funzioni di

consulenza tecnico-sanitaria ed è presieduto dal Direttore sanitario.

Fanno parte del consiglio medici, in maggioranza, ed altri operatori sanitari laureati nonché una rappresentanza del personale infermieristico e tecnico sanitario.

Per le ASL nella componente medica è assicurata la presenza del dirigente veterinario.

Il Consiglio dei sanitari fornisce parere obbligatorio al DG per le attività tecnico-sanitarie, sotto il profilo organizzativo e per gli investimenti ad esse attinenti.

La Regione provvede a definire il numero dei componenti ed a disciplinare la modalità di elezione, la composizione ed il funzionamento del Consiglio dei sanitari.

## **Organizzazione funzionale delle ASL**

Mentre le aziende sanitarie hanno gli stessi organi di gestione e di controllo e le stesse strutture consultive, la loro organizzazione invece è diversa sul territorio nazionale per la flessibilità del sistema determinata dalla specifica competenza in materia attribuita alla Regioni, fermo restando alcune disposizioni armonizzatrici contenute nelle legge nazionali.

È diversa l'organizzazione delle ASL rispetto alle ASO, per le caratteristiche di territorialità delle prime rispetto ai caratteri di presidio delle seconde.

Il numero delle ASL è deciso da ciascuna regione ed è attuale la tendenza ad una loro diminuzione per la realizzazione di economie di scala.

L'organizzazione e il funzionamento delle ASL sono disciplinate con l'Atto aziendale nel rispetto dei principi e criteri fissati dalle leggi nazionali e regionali.

Sotto l'aspetto funzionale, con riferimento all'attività da svolgere, le ASL sono organizzate di norma sul modo seguente e comprendono: la Direzione generale, la Direzione amministrativa, la Direzione sanitaria, le Strutture complesse, le Strutture semplici.

Per lo svolgimento delle proprie funzioni il DG si avvale di professionalità specifiche e di uffici di staff, ad esempio per il controllo della gestione, per la programmazione delle attività, per le relazioni con il pubblico, per la formazione del personale, per i compiti di prevenzione e protezione, per la sorveglianza sanitaria, per la gestione del sistema informativo, per gli affari generali.

Le aziende sanitarie si articolano in strutture complesse e in strutture semplici, dove per strutture si intendono tutte le articolazioni dell'azienda che gestiscono in maniera autonoma risorse umane, tecnologiche o finanziarie.

Le strutture semplici sono strutture costituite all'interno delle strutture complesse oppure hanno valenza dipartimentale.

La direzione di tutte le strutture è affidata ai Dirigenti secondo criteri e modalità stabiliti dall'Atto aziendale nel rispetto dei contratti nazionali di lavoro.

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende sanitarie.

Il Dipartimento è costituito dall'aggregazione di strutture complesse o semplici.

Il Direttore di dipartimento è nominato dal DG tra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento.

Il Direttore di dipartimento rimane titolare della struttura complessa cui è preposto.

La preposizione ai dipartimenti strutturali, sia ospedalieri che territoriali e di prevenzione, comporta l'attribuzione sia di responsabilità professionali in materia clinico-amministrativa e della prevenzione sia di responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti.

A tal fine, il Direttore di dipartimento predispone annualmente il piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili, negoziato con la direzione generale nell'ambito della programmazione aziendale.

La programmazione delle attività dipartimentali, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e di verifica sono assicurate con la partecipazione attiva degli altri dirigenti e degli operatori assegnati al dipartimento.

La Regione disciplina la composizione e le funzioni del Comitato di dipartimento, nonché le modalità di partecipazione dello stesso all'individuazione dei direttori di dipartimento.

I dipartimenti secondo le caratteristiche e le funzioni svolte, possono essere di diverso tipo: Dipartimento funzionale, con riferimento all'obiettivo specifico da raggiungere, Dipartimento strutturale con riferimento alla necessità di razionalizzare per motivi di efficienza ed economicità diverse strutture organizzative, Dipartimento integrato è quello che aggrega strutture del SSN ed a Direzione universitaria, Dipartimento interaziendale è quello che aggrega strutture di diverse Aziende sanitarie. In ogni caso questa classificazione non è esaustiva ed ha carattere puramente indicativo.

## **Organizzazione strutturale delle ASL**

La struttura della ASL comprende di norma: il Dipartimento di Prevenzione, i Distretti, gli Ospedali.

Il Dipartimento di prevenzione è una struttura operativa della ASL che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione delle attività relative alla tutela della salute della popolazione, alla prevenzione delle malattie e delle disabilità, al miglioramento della qualità della vita, individua e rimuove le cause di nocività e le malattie di origine ambientale umana e animale.

Si tratta di una struttura che garantisce le funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica, anche a supporto dell'autorità sanitaria locale, ossia dei sindaci dei comuni.

Contribuisce inoltre alle attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronico-degenerative in collaborazione con gli altri servizi e dipartimenti aziendali.

Il dipartimento di prevenzione ha autonomia organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità.

Le regioni disciplinano l'articolazione delle aree dipartimentali di sanità pubblica, della tutela della salute negli ambienti di lavoro e della sanità pubblica veterinaria.

I Distretti sanitari sono articolazioni sanitarie sul territorio, sono individuati dall'Atto aziendale, comprendono di norma una popolazione minima di 60.000 abitanti che può essere ridotta per caratteristiche del territorio e densità di popolazione.

Il Distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel programma delle attività territoriali.

Al distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento.

Nell'ambito delle risorse assegnate, il distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della ASL.

Il Distretto garantisce l'assistenza primaria, il coordinamento e l'approccio multidisciplinare tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva, presidi specialistici ambulatoriali.

Garantisce l'assistenza specialistica ambulatoriale, servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze, servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia,

della donna e della famiglia, servizi rivolti a disabili e anziani, servizi di assistenza domiciliare integrata, patologie da HIV e per le patologie in fase terminale.

Il Direttore del Distretto ha la responsabilità del distretto stesso e gestisce le risorse assegnate in modo da garantire l'accesso della popolazione alle strutture e ai servizi, l'integrazione tra i servizi e la continuità assistenziale.

Gli Ospedali, ai sensi del D.Lgs. n. 229/1999, possono conservare la natura di presidi della ASL oppure, per specifiche esigenze assistenziali di ricerca scientifica, di didattica e di riorganizzazione della rete ospedaliera regionale, possono essere costituiti in ASO.

Nelle ASL nelle quali sono presenti più ospedali questi possono essere accorpati ai fini funzionali.

Nei presidi ospedalieri dell'ASL è previsto un dirigente medico in possesso di idoneità come responsabile delle funzioni igienico-organizzative ed un dirigente amministrativo per l'esercizio delle funzioni di coordinamento amministrativo.

Il dirigente medico ed il dirigente amministrativo concorrono, secondo le rispettive competenze, al conseguimento degli obiettivi fissati dal DG.

A tutti i presidi ospedalieri, così come già visto per i Dipartimenti di prevenzione e per i singoli Distretti, è attribuita autonomia economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio ASL.

Le Regioni provvedono alla riorganizzazione di tutti i presidi ospedalieri sulla base delle disposizioni di cui all'art. 4, comma 3, della legge 30 dicembre 1991 n. 412, correlando gli standard ivi previsti con gli indici di degenza media, l'intervallo di turn-over e la rotazione degli assistiti ed organizzando gli stessi presidi in dipartimenti.

All'interno dei presidi ospedalieri e delle aziende ospedaliere sono riservati spazi adeguati per l'esercizio della libera professione intramuraria ed una quota non inferiore al 5% e non superiore al 10% dei posti-letto per la istituzione di camere a pagamento.

### **Aziende Sanitarie Ospedaliere**

Per specifiche esigenze assistenziali, di ricerca scientifica, di didattica, possono essere costituiti in Aziende Ospedaliere: gli Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico di diritto pubblico, le Aziende ospedaliero-universitarie, le Aziende ospedaliere di rilievo

nazionale o interregionale.

Inoltre nell'ambito della riorganizzazione della propria rete dei presidi ospedalieri le Regioni possono proporre la costituzione in aziende dei presidi ospedalieri in possesso di tutti i seguenti requisiti: organizzazione dipartimentale di tutte le unità operative presenti nella struttura, disciplinata dall'atto aziendale, disponibilità di un sistema di contabilità economico-patrimoniale e di una contabilità per centri di costo, presenza di almeno tre unità operative di alta specialità, dipartimento di emergenza di secondo livello, ruolo di ospedale di riferimento in programmi integrati di assistenza su base regionale e interregionale, attività di ricovero in degenza ordinaria per pazienti residenti in regioni diverse superiore di almeno il 10% rispetto al valore medio regionale, indice di complessità della casistica dei pazienti trattati in ricovero ordinario superiore ad almeno il 20% rispetto al valore medio regionale, 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.

Le aziende ospedaliere devono chiudere il proprio bilancio in pareggio.

L'eventuale avanzo di amministrazione è utilizzato per gli investimenti in conto capitale, per oneri di parte corrente e per eventuali forme di incentivazione al personale da definire in sede di contrattazione.

Il verificarsi di ingiustificati disavanzi di gestione o la perdita delle caratteristiche strutturali e di attività prescritte, fatta salva l'autonomia dell'Università, comportano il commissariamento da parte della regione e la revoca dell'autonomia aziendale.

Quindi anche per le ASO è prevista un'articolazione organizzativa con i necessari adattamenti richiesti dalla loro natura "presidiale" rispetto alle ASL aventi invece una vocazione e competenze "territoriali".

Anche per le ASO assume particolare importanza e rilevanza la definizione dei dipartimenti e delle altre strutture complesse, dirette da un dirigente nominato dal DG.

I Direttori di dipartimento, coordinati dal Direttore sanitario, assicurano il raggiungimento delle finalità individuate a livello regionale ed aziendale, il coordinamento tra le unità operative ed il rispetto del budget assegnato.

## **FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO**

### **Fondo sanitario nazionale**

Per assicurare la realizzazione del principio per cui il SSN fa carico alla fiscalità generale, principio che rimane ancora oggi pienamente vigente, la L. 833/1978 ha previsto che lo Stato provvedesse direttamente al fabbisogno finanziario della sanità pubblica attraverso l'istituzione del Fondo sanitario nazionale (FSN) e la sua successiva ripartizione tra le regioni.

In particolare il FSN veniva determinato annualmente con la legge finanziaria ed era distribuito tra le regioni entro il 31 ottobre, con deliberazione del Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE).

Il D.Lgs. 502/1992 ed il successivo D.Lgs. 229/1999 non hanno modificato il sistema del finanziamento globale del SSN, confermando il ruolo essenziale del FSN.

Si è voluto però rovesciare la logica di Fondo che si è affermata sotto la vigenza della L. 833/1978 e che ha portato a fenomeni sistematici di deresponsabilizzazione finanziaria: in pratica le regioni spendevano di più di quanto assegnato e previsto sapendo che lo Stato centrale sarebbe comunque intervenuto a consuntivo per ripianare i debiti contratti nel corso dell'anno (l'introduzione del meccanismo dei LEA svolge proprio il ruolo di predeterminare il livello della domanda sanitaria da finanziare in modo che la spesa sanitaria risulti, perlomeno in teoria, ancorata a tale livello di prestazioni sanitarie).

### **Finanziamento ASL e ASO**

Si è cercato di operare anche sui meccanismi periferici di responsabilizzazione della spesa mediante l'introduzione di due distinte modalità di assegnazione delle risorse disponibili alle aziende sanitarie.

Per le ASL è stato previsto un finanziamento basato sul trasferimento da parte della regione di quote del fondo sanitario corrispondenti all'attività svolta come committente

delle prestazioni sanitarie per assicurare i LEA, le risorse trasferite dalla regione sono determinate in relazione ad una quota capitaria per ogni assistito.

Per le ASO (che a differenza delle ASL non devono garantire i LEA ed agiscono pertanto solo come erogatori di prestazioni e di servizi) si è introdotto il meccanismo del pagamento a prestazione, in sostanza viene finanziata l'attività effettivamente svolta attraverso tariffe predeterminate a livello regionale secondo criteri generali stabiliti in sede nazionale, spettano inoltre entrate regionali per specifici programmi che non si prestano per loro natura ad un sistema di pagamento tariffario (ad esempio per trapianti, assistenza ai grandi ustionati, etc.).

In particolare le tariffe per le prestazioni ospedaliere si basano sui cosiddetti DRG (sigla in lingua inglese che in italiano corrisponde all'espressione "raggruppamenti omogenei di diagnosi"): si tratta di un sistema di classificazione dei casi trattati in regime ospedaliero legato ad alcune informazioni fondamentali ricavate dalla scheda di dimissione del paziente (diagnosi, interventi, età, etc.), per cui in sostanza a tutti i ricoveri attribuiti allo stesso DRG è riconosciuta la medesima tariffa.

In tal modo nel sistema dovrebbero operare forti stimoli a migliorare la qualità delle prestazioni erogate, ad aumentare il volume di attività, a contenere i costi di produzione entro i limiti delle tariffe assicurate dai soggetti acquirenti, ad esempio privilegiando la combinazione di servizi che "a parità di risultati" abbia il "costo minore": tutti meccanismi che con il precedente sistema del finanziamento a piè di lista, ossia del ripiano dei debiti operato a consuntivo, erano assolutamente inesistenti.

È necessario che operino meccanismi di controllo diretti ad evitare i cosiddetti "incentivi perversi" associati ai sistemi di remunerazione a prestazione.

I soggetti erogatori possono infatti tendere a moltiplicare le prestazioni o ad erogare prevalentemente le prestazioni più remunerative od ancora a modificare la denominazione delle prestazioni erogate per ottenere rimborsi più elevati; risulta quindi importante la verifica della compilazione della scheda di dimissioni ospedaliere che contiene le informazioni sulla cui base vengono definite le prestazioni e le relative tariffe.

Invece, a livello delle strutture di produzione ed erogazione delle prestazioni, devono essere attivati processi di controllo di gestione tali da consentire l'acquisizione delle informazioni necessarie per il costante monitoraggio dei costi di produzione dell'assistenza rispetto alle tariffe pattuite, oltre che per l'analisi della remuneratività dei diversi servizi e della propria posizione rispetto ai potenziali competitori presenti sul mercato.

È pertanto necessario che il sistema informativo aziendale sia particolarmente efficiente, per poter valutare con cognizione di causa se è più conveniente erogare da sé le prestazioni o comprarle all'esterno.

Il controllo di gestione acquista un rilievo del tutto particolare, visto che segna il passaggio da un controllo di tipo autorizzativo, puramente giuridico-formale ed incentrato soltanto sulla legittimità dell'atto, ad un controllo di tipo budgettario vertente sul raggiungimento degli obiettivi prefissati e che comunque non impone vincoli sulle modalità con cui questi vengono raggiunti.

Si tratta di una modalità che non opera soltanto a consuntivo, per misurare semplicemente quello che si è fatto, ma che consente anche un attivo controllo direzionale rivolto a verificare in tempo reale l'utilizzo delle risorse impiegate per la realizzazione degli obiettivi, così da permettere eventuali aggiustamenti "in corsa" laddove si registrino degli scostamenti dalle previsioni.

## **Federalismo fiscale**

Il D.Lgs. 56/2000 attua il cosiddetto federalismo fiscale, un percorso progressivo di decentramento alle regioni delle responsabilità dal lato della spesa con un parallelo decentramento dal lato del reperimento delle risorse finanziarie.

Il nuovo sistema prevede sostanzialmente tre punti cardine.

Sono soppressi a decorrere dall'anno 2001 i trasferimenti statali alle regioni già compresi nelle FSN.

Tali risorse sono sostituite con una compartecipazione delle regioni al gettito dell'IVA (pari al 38,55%), ad un aumento dallo 0,5 allo 0,9% dell'aliquota dell'addizionale regionale IRPEF ed a un aumento della compartecipazione regionale all'accisa sulla benzina.

Questo meccanismo convive con una lunga fase transitoria che si concluderà solo nel 2013 e per la quale nel 2001 a ciascuna regione sono garantite entrate invariate rispetto ai precedenti trasferimenti statali, mentre successivamente le entrate si discostano gradualmente dal dato storico fino a restarne completamente svincolate: dal 2013 le regioni potranno contare su di un ammontare di risorse commisurate alle funzioni che devono svolgere calcolate tenuto conto della popolazione residente, della capacità fiscale, dei fabbisogni sanitari e della dimensione geografica.

In secondo luogo, il D.Lgs. 56/2000 prevede un fondo perequativo nazionale destinato a realizzare gli obiettivi di solidarietà interregionale ed alimentato dalle quote di compartecipazione all'IVA che le regioni ricche mettono a disposizione delle regioni povere a titolo di concorso alla solidarietà. Il fondo perequativo è pari a poco meno del 10% della spesa complessiva per il SSN.

Infine, il D.Lgs 56/2000 stabilisce che le entrate delle regioni a statuto ordinario non sono più soggette a nessun vincolo di destinazione, ma servono complessivamente a finanziare tutte le funzioni ad esse trasferite. In questo modo il gettito derivante dall'IRAP (Imposta Regionale sulle Attività Produttive) non è più esclusivamente riservato alla sanità ma può essere destinato a qualsiasi settore di intervento regionale.

In generale, è importante sottolineare come con il nuovo sistema di finanziamento sia stata resa automatica la ripartizione delle risorse tra il centro e la periferia, visto che il livello delle risorse destinate alla sanità non è più annualmente stabilito in sede di determinazione del FSN, ma deriva dalla quota di compartecipazione al gettito di IVA, IRPEF e altri tributi.

Sostanzialmente, le entrate regionali divengono legate al Prodotto Interno Lordo (PIL), nel senso che alla crescita del PIL corrisponde un incremento del gettito fiscale e quindi delle entrate direttamente spettanti alle regioni.

## **Patto di stabilità interna**

L'aumento della spesa sanitaria costituisce un fenomeno presente e costante nei paesi con accentuato sviluppo industriale.

Tale aumento è indipendente dalla natura giuridica ed istituzionale dei vari sistemi sanitari presenti: la crescita della spesa è rilevabile sia nei paesi con un sistema sanitario pubblico fondato sulla sicurezza sociale (Italia, Gran Bretagna, Paesi Scandinavi) sia nei paesi con sistema sanitario di tipo previdenziale mutualistico (Francia, Germania) sia nei paesi in cui l'assistenza sanitaria è prevalente, rispetto a quella pubblica, come negli Stati Uniti.

In quest'ultimo paese la spesa sanitaria incide in maniera rilevante sul PIL.

Si deduce che ove più alto è il reddito pro-capite, più alta è l'incidenza della spesa sanitaria complessiva sul PIL.

Quest'ultima considerazione è valida anche all'interno dei singoli paesi in cui vi siano significative differenze di reddito tra le varie zone territoriali.

A spiegazione di tale fenomeno si rileva che nei paesi più ricchi è presente una maggiore offerta dei servizi sanitari e che tale offerta influenza direttamente una maggiore domanda di assistenza.

Anche l'invecchiamento della popolazione è senz'altro da annoverare tra le cause di aumento della spesa sanitaria essendo noto e statisticamente provato che la popolazione anziana ha bisogno di maggiori cure ed assistenza.

Sulla base di questi presupposti, in sede di Conferenza permanente Stato-Regione, il governo, le regioni, in data 8 agosto 2001 hanno concluso il cosiddetto Patto di Stabilità Interna in materia sanitaria.

Nell'accordo, a fronte dell'impegno a restare nei limiti di spesa concordati o a ricorrere, in caso contrario, ad entrate proprie, le regioni hanno ottenuto un aumento delle risorse destinate al finanziamento complessivo della sanità.

### **Prestazioni dei Livelli Essenziali di Assistenza**

Con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 29 novembre 2001, in seguito a specifico accordo tra il Governo e le Regioni, sono stati definiti i LEA.

Le prestazioni comprese nei LEA sono garantite nel SSN a tutti i cittadini a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa.

Ha classificato e garantito i LEA nei seguenti settori: assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera.

## NUOVI OBIETTIVI IN SANITA'

### Criticità del SSN

Attualmente si possono individuare una serie di carenze del SSN consistenti in:

- lunghi tempi d'attesa per patologie gravi;
- differenze qualitative e quantitative delle prestazioni erogate nelle varie parti del paese;
- doppio canale della sanità: chi paga, chi è raccomandato e chi non;
- sprechi ed inefficienze;
- risorse economiche limitate;
- sviluppo rallentato della ricerca;
- burocrazia, scarsa attrazione di investimenti, etc.

### Obiettivi strategici a breve-medio termine

Il Ministero della salute ha diramato, nei primi giorni di giugno 2008, una serie di punti programmatici per definire obiettivi a breve-medio termine e a medio-lungo termine per risolvere o almeno ridurre le criticità sopra evidenziate.

Gli obiettivi a breve-medio termine riguardano la riduzione delle liste d'attesa, il rinnovamento tecnologico e strutturale, la riorganizzazione del Ministero ed organi tecnici vigilati, la riorganizzazione della ricerca biomedica.

La riduzione delle liste d'attesa nel breve periodo prevedere:

- accessi diversificati alle liste in base all'urgenza delle prestazioni;
- qualora le strutture pubbliche non siano in grado di effettuare la prestazione in tempi rapidi, indirizzare mediante Centri Unici di Prenotazione i pazienti verso strutture private convenzionate di elevata qualificazione, per le quali si potrebbe prevedere il rilascio di un attestato di alta qualità ("bollino oro"), prevedendo un budget apposito;
- controlli periodici dei NAS sulle liste d'attesa.

La riduzione delle liste d'attesa nel medio periodo prevede:

- iniziative per incentivare l'appropriatezza prescrittiva ed erogativa e quindi eliminare le prestazioni non necessarie;
- ottimizzare e riqualificare la rete d'offerta.

Il rinnovamento tecnologico e strutturale si realizza mediante i seguenti meccanismi:

- attivare subito fondi disponibili del QSN 2007-2013 per le Regioni del Mezzogiorno d'Italia;
- utilizzare per le medesime Regioni nonché per le Regioni del Centro Nord le risorse del Programma straordinario ex art. 20 della L.67/1988, prevedendo nell'anno 2009 un importo di 2 miliardi di euro, da mettere nella tabella della legge finanziaria 2009;
- ricorso al Project financing per attrarre risorse private, particolarmente nel Mezzogiorno.

Riorganizzazione del Ministero ed Organi Tecnici Vigilati.

Sono oggi istituite presso il Ministero o Enti vigilati oltre 50 Commissioni di studio e di consulenza con varie finalità (programmatorie, regolatorie, consultive, etc.).

Tali commissioni sono in genere pletoriche (decine di componenti designati da Regioni, Società scientifiche, Enti vari), costose ed inefficienti.

Si intende, di intesa con le Regioni, azzerare di fatto tutto il sistema, ivi incluso il Consiglio Superiore di Sanità, e riformarlo in modo molto più snello, sul modello anglosassone.

A queste esigenze va aggiunta la necessità di adeguare l'organizzazione dell'Agenzia nazionale del Farmaco, dell'Agenzia nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, dell'Istituto Superiore di Sanità, della Croce Rossa e della Lega Italiana Lotta ai Tumori.

La riorganizzazione della ricerca biomedica prevede di:

- organizzare in sistema dei soggetti erogatori di fondi della ricerca biomedica, mediante la creazione di un tavolo comune tra Ministero della Salute, Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e Ministero dello Sviluppo Economico;
- incentivare la ricerca industriale (BIOTECH) delle PMI e delle grandi imprese, mediante agevolazioni fiscali e la riduzione di oneri sociali.

## Obiettivi strategici a medio-lungo termine

Gli obiettivi a medio-lungo termine prevedono la “riqualificazione del sistema sanitario” con particolare ma non esclusivo riferimento alle Regioni Centro meridionali.

Poiché l’evidenza dei dati indica che qualità ed efficienza vanno di pari passo (le Regioni in cui la sanità è migliore sono quelle che spendono meno), si stanno analizzando le diverse realtà Regionali per identificare e caratterizzare i comportamenti virtuosi al fine di creare modelli da calare, con l’aiuto di un’apposita “task force” istituita dal Ministero, nelle Regioni meno virtuose.

C’è comunque l’esigenza, si può dire nell’intero Paese, di strutturare le prestazioni sanitarie secondo la direttrice Medicina di base – Prestazioni territoriali – Ospedali.

Ciò implica la definizione, il rafforzamento ed in molti casi la creazione di un sistema di medicina del territorio (prevenzione, diagnosi precoce, prima diagnosi, gestione terapie ambulatoriali, hospice, etc.) che riesca di fatto a ridurre il numero di posti letto degli ospedali abbattendo i costi e migliorando al tempo stesso l’efficienza del sistema.

Gli interventi previsti sono:

- promuovere e verificare che i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) siano effettivamente garantiti nei singoli ambiti regionali, assicurando anche un costante aggiornamento delle prestazioni incluse nei LEA stessi;
- introdurre su tutto il territorio il controllo dell’appropriatezza delle prestazioni (ossia ammettere solo caso per caso le prestazioni ritenute necessarie per risolvere un preciso quesito clinico), eliminando quindi le prestazioni inutili;
- costruire un sistema di qualità in sanità che preveda un controllo delle singole prestazioni, e non solo la valutazione di standard, di concerto tra Stato e Regioni e in particolare: linee guida, clinical governance, controllo del rischio clinico, valutazione sistematica esiti, procedure, risorse, tecnologie, customers satisfaction, ect.);
- ristrutturazione e potenziamento medicina territoriale;
- riduzione posti letto e concentrazione degli stessi in strutture di grandi dimensioni;
- sviluppo dei dipartimenti e revisione del principio di “appartenenza” dei letti a un singolo primario;
- concentrazione laboratori di analisi e di diagnostica e terapia strumentale in grandistrutture a massa critica;

- centralizzazione e ottimizzazione delle forniture di beni e servizi;
- ottimizzazione della spesa farmaceutica;
- riforma dei Policlinici Universitari;
- ricorso all'outsourcing e incentivazione del modello di gestione pubblico – privato in sanità;
- integrazione dei preesistenti sistemi di incentivi–disincentivi impostati sui processi per i DG di ASL e Aziende Ospedaliere con particolare riferimento all'appropriatezza e alla finalità (dal Sud al Nord), con conseguente riduzione dei costi migratori a carico della Azienda Italia.

Ridurre la mobilità interregionale (dal Sud al Nord): un effetto importante delle misure sopra descritte sarà la riduzione della mobilità interregionale e i relativi altissimi costi (migratori, assenza dal lavoro dei pazienti ma soprattutto dei famigliari) per l'Azienda Italia.

Rilanciare il Piano Nazionale della Prevenzione: una linea di interventi che va dalla Medicina Predittiva alla Prevenzione primaria, secondaria e terziaria, verrà attivata al fine ultimo di allungare la vita e migliorarne le condizioni.

Le priorità saranno quelle relative ai grandi killer (tumori, malattie cardiovascolari, malattie neuropsichiatriche), ma anche vaccinazioni, obesità, diabete e in generale stili di vita, ivi inclusa la Medicina dello Sport.

## **Management**

Il management è la risorsa operativa che rende possibile e controlla i fenomeni di cambiamento.

Usa razionalmente i fattori produttivi, motiva il personale, pianifica e controlla, guida l'organizzazione al raggiungimento di una serie di obiettivi; è l'arte di ottenere che persone con ruoli e professionalità diversi operino sinergicamente per ottenere concretamente i risultati desiderati.

Si ricorre sempre più spesso in sanità al termine "Problem Solving" (letteralmente risolvere i problemi) per riferirsi allo studio delle abilità e dei processi coinvolti nell'approccio ai problemi, indipendentemente dalla loro natura e complessità.

Un problema, infatti, può essere rappresentato da qualsiasi condizione, per

affrontare la quale non è sufficiente basarsi su apprendimenti elementari già acquisiti.

Il problem solving (P/S), quale abilità generale nell'affrontare i problemi in modo positivo ed efficace, viene utilizzato in riferimento a problemi di ogni tipo (da quelli pratici e organizzativi, a quelli comunicazionali e psicologici) ed è considerato strategicamente efficace sia che il problema riguardi un singolo, un gruppo, un'azienda.

Il processo viene generalmente articolato in quattro/cinque fasi (il primo ed il secondo passaggio possono essere differenziati o inclusi in un unico stadio) che si dispiegano nel tempo e precisamente:

- individuazione e definizione del problema;
- analisi del problema;
- problem solving: ricerca delle soluzioni;
- decision making;
- realizzazione e verifica.

Viene definito "problema" ogni situazione in cui il soggetto, pur consapevole sia dello stato iniziale che dello stato meta, non riesce ad elaborare in tempi brevi strategie idonee a pervenire allo stato meta.

Lo stato meta viene definito come una condizione diversa dallo stato iniziale, più gratificante e positiva rispetto al momento contingente.

Il termine positivo si riferisce sia ad una condizione produttrice di benefici, di risorse ovvero di uno status personale superiori a quelli precedenti, sia ad una situazione che liberi il soggetto da uno stato di frustrazione o di sofferenza.

#### *Definizione del problema (fase osservativa).*

In questo stadio si individua l'area personale, l'ambito che viene ad essere interessato da uno stato di squilibrio, di rottura di quella omeostasi che precedeva il problema; viene quindi identificato, dopo un'attenta osservazione, il problema-obiettivo.

#### *Analisi del problema (fase conoscitiva).*

In questa fase viene condotta un'analisi e valutazione dettagliata degli aspetti dello stato iniziale (ovvero la condizione in cui si trova il soggetto quando compie un'operazione di P/S) e degli aspetti costituenti lo stato meta; si procede inoltre con l'individuazione degli ostacoli al raggiungimento dello stato meta.

#### *Ricerca delle soluzioni: il brainstorming (fase creativa).*

In questo stadio si individuano tutte le soluzioni alternative tra di loro, indipendentemente dalla loro validità ed efficacia nel risolvere la situazione problematica (brainstorming); le idee generiche vengono poi trasformate in opzioni concrete.

*Decision making: valutare e pianificare (fase critico – realistica).*

In questa fase si valuta l'efficacia, la fattibilità e le conseguenze a breve, medio, lungo termine delle soluzioni individuate (vantaggi e svantaggi); si sceglie quindi la soluzione più convincente, si pianifica come realizzarla (chi, cosa, quando, come e con quali risorse).

*Realizzazione e verifica.*

In questo stadio si esegue il piano prescelto e si valutano i risultati durante lo svolgimento (monitoraggio per "aggiustare" il tiro) ed a fine processo.

Molti fattori sembrano essere responsabili di una ridotta abilità di P/S, e ciascuno degli stadi costituenti può essere interessato da una o più specifiche difficoltà.

Già la definizione del problema può risultare ostacolata da una situazione in cui il senso di disagio e fallimento percepito investano globalmente la propria persona, cosicché, in relazione alle difficoltà incontrate, viene sperimentato un profondo sentimento di inadeguatezza e mancanza di valore personale; spesso è proprio questo incombente stato emotivo e cognitivo ad essere confuso con il problema.

Per quanto concerne l'analisi del problema, essa può essere notevolmente inficiata da un errore cognitivo; il soggetto costruirebbe un sistema di convinzioni e certezze partendo da un numero limitato di dati e di esperienze di pesante insuccesso; egli generalizza il fallimento delle proprie capacità di coping e ritiene, attraverso un processo di inferenza arbitraria, che anche i futuri tentativi di affrontare una situazione problematica produrranno lo stesso fallimento.

Tale rigida convinzione e lo stato mentale che ne deriva costituiscono il cosiddetto "learned helplessness", che la rigidità percettiva rende refrattario a qualsiasi intervento di revisione critica.

Questa posizione andrebbe a vanificare, già a livello revisionale, la validità di ulteriori strategie orientate alla medesima meta e preparerebbe l'atteggiamento cognitivo nel definire lo stato di meta.

L'attività di brainstorming può risultare, a sua volta, notevolmente compromessa dalla tendenza a censurare, attraverso un rapido ed automatico processo di valutazione, tutte le soluzioni individuate; un errore comune a molti individui, è rappresentato da un "automatico" processo selettivo delle soluzioni alternative, dovuto ad un meccanismo di analisi inficiato da preconcetti, convinzioni irrazionali, inferenze arbitrarie.

Si determina dunque una condizione in cui si è privi dei criteri logico-pragmatici esplorativi di più dimensioni che appartengono al decision making.

Secondo la teoria del “brainstorming”, al contrario, con l’aumentare delle soluzioni, aumenta la probabilità di trovare quella più efficace.

La presenza di un meccanismo percettivo e di decodifica della realtà piuttosto rigido; gli studiosi di “information processing” ritengono che la rigidità percettiva costringa il soggetto ad osservare e percepire la realtà secondo uno schema che appartiene alla prima operazione di monitoraggio e valutazione della realtà e, quindi, al primo giudizio formulato.

Nel caso di una grave autosvalutazione, ad esempio, una volta percepita la propria realtà e quindi valutato se stesso come impotente ed incapace, il soggetto sarebbe inevitabilmente condizionato a trovare una soluzione a partire dalla propria sofferenza valutata come immodificabile e priva di alternative.

La convinzione, codificata dalla rigidità percettiva, della validità di tale soluzione, annullerebbe l’operazione di brainstorming ed eliminerebbe l’uso dei passaggi successivi quali il decision making e la verifica della validità della scelta, precludendo al soggetto la possibilità di utilizzare criteri logico-operativi più articolati, sulla base di una valutazione degli effetti che a breve e a lungo termine la decisione individuata può creare, non solo su di sé, ma anche sull’ambiente con cui il soggetto interagisce.

L’attività di decision making, cioè di scelta della soluzione, può essere a sua volta compromessa da difficoltà specifiche, come il perfezionismo ossessivo e la ricerca pedante di una soluzione ottimale, che rendono difficoltoso o impossibile l’accesso a quell’informazione emotiva che rappresenta l’ultimo e decisivo anello della catena Training di problem solving per problemi “pratici”.

La procedura di cui ora ci si occuperà riguarda fundamentalmente problemi pratici, cioè problemi che, indipendentemente dalla loro importanza, hanno a che fare con fatti oggettivi, azioni da compiere, risultati visibili; si tratta di problemi che, sebbene implicino aspetti emotivi e possano persino produrre disagio, sono molto diversi dai problemi emotivi in senso stretto.

#### Prima fase: definire gli obiettivi

In questa fase l’intervento è rivolto ad ottenere dal soggetto (o dai soggetti nel caso di un gruppo) la riformulazione dei propri desideri e bisogni in un “obiettivo ben formato”.

Affinché l’obiettivo sia tale è anzitutto necessario che venga formulato in positivo, esprima cioè un proposito, un progetto dell’individuo.

Gli obiettivi non devono rimanere vaghi e generici, ma essere ben definiti: va chiarito quale situazione il soggetto (o il gruppo) vorrebbe vivere, come vorrebbe sentirsi,

come vorrebbe comportarsi; è inoltre importante che siano chiari ed espliciti i parametri in base ai quali è possibile considerare l'obiettivo raggiunto o meno.

In caso contrario, infatti, si corre il rischio di non sapere se si sta procedendo per la direzione giusta, ossia se ci si sta avvicinando o meno all'obiettivo; inoltre, specificare gli obiettivi rende possibile calarsi nella situazione che si aspira a conseguire, immaginandosela in modo vivido e permettendo l'induzione di uno stato mentale positivo che favorisce l'attivazione di risorse fisiche e mentali.

Per facilitare la definizione degli obiettivi si sollecita la risposta a questi quesiti: da cosa il soggetto potrebbe trarre la conclusione di aver raggiunto il proprio obiettivo; quali comportamenti diversi dal solito adotterebbe se avesse raggiunto il proprio obiettivo.

Si procede a questo punto con l'identificazione degli ostacoli incontrati fino a quel momento nel perseguimento degli obiettivi; una definizione dettagliata e circostanziata degli ostacoli consenta di effettuare una valutazione molto più accurata del problema e delle possibili soluzioni.

Si sollecita quindi il soggetto a riflettere sulle condizioni esterne durante le quali si presenta l'ostacolo (dove si presenta, in che modo, chi è coinvolto) e sulle caratteristiche dell'ostacolo stesso (in cosa consiste, come si manifesta).

Le tipologie di ostacoli sono diverse così come le modalità di affrontarli.

Vi sono situazioni in cui la soluzione più semplice e praticabile consiste nella rimozione dell'ostacolo; in altri casi, invece, gli ostacoli possono essere ignorati poiché la soluzione prevede una azione che non ne tiene conto e in altre condizioni ancora l'ostacolo può essere addirittura utilizzato divenendo in questo modo una risorsa.

#### Seconda fase: trovare le soluzioni "il brainstorming".

Il brainstorming (letteralmente battaglia di cervelli) è un tecnica di facilitazione della generazione di idee che stimola gli aspetti creativi, intuitivi e la capacità di organizzare i pensieri emergenti.

Si tratta di una fase cruciale del P/S che consiste in sedute strutturate in cui si favorisce la possibilità di lasciare il cervello libero di creare idee, immagini, collegamenti.

Se il training è rivolto ad un gruppo, questa opportunità deve essere garantita a tutti i partecipanti, in modo tale che la generazione di idee dell'uno stimoli la generazione di idee da parte dell'altro, come se il gruppo lavorasse all'unisono con un unico cervello creativo.

E' bene sottolineare l'importanza di disporsi in una condizione emotiva di fiducia nella possibilità di individuare, attraverso questa attività, una soluzione.

Le idee vanno espresse senza filtri preventivi benché possano apparire strane, buffe, poco realistiche; non sono ancora soluzioni ed in un secondo tempo verranno sottoposte ad analisi e critica.

Una parte successiva del brainstorming consisterà nella trasformazione creativa delle idee semplici in soluzioni possibili.

E' importante che le regole da seguire nel corso del brainstorming vengano esplicitate dal trainer che, quando ha a che fare con un gruppo, assumendo il ruolo di moderatore, vigila sulla loro osservanza; può essere utile che egli si doti di un pennarello e di un foglio di carta piuttosto ampio (o di una lavagna) su cui scrivere le idee così come vengono generate.

Le regole da osservare sono:

- Libertà assoluta; tutti gli scenari devono essere considerati possibili, tutte le possibilità realizzabili, tutte le opzioni accettabili e non può essere espresso nessun giudizio, valutazione, analisi o critica sulle idee emerse e qualora qualcuno lo faccia, si ricorda questa regola e si riprende subito il brainstorming, non esprimendo giudizi su costui, ne entrando nel merito di quanto da lui affermato.
- Non eliminare nessuna idea; capita spesso che le idee apparentemente più stranvaganti ne suggeriscano di più utili e risolutive.
- Tutti sono uguali; non esistono né gerarchie, né ruoli, ma tutti i partecipanti occupano la stessa posizione e dunque tutte le idee hanno pari dignità.

Il processo così come descritto è immaginato per un gruppo, tuttavia con qualche variazione può essere realizzato da o per un singolo individuo.

Si può iniziare scrivendo sinteticamente sulla lavagna o su di un grande foglio, all'interno di un cerchio, gli obiettivi e gli ostacoli incontrati, così che siano visibili da tutti.

Si potranno quindi tracciare a partire dal cerchio diversi rami su cui si scriveranno le idee che vanno emergendo.

Si ottiene così la "mappa mentale comune".

Parallelamente ciascun membro delinea su un foglio personale la propria mappa mentale individuale.

Quando si è raggiunto un buon numero di idee, e si ha dunque l'impressione che la fase di generazione sia conclusa, si può procedere alla "costruzione di una mappa mentale organizzata", che consiste in una revisione della prima.

Anche il lavoro di organizzazione deve essere realizzato insieme senza pregiudizi

e/o critiche.

In questa fase le idee vanno organizzate tra loro secondo i principi:

- dell'alternativa, ossia scegliendo tra idee incompatibili quali scartare e quali mantenere;
- della complementarietà, compensando e completando le idee tra loro;
- della ramificazione, sviluppando le idee in altre idee e sottoidee;
- dell'integrazione, combinando e rinforzando le idee;
- dei collegamenti, collegando le idee tra loro.

Ciò consente la nascita di veri e propri embrioni di progetti, mediante l'organizzazione, l'integrazione, la selezione delle idee precedenti.

La fase produttiva del brainstorming si considera ultimata quando è stata individuata tra le idee prodotte quella giusta, oppure quando si sia generato un numero adeguato di idee e soluzioni.

La tappa successiva sarà "trasformare le idee espresse in soluzioni possibili".

Le idee sono infatti visioni molto generali o spunti molto parziali.

Le soluzioni rappresentano l'embrione di un progetto vero e proprio, quindi sarà necessario dedicare del tempo a trasformare in soluzioni le idee collegandole, lasciando che si sviluppino e si distinguano oppure che si integrino tra loro.

Questa parte del brainstorming è definita *branching* (ramificare) poiché è finalizzata a disporre e collegare le idee secondo il diverso livello e ruolo logico; una buona generazione delle idee favorisce lo sviluppo di nuove idee secondarie, complementari o alternative.

Lo scopo finale è comunque sempre la generazione di soluzioni possibili, cioè di idee integrate.

L'organizzazione delle idee consiste nell'evidenziazione dei rapporti tra di esse.

Le idee alternative, complementari, derivate e collegate rappresentano le principali strutture di organizzazione delle idee:

- le idee/soluzioni sono alternative se una esclude necessariamente l'altra poiché costituiscono dei percorsi risolutivi diversi, ovviamente non andranno più esaminate le varianti o derivate delle alternative eliminate;
- le idee/soluzioni sono complementari quando possono essere integrate;
- le idee/soluzioni sono derivate quando rappresentano delle specificazioni dirette di idee più generali;
- le idee/soluzioni sono collegate quando risultano legate tra loro da una precisa

scansione temporale, oppure da una scala di priorità o da altri parametri per cui l'una può realizzarsi solo dopo la realizzazione dell'altra.

L'organizzazione delle idee in strutture significative consente, in alcuni casi, di superare le difficoltà nella realizzazione di ciascuna idea; in altri casi, invece, le soluzioni sono collegate l'una all'altra da un criterio di esclusione: può essere attuata una soluzione solo se la precedente si è rivelata efficace.

### Terza fase: valutare, scegliere e pianificare

#### Valutare

A questa fase si giunge con una serie di soluzioni organizzate ed integrate tra le quali è necessario scegliere.

Va sottolineato come scegliere significhi accettare di seguire una traiettoria escludendone altre possibili ed assumendosi quindi il rischio del percorso intrapreso.

Il lavoro di valutazione delle idee è molto complesso quando viene effettuato in gruppo perché tensioni, incomprensioni, preconcetti, possono interferire pesantemente.

E' opportuno che il trainer ribadisca la regola fondamentale di valutare le idee e non le persone che le hanno espresse.

Si possono considerare tre tipi differenti di valutazione:

- valutazione di efficacia: è necessario valutare criticamente (atteggiamento opposto a quello del brainstorming) quante possibilità vi sono che l'obiettivo venga raggiunto. Ciò può essere fatto valutando i possibili imprevisti e valutando i punti deboli delle soluzioni;
- valutazione di fattibilità: si tratta dell'esame critico delle possibilità di mettere effettivamente in pratica delle idee o soluzioni. Ciò comporta la valutazione delle risorse necessarie per applicare la soluzione, in termini ad es. di tempo a disposizione, di conoscenze, di denaro, di spazi, ecc.;
- valutazione delle conseguenze ecologiche: riguarda le conseguenze della soluzione all'interno del sistema in cui si è immersi. Ossia la stima di cosa accadrebbe a sé ed al proprio ambiente (personale, familiare, lavorativo, ecc.) se la soluzione fosse realizzata. Può capitare infatti che alcune soluzioni siano efficaci per raggiungere un obiettivo ma producano danni o problemi in altri ambiti.

#### Scelta della soluzione (decision making)

A questo punto si procede con la scelta di una soluzione.

Va sottolineata la particolare peculiarità del processo decisionale: la scelta di una

specifica soluzione si basa in ultima istanza su una sorta di “valutazione delle valutazioni”, cioè su un calcolo emotivo che prende in considerazione tutti i dati in proprio possesso (implicazioni economiche, sociali, estetiche, interpersonali, emotive, ossia le informazioni relative alla efficacia, fattibilità e ripercussioni ecologiche della soluzione) ma che opera, appunto, su un piano emotivo.

E' bene che il trainer segnali:

- che c'è il rischio della ricerca di una soluzione *perfetta*: la soluzione “migliore” non è quella perfetta;
- che optare per una soluzione o per l'altra comporta comunque una rinuncia ed un rischio.

Benché non esista una tecnica per prendere decisioni e non si conosca a fondo come questo processo avvenga, è tuttavia possibile favorire un incremento dell'abilità decisionale con alcuni strumenti molto semplici.

Ricorrendo alla mappa integrata del brainstorming si può sollecitare il (i) trainee a fornire un punteggio da 1 a 100 a ciascuna soluzione relativamente a ogni area di valutazione considerata (efficacia, fattibilità, conseguenze ecologiche), in termini di svantaggi e vantaggi a breve, medio e lungo termine.

In altri casi non è sufficiente esprimere un punteggio numerico.

E' necessario ricorrere al proprio istinto, cioè alla “marcatura emotiva” della scelta in gioco, molte decisioni importanti vengono prese “con la pancia”, cioè utilizzando l'informazione emotiva che esse suscitano.

In questo caso è utile ricorrere ad un esercizio che il soggetto potrà poi generalizzare ad altre situazioni, in cui debba operare una scelta prendendo una decisione.

L'obiettivo è quello di aiutarlo a lasciarsi andare alle proprie emozioni, utilizzandole come una importante fonte di informazione circa il fatto che quella scelta si avvicini o meno ai propri scopi.

La finalità ultima è quella di ottenere, attraverso il corpo, una marcatura emotiva delle cognizioni.

Quest'ultima si rivela molto utile in casi di problemi di controllo, perfezionismo e ricerca della soluzione perfetta, che rendono i processi molto cerebrali e farraginosi, incrementando il numero di ipotesi e sottoipotesi su ciascuna soluzione considerata ed ostacolando quindi, di fatto, la scelta.

L'esercizio ha inizio chiedendo al soggetto (ai soggetti) di assumere una posizione comoda e rilassata e di chiudere gli occhi; lo si invita quindi a focalizzare l'attenzione sul

proprio respiro *di pancia* (addominale), concentrandosi sul suo fluire come se lo notasse per la prima volta.

Quando egli sente di essere calmo e rilassato lo si invita a rappresentarsi mentalmente una delle opzioni in questione.

Quindi gli si chiede di immaginare di metterla in pratica, realizzandola passo dopo passo fino alla fine.

Gli si fa quindi notare se nel proprio corpo sono presenti reazioni, come tensioni o sensazioni di qualsiasi genere, ed osservare se gli vengono in mente immagini, parole o ricordi.

Lo si sollecita ora a tornare nuovamente al proprio respiro ed a ripetere lo stesso percorso focalizzandosi su un'altra delle soluzioni contemplate.

L'esercizio procede fino a quando tutte le soluzioni sono state prese in considerazione.

Tra una soluzione e l'altra gli si chiede di tornare a prestare attenzione al proprio respiro addominale seguendone il ritmo ed assaporando la sensazione di calma che ne deriva.

Infine lo si sollecita ad utilizzare l'informazione che *il proprio corpo* gli ha fornito, circa quale soluzione scegliere.

#### Pianificazione

Una volta stabilito quale strada intraprendere sarà necessario pianificare tutte le azioni necessarie affinché questa possa essere realizzata.

Bisognerà quindi che vengano individuati con precisione i compiti da eseguire: chi realizza le singole azioni coinvolte, in che tempi (processo) e con quali risorse.

#### Compiti.

I compiti sono gli obiettivi parziali di cui si compone la strategiaolutiva adottata in uno specifico P/S.

La definizione dei compiti costituisce l'avvio della pianificazione.

La soluzione può essere infatti considerata come una strategia generale che si compone di specifici compiti.

Questi ultimi costituiscono delle entità relativamente autonome prodotte, a loro volta, da un insieme di azioni specifiche.

Per queste ragioni è importante che essi vengano fissati in modo dettagliato e preciso.

Ciascun compito può sottendere altri problemi da risolvere in fase di pianificazione.

Questa è una manifestazione della modalità di ramificazione attraverso la quale si realizza il processo di P/S: un P/S genera altri P/S derivati che, in genere, sono di più facile soluzione del principale.

Tuttavia può accadere che un P/S secondario evidenzii delle lacune importanti nella soluzione del P/S principale.

In questo caso bisogna tornare indietro e riprendere il P/S da una fase precedente. E' possibile anche che sia necessario cambiare obiettivo o soluzione prescelta.

Tutti i P/S secondari generati dalla pianificazione dei compiti devono comunque essere risolti.

Risorse.

Le risorse sono i mezzi necessari affinché possano essere realizzati i compiti.

Quando si predispone un piano di azione è importante anche che si provveda a predisporre una lista delle risorse necessarie per la realizzazione dei compiti, in termini di capacità, luoghi, denaro, competenze, strumenti, ecc.

La lista consente di evidenziare le risorse di cui si dispone e quelle che invece bisogna reperire.

La necessità di acquisire nuove risorse può dare luogo a nuovi P/S.

Ciò può a sua volta rendere evidenti nuove lacune nella soluzione prescelta, con la necessità di ritornare sui propri passi.

Processi.

Nello stabilire i compiti, il tempo rappresenta una variabile di notevole rilievo sia in termini assoluti (tempo di esecuzione, scadenze importanti), sia per quanto riguarda la concatenazione relativa dei compiti e delle azioni.

Infatti alcuni compiti o azioni devono essere svolti necessariamente prima o dopo, oppure ad un certo punto preciso della catena (compiti e/o azioni sequenziali).

Altri compiti possono essere svolti contemporaneamente.

Va sottolineato come alcuni piani falliscano proprio per una cattiva valutazione dei tempi.

Vi sono poi compiti che possono essere svolti solo se si verificano determinate condizioni.

Al fine di rappresentare la concatenazione di compiti ed azioni possono venire impiegati i cosiddetti diagrammi di flusso (flowchart).

Nei diagrammi si dispongono i compiti e le azioni nel modo esatto in cui devono concatenarsi.

#### Quarta fase: realizzare il piano.

Mettere in pratica il piano vuol dire agire; ciò determina la necessità che il soggetto si confronti con l'imprevedibilità degli elementi intervenenti durante e dopo la realizzazione del piano e con le proprie reazioni interne, anch'esse altamente imprevedibili rispetto all'attuazione del piano stesso.

Le proprie reazioni all'esecuzione di un piano rappresentano infatti una variabile di estrema rilevanza.

Egli potrebbe, ad esempio, andare incontro ad un affaticamento eccessivo, oppure accorgersi che quanto si va realizzando non corrisponde alle proprie esigenze.

Va sottolineato come, lungi dall'essere soltanto un processo esecutivo, realizzare il piano significa continuare idealmente la sua progettazione, occupandosi di tutti i dettagli che, pur non potendo essere presi in considerazione al momento della sua pianificazione, ora devono essere necessariamente affrontati.

Dal piano all'agenda.

Questa fase richiede un atteggiamento pratico, propositivo, poco teorico.

Ogni piano si compone di compiti, i quali a loro volta si traducono in azioni.

Ogni azione può essere scomposta in una serie di sottoazioni.

Durante la fase teorica, se il piano fosse troppo dettagliato rischierebbe di rendere il processo farraginoso, coartando l'espressione di inventiva e creatività personali.

Il piano, infatti, pur individuando gli ostacoli fondamentali prevedibili, non può prendere in considerazione tutte le infinite variabili della vita.

La fase dell'azione è invece il regno del dettaglio.

Il piano generale si dispiega in una serie di pianificazioni circostanziate (che nel caso di un gruppo riguardano le attività richieste a ciascuno in modo specifico) che costituiscono l'agenda personale.

Le azioni andranno organizzate in modo da poterle effettuare nel modo più rapido, meno disagiata e più semplice.

Verifica del piano

In questa fase il piano viene sottoposto, attraverso la sua attuazione, all'esame di realtà; ciò consente di aggiustare il tiro considerandone l'efficacia e le conseguenze ecologiche.

E' possibile che si evidenzino delle lacune nel piano, così da rendere necessarie ulteriori specificazioni, è anche possibile che l'obiettivo considerato risulti, alla prova dei fatti, inadeguato e sia quindi opportuno individuarne, in alternativa, un altro.

### Training di potenziamento del decision making.

Sarà opportuno dedicare una parte del training ad incrementare l'abilità nel risolvere quelle situazioni nelle quale il problema è rappresentato dalla difficoltà di scegliere tra le soluzioni a disposizione quando queste sono poche, già determinate e, soprattutto, senza alternative.

In questi casi il processo avviene all'inverso, realizzandosi così una sorta di P/S invertito.

Il decision making, che nel P/S tradizionale rappresenta solo una fase, diviene esaustivo dell'intero processo.

Le soluzioni non vanno prodotte ma è necessario scegliere, tra quelle disponibili, la più adatta a sé, tenendo conto dei propri bisogni più importanti.

D'altra parte è molto frequente che proprio al momento della scelta si verifichi un impasse.

In casi di questo tipo, partendo dalle uniche soluzioni possibili ed analizzando gli sviluppi ad esse conseguenti in termini di vantaggi e svantaggi a medio, breve e lungo termine, sarà possibile esplorare i propri sentimenti, riscoprire i propri desideri e prevedere le conseguenze pratiche e sociali delle proprie decisioni.

In sintesi, procedendo all'inverso, si risale dalle possibili soluzioni (scenari) ai propri obiettivi.

Il P/S non è un processo interamente "razionale" e lineare.

L'aspetto intuitivo della mente, la capacità di pensare per collegamenti ed associazioni non consapevoli, sono caratteristiche fondamentali degli esseri umani che vanno tenute in forte considerazione.

## CONCLUSIONI

Il costo della sanità inesorabilmente aumenterà nel corso dei prossimi anni per l'aumento della richiesta di prestazioni sanitarie sempre più qualitative e per l'invecchiamento della popolazione, infatti è noto e statisticamente provato che la popolazione anziana ha bisogno di maggiori cure ed assistenza.

L'organizzazione sanitaria in versione aziendalizzata deve ottenere il max profitto, ma non inteso così come lo intendono il mercato e tutte le aziende private, bensì inteso come margine di recupero dell'efficienza, della riduzione dei costi di produzione, del mantenere inalterata la qualità del servizio erogato.

La concorrenza tra aziende è importante per migliorare l'efficienza ma la competizione in sanità deve essere sottoposta a vincoli dello Stato per evitare sicuri fattori di rischio in quanto il paziente utente ha difficoltà a decidere la natura del proprio bisogno.

Ci sarà sempre differenza tra il mercato perfetto, che è quello di un prodotto, quindi di un bene definito, un compratore, più produttori, un prezzo, la mancanza di tensione competitiva ed il mercato sanitario dove il bene è la salute e di conseguenza la prestazione sanitaria non ha un valore oggettivo assoluto in quanto diversamente percepita, dove il compratore è un malato che non sa bene cosa deve comprare e non percepisce il prezzo e per soddisfare il suo bisogno deve affidarsi ad un esperto, il medico, e compra la possibilità di guarire (non la guarigione) per es. attraverso l'uso di un farmaco, ma il medico nel mercato è un mediatore che influenza l'acquisto del malato in quanto può prescrivere un farmaco anziché un altro, etc.

Persisteranno problemi oggettivi nell'applicare l'economia aziendale al mercato sanitario, anche se la strada intrapresa dal legislatore è irrinunciabile date le problematiche economico-finanziarie, organizzative e formativo-culturali esistenti.

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

01. Accorsero “Il mondo della produzione” Bologna Edit. Il Mulino;
02. Airoldi, Brunetti, Coda “Corso di economia aziendale” Bologna Edit. Il Mulino;
03. Anselmi “Il nuovo ruolo dello Stato nei servizi sanitari” Ragiusan, 1995;
04. Arezzini “Economia Aziendale” Univ. di Siena, 2004;
05. Ausl Pe “Strategie per il Miglioramento della Qualità”, Pescara, atti doc. for., 2005;
06. Autori vari “Management ed organizzazione dei servizi sanitari” Monografie A.RE.SS;
07. Bagnasco, Barbagli, Cavalli “Elementi di sociologia” Bologna Edit. Il Mulino;
08. Balducci “La sanità si affida al project” Edit. Il Sole 24 Ore 2005;
09. Balducci “Titolo V e tutela della salute” in Sanità ed Assistenza, Milano, Giuffrè, 2002;
10. Biggiero “Confr. epistemol. tra il pensiero econ. e organizz.”, Milano, Ed. Angeli, 1990;
11. Bonazzi “Storia del pensiero organizzativo”, Milano, Franco Angeli, 2002;
12. Ceida “La Gestione delle Risorse Umane”, Roma, atti doc. for., 2004;
13. Ceida “Le Tecniche Manageriali e l’Analisi Organizzativa” Roma, atti doc. for., 2004;
14. Cilione “Diritto sanitario”, Rimini, Maggioli, 2005;
15. Citoni, Garofano “Servizi Sanitari Economia e Management” Bologna Edit. Esculapio;
16. Codice Civile Italiano;
17. Colacino “La tutela del diritto alla salute nell’Unione Europea” Firenze, Unisu, 2007;
18. Corbellino “Breve storia delle idee di salute e malattia” Roma Edit. Carocci, 2000;
19. Costa, Gubitta “Organizz. Az., Mercati, Gerarchie, Convenzioni”, McGraw-Hill, 2004;
20. Costituzione della Repubblica Italiana (art. 32, art. 38, artt.114, 115, 116, 117);
21. Daft “Organizzazione Aziendale” II edizione, Apogeo, 2004;
22. Decreto Legislat. n. 502/1992, n. 517/1993, n. 229/1999, n. 56/2000, n. 217/2001;
23. Di Loreto “Intervento chirurgico in una regione canaglia” Pescara, Edit. Tracce, 2009;
24. Di Loreto “Organizzazione e processo di aziendalizzazione” [www.ausl-pe.it](http://www.ausl-pe.it), 2008;
25. Dirindin, Vineis “Elementi di economia sanitaria” Bologna Edit. Il Mulino;
26. Fabris “L’organizzazione in una società in cambiamento”, Milano, Etas Libri, 1975;
27. Federici “Le parole della nuova sanità”, Roma, Il Pensiero Scientifico, 2002;
28. Ferrara “Salute” Digesto delle discipline pubblicistiche, Torino, Utet, 1995;
29. Fiaso “Il ruolo delle Az. San. nella costruzione della classe dirigente” Roma, doc. 2008;

30. Fiorentini "I Servizi Sanitari in Italia" 2004 Bologna Edit. Il Mulino;
31. Grillo, Silva "Impresa Concorrenza", Roma, Ed. La Nuova Italia Scientifica, 1989;
32. Grumo "Introduzione al management delle aziende non profit" Milano Edit. Etas;
33. Isvor-Fiat "Il controllo di gestione" Torino, atti doc. for., 1989;
34. Isvor-Fiat "Il piano operativo commerciale" Torino, atti doc. for., 1989;
35. Isvor-Fiat "La gestione delle attività operative" Torino, atti doc. for., 1989;
36. Isvor-Fiat "L'elaborazione del piano operativo aziendale" Torino, atti doc. for., 1989;
37. Isvor-Fiat "L'Organizzazione e la Gestione del Personale" Torino, atti doc. for., 1989;
38. Kelley "La psicologia dei costrutti personali" Milano, Cortina, 2004;
39. Mazzia "L'accesso agli atti amministrat. e la tutela della riservatezza" Ragusan, 2003;
40. McKibbin, Eady, Marks "Guida alla Evidence-Based Med." Roma Edit. Il Pensiero S.;
41. Milone "Outsourcing – Aspetti strategici ed operativi" Bari Edit. Cacucci 2001;
42. Ministero della Salute "Sanità: Punti Programmatici" giugno 2008 Roma;
43. Mooney "Problemi chiave dell'economia san." Roma Edit. Il Pensiero Scientifico 1998;
44. Nante "Programmazione ed organizzazione dei Servizi Sanitari" Univ. di Siena 2004;
45. Onida "Economia d'Azienda", Utet, 1992;
46. Paris "Il ruolo delle Reg. nell'organizz. dei Servizi San." Amministr. in cammino 2007;
47. Ragusan "La legge delega norme per la razionalizz. del SSN" 1999 Roma Edit Sipis;
48. Rebora "Manuale di Organizzazione Aziendale" Carocci, 2004;
49. Reg. Abruzzo "Un sistema di garanzie per la salute PSR 2008-2010" Pescara 2008;
50. Samuelson, Nordhaus "Economia" Zanichelli, 1987;
51. S. F. Studia & Lavora "Metodol. Organizz. nell'Ambito Sanitario" Pavia, atti doc., 2006;
52. Sciolla "Sociologia dei processi culturali", Bologna, Il Mulino, 2007;
53. Wilson F. W. "Lavoro ed organizzazione" Bologna Edit. Il Mulino;