

Maria Cristina Basurto

## NUOVA GESTIONE DELLE UNITÀ SANITARIE LOCALI CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AI PROCESSI DI PRIVATIZZA- ZIONE ED AZIENDALIZZAZIONE DELLE STESSE

Il presente lavoro nasce dall'esigenza di chiarire, anche in termini di effettività della norma giuridica, alcuni aspetti salienti relativi alla nuova gestione delle Aziende Sanitarie Locali, a distanza di circa due anni dall'entrata in vigore delle diverse leggi regionali attuative del Decreto Legislativo 502/92 (per la Regione Puglia ved. legge Reg.le n. 36/94).

Le delicate questioni che si vogliono qui affrontare si riferiscono ai principi di privatizzazione che informano la nuova disciplina, al ruolo ed alla posizione assunta dai vertici di gestione delle AA.SS.LL., con particolare riferimento alla figura del Direttore Generale.

La tesi che si cerca di sostenere tende a chiarire i seguenti punti:  
A) il principio ispiratore e la stessa *ratio* che trovasi alla base del citato decreto legislativo è quello di promuovere e completare un vasto processo di privatizzazione tendente ad assicurare maggiore efficacia ed efficienza nell'azione amministrativa, una gestione di tipo privatistico che dovrebbe eliminare o circoscrivere fortemente gli sprechi, potenziare le risorse, razionalizzare i diversi servizi e relative attività per garantire i cosiddetti livelli uniformi di assistenza ed interventi sempre più pregnanti, promuovendo e potenziando le professionalità per stimolare quella sana competitività necessaria ad ogni azienda che voglia avere e mantenere un ruolo preminente nel proprio specifico settore;

B) se da un lato i principi ispiratori hanno teso a garantire la qualità delle prestazioni e dei servizi, nel pieno rispetto dell'art. 32 della Costituzione, dall'altro ci si chiede se la monocraticità e l'accentramento dei poteri dei nuovi organi di gestione delle AA.SS.LL., nonché l'ampiezza di discrezionalità affidata alla Giunta Regionale nella nomina dei Direttori Generali non siano da ostacolo ai fondamentali principi di efficienza, economicità, speditezza e rispondenza al pubblico interesse dell'azione amministrativa.

Relativamente al punto A) sarebbe utile verificare se la *ratio* della normativa può allo stato attuale ritenersi concretamente soddisfatta, sottolineando che la crescita e lo sviluppo aziendale non necessariamente si fondano sul concetto di risparmio e/o guadagno ad ogni costo, ma piuttosto su quelli della produttività, efficienza e qualità delle prestazioni.

Va infatti precisato che le prestazioni sanitarie presentano caratteristiche del tutto peculiari. In particolare, se nel settore della produzione industriale la qualità del prodotto è rapportata a precisi *standards* tecnici obiettivamente e preventivamente valutabili, in quello sanitario la qualità delle prestazioni è legata a più variabili mutevoli nel tempo ed in relazione a diversi fattori, quali l'assetto economico, culturale, il tessuto sociale che, tuttavia, sono valutabili solo *ex post*. Di conseguenza il controllo di qualità delle prestazioni sanitarie può essere considerato un concreto presupposto di efficienza del sistema sanitario globalmente considerato, allorquando sia concepito in maniera dinamica, mutevole e flessibile e non, invece, in modo statico e limitato al solo momento di verifica, tralasciando operazioni di previsione e pianificazione in grado di offrire a priori il rispetto dei livelli qualitativi desiderati.

Parlare di "qualità delle prestazioni sanitarie" implica in primo luogo inquadrare la complessità di tale concetto, poiché si presenta come la sommatoria di vari elementi che, messi insieme, possono fornire una visione più completa e globale. Un prerequisito della qualità è senz'altro rappresentato dalla "motivazione" degli operatori verso il proprio lavoro e dalla conseguente loro capacità di recepire le reali istanze.

Qualità delle prestazioni significa capacità di migliorare lo stato di salute psico-fisica dei soggetti, ingenerando soddisfazione nell'utenza nell'ambito degli strumenti e delle risorse tecnico-scientifiche, strutturali e professionali disponibili.

Qualità, insomma, significa responsabilità verso una sempre più

crescente domanda in tal senso. Ovviamente tanto migliore sarà la soddisfazione dei bisogni, tanto maggiore sarà la soddisfazione degli utenti e degli operatori<sup>1</sup>.

Vari, dunque, sono i fattori che contribuiscono a determinare la qualità delle prestazioni sanitarie e tra questi quelli più incisivi possono così riassumersi:

- Livello tecnico-scientifico della prestazione;
- Efficienza ovvero rapporto tra costi di produzione e risultato effettivamente conseguito sul piano della salute;
- Efficacia ovvero rapporto tra risultato ottenuto sul piano della salute e massimo risultato ottenibile con i mezzi utilizzati;
- Adeguatezza ovvero corrispondenza tra prestazioni erogabili e reali bisogni dell'utenza;
- Facilità e rapidità di accesso alle strutture;
- Completezza e continuità dei servizi;
- Soddisfazione degli utenti;
- Soddisfazione degli operatori<sup>2</sup>.

A tal fine è utile ricordare che gli articoli "10-14" del D.Lgs. n. 517/1993, riferendosi, tra l'altro, al "controllo di qualità" introducono il concetto di garanzia della qualità dell'assistenza nei confronti della generalità dei cittadini mediante l'adozione ordinaria del metodo della verifica e revisione della qualità e della quantità delle prestazioni. Grande rilievo riveste, in tal senso, l'intervento del Ministero della Sanità che con Decreto 24 luglio 1995, pubblicato sulla G.U. del 10/11/1995, ha fatto espresso riferimento ai "contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità nel Servizio Sanitario Nazionale".

Significativo l'articolo 1, punti 2 e 3, da cui si desume che gli indicatori di qualità e di efficienza (riportati, settore per settore, in uno schema allegato), rappresentando informazioni selezionate, hanno la finalità di misurare i cambiamenti che si verificano nei fenomeni osservati e, conseguentemente, di orientare i processi decisionali dei diversi livelli istituzionali. Viene, inoltre, riconosciuta la facoltà per le regioni e le aziende sanitarie di adottare ulteriori indicatori adeguati, significativi ed influenti, al fine di assistere efficacemente ed in un certo senso,

---

<sup>1</sup> Cfr. "Prospettive sociali e sanitarie", Anno XXV, n. 1/95, p. 1 e "Prospettive sociali e sanitarie", Anno XXV, n. 2/95, p. 1.

<sup>2</sup> Cfr. "Tutto Sanità", Edizioni Radio, Anno V, Novembre-Dicembre 1995 pp. 26-29.

anche di influire sui processi decisionali regionali e locali.

Organi deputati alla verifica e revisione della qualità delle prestazioni sanitarie sono:

- le Regioni che, avvalendosi dei poteri di vigilanza e dei propri servizi ispettivi, verificano sia i requisiti minimi delle strutture erogatrici delle prestazioni, sia il controllo qualitativo delle stesse;
- il Ministro della Sanità che è tenuto ad accertare lo stato di attuazione presso le Regioni delle direttive in tal senso emanate. In caso di inadempienza, lo stesso ministro chiede il parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome in ordine all'eventuale attivazione dei poteri sostitutivi. Ove tale parere non sia espresso entro trenta giorni il Ministro provvede direttamente<sup>3</sup>.

In tal modo si è, dunque, avviato il ricorso all'utilizzo dei cosiddetti indicatori di qualità che già la moderna letteratura contraddistingueva in:

- Indicatori di struttura (sono aspetti statici dell'assistenza riferentesi a caratteristiche di accessibilità, sicurezza, dimensione, ubicazione dei presidi ospedalieri e dei servizi socio-sanitari territoriali, nonché all'organizzazione amministrativa ed alla dotazione di personale);
- Indicatori di processo (relativi alla presa di coscienza e conseguente consapevolezza dei bisogni dell'utenza da parte degli operatori deputati all'erogazione delle prestazioni e alla presenza ed adeguatezza dei trattamenti);
- Indicatori di risultato (relativi al raggiungimento degli obiettivi preventivati)<sup>4</sup>.

Già da tempo negli Stati Uniti d'America e in molti altri Paesi europei si utilizzano questi tre indicatori per monitorare la qualità delle prestazioni, sì da ottenere quelle informazioni di ritorno necessarie al miglioramento dell'assistenza globalmente intesa.

Sempre in relazione al punto A) sembra inoltre opportuno evidenziare che alcuni Autori fanno riferimento a due poli entro cui si muovono le aziende sanitarie: "da un lato il modulo aziendalistico-impren-

---

<sup>3</sup> Cfr. art. 10 (a) del Testo aggiornato del decreto legislativo 30 dicembre 1992 recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", G.U. n. 4 del 7/1/94 e Decreto del Ministero della Sanità 24/7/95, G.U. n. 263 del 10/11/95.

<sup>4</sup> Donabedian A., *Exploration in quality assessment and monitoring*, Volume I, *The definition of quality and approaches to its assessment*, Ann Arbor, Michigan, University of Michigan, 1980, 163 pp.; *La qualità dell'assistenza nelle case per anziani* di Mario Corsi e Alberto Franci, Edizioni Summa, Padova, 1994, pp. 17-19.

ditoriale, dall'altro quello pubblicistico-tradizionale". Ovviamente quello dei due moduli che prevarrà influirà sull'organizzazione.

Ma ciò che è preminente è la considerazione che le AA.SS.LL. non potranno assicurare servizi ed attività in un'integrale ottica imprenditoriale poiché oltre alle esigenze sanitarie dovranno soddisfare anche i bisogni sociali, non economici, delle comunità locali. Tale assunto è ancora più valido se si considera che le AA.SS.LL. non potranno essere totalmente assimilate ad una qualunque struttura aziendale. Si pensi, ad esempio, a Servizi socio-sanitari territoriali, quali i Consultori familiari, i Servizi per le Tossicodipendenze, di Igiene Mentale, di Medicina ed integrazione scolastica, ecc. che, essendo preposti alla prevenzione, cura e riabilitazione dell'utenza censita e/o potenziale, devono essere considerati in un rapporto "costo-beneficio" che si colloca al di là dei tradizionali canoni imprenditoriali "*stricto sensu*".

La valutazione dei risultati, infatti, si pone in termini di crescita e benessere della collettività e non solo in termini di "bilancio attivo".

Nulla, tuttavia, impedisce alle AA.SS.LL. di ispirare e dirigere la loro attività sempre più verso criteri aziendalistici-imprenditoriali.

Ma i concetti di privatizzazione risultano ardui e difficili da poterli tradurre in interventi concreti e fattivi. Basti pensare che, nonostante le innovazioni normative e strutturali previste dal D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, gravi situazioni di inefficienza gestionale ed organizzativa permangono a tutto danno dell'utenza. Vari e tanti sono gli episodi di mala sanità che continuano a registrarsi, rappresentando il sintomo di una politica sanitaria che ancora non dimostra di essere pronta ad affrontare concretamente quella riorganizzazione e razionalizzazione delle reti ospedaliere e delle prestazioni sanitarie previste dai vari piani sanitari regionali, alla luce delle recenti innovazioni normative.

Si può, dunque, concludere che la natura aziendale delle AA.SS.LL., pur essendo espressamente riconosciuta dal legislatore, resta un dato ancora da definire e solo la prassi applicativa, la normativa di attuazione del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni, nonché il concreto instaurarsi dei rapporti tra aziende sanitarie e territorio, potranno concorrere alla definizione di un reale livello di autodeterminazione e di imprenditorialità delle stesse<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Cfr. "Sanità Pubblica", n. 8/9, Agosto/Settembre 1995, *Assetto organizzativo delle aziende sanitarie* di Nicola Lugaresi, pp. 965-970.

Relativamente al punto B) è utile, preliminarmente, fare un breve *exkursus* sull'evoluzione e trasformazione degli organi di gestione delle UU.SS.LL.

Gli originari organi istituiti dall'art. 15 della L. n. 833/78, come modificato dalla L. n. 181/82 (Assemblea generale, Comitato di gestione, Presidente del Comitato di gestione e Collegio dei revisori) vennero già modificati dalla L. 15/1/1986, n. 4, in base alla quale i poteri e i compiti dell'Assemblea generale furono devoluti al Consiglio Comunale o – a seconda dell'ampiezza territoriale delle UU.SS.LL. – all'Assemblea generale della Comunità montana o all'Assemblea dell'Associazione intercomunale.

Ben presto, però, tali modifiche si sono rivelate del tutto insufficienti; è stato perciò avviato sin dal luglio 1990 un complesso *iter* parlamentare per far sì che alla loro naturale scadenza gli organi sopra indicati venissero rinnovati con criteri e regole nuove, in linea con i disegni di legge presentati in Parlamento per il riordino del S.S.N.

A seguito del D.L. 6/2/1991 n. 35, convertito nella L. 4/4/1991 n. 111, i Comitati di gestione e gli altri organi collegiali sono stati sciolti, in previsione della completa nuova riforma sanitaria. Con la stessa legge sono stati istituiti "gli organi di gestione transitoria" delle Unità Sanitarie Locali: il "Comitato dei garanti" e l'"Amministratore Straordinario". Tali organi la cui cessazione era originariamente prevista per il 30/06/1992 hanno visto prorogate le loro funzioni attraverso la reiterazione di un rilevante numero di decreti legge sino al 31/12/1994.

È utile precisare, a tal fine, che con la citata L. n. 111 del 1991 il comitato dei garanti, organo di indirizzo e di controllo, procedeva a verifiche generali sull'andamento dell'attività complessiva dell'U.S.L. informando gli enti locali di riferimento territoriale, mentre il collegio dei revisori manteneva fondamentalmente i compiti previsti dalla legge n. 181 del 1982 (sopra citata) oltre a diventare destinatario, per conoscenza, degli atti dell'amministratore straordinario.

Il sistema di verifica dell'andamento gestionale mostrava, secondo alcuni Autori, scarsa coerenza con la trasformazione istituzionale dell'U.S.L. evidentemente già in atto: non solo non sembrava tener conto del fatto che, da struttura ricollegata all'ente locale, l'istituzione periferica della sanità si andava evolvendo in struttura ricollegata all'ente regionale (il cui passaggio è stato previsto dal comma 8 dell'art. 4 della l. n. 412 del 1991, che, come è noto, ha provveduto a sopprimere i controlli sugli atti delle UU.SS.LL. da parte del Comitato regionale di

controllo per attribuirli alla Regione), ma non teneva conto neppure del fatto che l'istituzione medesima veniva contemporaneamente a costituirsi in pura amministrazione di gestione, non riconoscendosi più come amministrazione di governo.

Si è constatato, infatti, che il comitato dei garanti veniva sì dotato della funzione di verifica, ma quest'ultima veniva strettamente collegata alla funzione di indirizzo dell'attuazione, della programmazione locale, e cioè *tout-court* di indirizzo sulla gestione, di cui veniva così ad essere anche titolare.

Ciò comportava in sostanza che le competenze di indirizzo e di verifica non soltanto venivano a perdere la natura loro propria, ma risultavano persino inopportune: basti pensare che venivano a sovrapporsi alle competenze dell'organo tecnico-funzionale, le quali, in quanto inserite in una logica aziendalistica, non avrebbero potuto tollerare ingerenze di alcun tipo, soprattutto in ordine alla programmazione gestionale<sup>6</sup>.

La legge di riordino del "S.S.N." (D.Lgs. n. 502/92), infine, ha limitato a due gli organi delle nuove Unità Sanitarie Locali: il "Direttore Generale" (organo di amministrazione attiva) ed il "Collegio dei Revisori" (organo di controllo interno).

Così da un'organizzazione improntata al modello prevalentemente politico-rappresentativo si è passati ad un modello ispirato a criteri tecnico-aziendalistici e, perciò, di monocraticità degli organi di gestione.

Il Direttore Generale è il centro motore delle nuove UU.SS.LL. e ad esso competono tutti i poteri di gestione e di rappresentanza legale dell'ente. È coadiuvato dal direttore amministrativo, dal direttore sanitario e dal Consiglio dei Sanitari, nonché dal Coordinatore dei Servizi Sociali nell'ipotesi di assunzione (facoltativa) della gestione di attività o servizi socio-assistenziali per conto e su delega (anch'essa facoltativa) degli Enti Locali e con onere a totale carico degli stessi.

Il Direttore Generale, inoltre, può anche assumere provvedimenti in difformità con i pareri obbligatori resi nelle rispettive materie di competenza dal direttore sanitario, da quello amministrativo e dal Consiglio dei sanitari e l'unico limite (pur se corposo) è quello della obbligatorie-

---

<sup>6</sup> Cfr. "Sanità Pubblica", n. 7, Luglio 1995, *L'andamento della gestione dell'azienda sanitaria: il problema dell'individuazione del titolare competente alla verifica interna dell'efficienza e dell'efficacia*, di Lidianna Degrossi, pp. 849/851.

tà della motivazione.

Se per certi aspetti è vero che lo snellimento e la riduzione degli organi tende a soddisfare e a garantire una più efficace e immediata gestione, per altre angolature la monocraticità degli stessi potrebbe grandemente compromettere quelle esigenze di efficienza insite nella nuova normativa. Troppo vasti e differenziati sono, infatti, i territori ed i relativi servizi socio-sanitari, nonchè i presidi ospedalieri soggetti ad amministrazione unica. Tali elementi non possono essere sottovalutati ai fini del rispetto della garanzia della qualità delle prestazioni sanitarie erogabili in ogni distretto e struttura territoriale, pur se sotto il diretto controllo dei Direttori Sanitari Distrettuali nominati dai Direttori Generali sulla base di determinati titoli, ma discrezionalmente. Come sopra evidenziato, infatti, gravi e numerose ancora sono le disfunzioni e gli esempi di mala sanità che quotidianamente si registrano.

Un altro aspetto da evidenziare riguarda la discrezionalità delle Regioni nella nomina dei Direttori generali<sup>7</sup>. La disciplina della loro nomina, pur lasciando inalterata la competenza regionale, si è modificata con grande rapidità. La sovrapposizione di interventi legislativi parziali in un arco temporale assai ristretto (dicembre '92-agosto '94) sta ad indicare l'estrema difficoltà di reperire, nell'ambito dell'ordinamento sanitario, punti di raccordo tra le esigenze di contenimento della spesa pubblica e quelle di garanzia del diritto alla salute dei cittadini e le modifiche legislative succedutesi a proposito delle modalità di scelta del Direttore Generale, sembrano quasi stigmatizzare dette incertezze di fondo.

Già la regolamentazione del primo periodo (dicembre '92-giugno '94), dettata dal comma 10 dell'art. 3 del D.Lgs. n. 502/92, ora definitivamente soppresso dal d.l. 27 agosto 1994, n. 512, convertito in l. 17 ottobre 1994, n. 590, pur se contraddistinta da una discrezionalità assai ampia, era tuttavia incentrata su alcuni strumenti preselettivi costituenti in qualche modo dei limiti, pur se di natura procedimentale. Tali strumenti erano rappresentati:

- da un apposito elenco nazionale degli aspiranti Direttori Generali istituito e tenuto presso il Ministero della Sanità, formato ed aggiornato da una Commissione ricca di competenze diverse (v. comma 10, art. 3

---

<sup>7</sup> Cfr. *Riordino della disciplina in materia sanitaria - Commento al Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502* - Bottari, Caputi, Jambrenghi, Correale, Donati, Martino, Nironi, Oneto Ricciarelli, Roversi Monaco - Maggioli Editore, 1993, pp. 72/81.

D.Lgs. 502/92) e presieduta da un presidente di Sezione del Consiglio di Stato;

- dall'avviso pubblico specifico pubblicato sulla G.U. della Repubblica Italiana.

Gli illustrati strumenti rappresentavano dei limiti in quanto diretti ad assicurare una maggiore trasparenza relativamente al procedimento di nomina dei direttori generali e soprattutto alla tenuta, formazione ed aggiornamento dell'elenco degli idonei.

La legge n. 590 del 1994, nel sostituire integralmente la disciplina della nomina dei direttori generali già dettata nel d.Lgs. 502/92, ha sancito la validità e la efficacia delle nomine già deliberate dalle regioni (e dalle province autonome di Trento e Bolzano) "fino al 24 giugno 1994"; ha soppresso l'elenco nazionale degli aspiranti direttori generali, riaffidando ormai integralmente, alle regioni il potere (sostanziale) di scelta dei direttori generali tra coloro che abbiano presentato domanda. Né l'avviso pubblico, né l'indicazione in sede legislativa dei requisiti degli aspiranti, riecheggianti in qualche misura la dizione contenuta nell'abrogato comma 10 dell'art. 3 D.Lgs. 502/92 (esperienza specifica maturata in strutture pubbliche o private, ormai di qualunque dimensione) appaiono atti a circoscrivere una discrezionalità che ha assunto ormai connotazioni assai late.

Il fulcro della scelta, dunque, può dirsi spostato definitivamente sulla regione alla quale è sostanzialmente rimessa la determinazione e la valutazione dei requisiti in precedenza affidata, come sopra ricordato, ad un organo centrale (Commissione ad hoc).

Resta in ogni caso insuperabile, da parte delle regioni, il regime di ineleggibilità ed incompatibilità, la cui inosservanza comporta la nullità delle nomine dei direttori generali.

La salvezza delle nomine degli stessi deliberate dalle regioni fino al 24 giugno 1994 induce all'attuale coesistenza dei direttori generali di estrazione diversa, prescelti in base a procedimenti differenti (quello disciplinato dall'art. 3, co.10° d.lgs. n. 502 del 1992 e quello di cui al d.l. 1994, n. 512, attualmente in vigore).

Per completezza di trattazione è utile ricordare che il rapporto del manager con la USL si interrompe in sede di prima applicazione, "trascorso un anno dalla nomina" se la "verifica dei risultati amministrativi e di gestione" di cui al co. 60 dell'art. 1 d.l. 1994, n. 512 abbia indotto rilievi consistenti; ordinariamente per "gravi motivi", o se la gestione

sia in “grave disavanzo, o infine in caso di “violazione di legge o dei principi di buon andamento e di imparzialità dell’amministrazione”.

Buona parte della dottrina ha ritenuto che tale norma (relativa appunto alla risoluzione contrattuale per decadenza sanzionatoria del direttore generale) è stata formulata quasi rozzamente, lasciando ampi spazi di discrezionalità che quotidianamente potrebbero confinare in una situazione di estrema debolezza un manager sgradito al potere politico. È anche vero, però, che siffatta discrezionalità viene ridimensionata, tanto dall’individuazione espressa dei compiti affidati al direttore generale con d.Lgs. n. 517 del 1993, quanto e, soprattutto dall’esplicito riferimento normativo ai cosiddetti “gravi motivi”.

Se questa particolare *opinio juris* prevarrà, in pratica, il manager potrà essere allontanato solo per motivi gravi e non per un semplice episodio, per un dissenso o per generiche ragioni di insoddisfazione.

Soltanto se dunque il direttore generale sarà giudizialmente tutelato da una risoluzione illegittima e strumentale da parte della Regione potrà dirsi attuata, almeno per tale aspetto, la separazione tra politica e amministrazione<sup>8</sup>.

Ciò premesso, si può facilmente concludere (accettando la posizione dottrina sopra esposta) che una simile interpretazione induce poi a pensare che ad una nomina discrezionale rivelatasi successivamente inopportuna e/o inadeguata – sul piano delle capacità tecnico organizzative, manageriali –, ma non tale da determinare la risoluzione contrattuale per “gravi motivi”, non ci sarebbero altri rimedi se non la naturale scadenza del mandato a siffatto organo.

Da quanto esposto, infine, emergono elementi tali da stimolare un’approfondita riflessione, sotto il profilo tecnico-giuridico, circa l’effettività degli intenti e contenuti normativi in materia sanitaria.

#### Bibliografia

- Donabedian A., *Exploration in quality assessment and monitoring*, Volume I, *The definition of quality and approaches to its assessment*, Ann Arbor, Michigan, University of Michigan, 1980;

---

<sup>8</sup> Cfr. *La nuova sanità*, Angiuli, Bottari, Caputi Jambrenghi, Correale, Donati, Martino, Oneto Ricciarelli, Roversi Monaco, Russo Valentini, Veronesi, Zanetti, con il coordinamento di Fabio Roversi Monaco - *Strumenti di diritto pubblico*, Maggioli Editore, 1995, pp. 96-103.

- 
- *La qualità dell'assistenza nelle case per anziani* di Mario Corsi e Alberto Franci, Edizioni Summa, Padova, 1994;
  - *La nuova sanità*, Angiuli, Bottari, Caputi Jambrenghi, Correale, Donati, Martino, Nironi, Oneto Ricciarelli, Roversi Monaco, Russo Valentini, Veronesi, Zanetti, con il coordinamento di Fabio Roversi Monaco - *Strumenti di diritto pubblico*, Maggioli Editore, 1995;
  - *Riordino della disciplina in materia sanitaria* - Commento al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, Bottari, Caputi Jambrenghi, Correale, Donati, Martino, Nironi, Oneto, Ricciarelli, Roversi Monaco, Russo Valentini, Veronesi, Zanetti, con il coordinamento di Fabio Roversi Monaco, Maggioli Editore, *Strumenti di diritto pubblico*, Maggioli Editore, 1993;
  - "Prospettive sociali e sanitarie" n. 1/1995; 1995: *Aziendalizzazione e managerialità* di Emanuele Ranci Ortigosa;
  - "Prospettive sociali e sanitarie" n. 2/1995; *Opacità e trasparenze* di Emanuele Ranci Ortigosa;
  - "Sanità Pubblica", n. 7, Luglio 1995; *L'andamento della gestione dell'azienda sanitaria: il problema dell'individuazione del titolare competente alla verifica interna dell'efficienza e dell'efficacia* di Lidianna Degrassi;
  - "Sanità Pubblica", n. 8/9, Agosto/Settembre 1995, *Assetto organizzativo delle aziende sanitarie* di Nicola Lugaresi;
  - "Tutto Sanità" Edizioni Radio, anno V, n. 25, Novembre-Dicembre 1995, *A proposito di ... La qualità delle prestazioni, questa sconosciuta.*

Utile si è rivelata la lettura di:

- *Il nuovo servizio sanitario nazionale: analisi del problema sanitario e della precedente riforma: guida per punto all'art. 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421, e commento per articolo al d. L.vo 30 dicembre 1992, n. 502*, Giuseppe Salvatore Alemanno - Piacenza, La Tribuna, 1993;
- *Legislazione e servizi socio-sanitari* di C. Vetere - 5 ed. - Milano, Masson, 1993.