

MANAGEMENT SANITARIO

Giammaria Dr. Muratori

Università di Bologna e Padova

OBIETTIVI DEL CORSO:

**Dare allo studente la conoscenza del management
nell'ambito sanitario**

● **PROGRAMMA LAUREA TRIENNALE:**

- 1 - L'art. 32 della Costituzione (1.1)**
- 2 - Le caratteristiche dei vari sistemi sanitari (1.1.1)**
- 3 - La legge 833/1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (1.2)**
- 4 - Il DLGS 502/92 (1.3)**
- 5 - Il DLGS 229/99 (1.5)**
- 6 - Il Piano Sanitario nazionale (2.1)**
- 7 - Il Piano Sanitario Regionale (2.2)**
- 8 - Il Piano attuativo locale e le competenze delle AUSL in materia di LEA (2.5)**
- 9 - Il finanziamento (4.1)**
- 10 - I Livelli Essenziali di assistenza (2.3)**
- 11 - Gli organismi nazionali e regionali in materia sanitaria (2.4)**
- 12 - Le AUSL (3.1)**
- 13 - Funzioni e assetto organizzativo (3.2)**

● **PROGRAMMA:**

14 - Le Aziende Ospedaliere e le Aziende Ospedaliere Universitarie (3.3)

15 - IRCSS, IZS, ASP (3.4)

16 - La ragioneria pubblica (4.2)

17 - Gli strumenti di programmazione (4.3)

18 - Contabilità e budget (4.4)

19 - Il Processo di Budgeting (4.4.1)

20 - Il controllo di gestione interno alle Aziende (4.5)

21 - Altri strumenti di controllo della gestione (4.5.1)

22 - L'organizzazione secondo Mintzberg (2.9)

● **PROGRAMMA LAUREA MAGISTRALE:**

- 1 - L'art. 32 della Costituzione (1.1)**
- 2 - Le caratteristiche dei vari sistemi sanitari (cenni) (1.1.1)**
- 3 - Il DLGS 229/99 (1.5) (cenni sull'accreditamento)**
- 4 - Il Piano Sanitario nazionale (cenni) (2.1)**
- 5 - Il Piano Sanitario Regionale (cenni) (2.2)**
- 6 - Il Piano attuativo locale e le competenze delle AUSL in materia di LEA (2.5)**
- 7 - Il finanziamento (4.1)**
- 8 - I Livelli Essenziali di assistenza (2.3)**
- 9 - Gli organismi nazionali e regionali in materia sanitaria (2.4)**
- 10 - Le AUSL (3.1)**
- 11 - Funzioni e assetto organizzativo (3.2)**
- 12 - Le Aziende Ospedaliere e le Aziende Ospedaliere Universitarie (3.3)**
- 13 - IRCSS, IZS, ASP (3.4)**

● **PROGRAMMA LAUREA MAGISTRALE :**

- 14 - La ragioneria pubblica (4.2)**
- 15 - Gli strumenti di programmazione (4.3)**
- 16 - Contabilità e budget (4.4)**
- 17 - Il Processo di Budgeting (4.4.1)**
- 18 - Il controllo di gestione interno alle Aziende (4.5)**
- 19 - Altri strumenti di controllo della gestione (4.5.1)**
- 20 - Stato giuridico del personale (5.1)**
- 21 - Il personale sanitario (5.2)**
- 22 - I dirigenti Sanitari (5.3)**
- 23 - La formazione professionale (5.4)**
- 24 - L'attività libero professionale e le sue incompatibilità (5.5)**
- 25 - Le Professioni Sanitarie e la Dotazione Organica (5.6)**
- 26 - Le responsabilità (5.7)**
- 27 - Le responsabilità dirigenziali (5.7.1)**
- 28 - L'organizzazione secondo Mintzberg (2.9)**
- 29 - Le varie forme di organizzazione**

I libri consigliati per seguire il corso di Management Sanitario è:

Organizzazione Aziendale (G.Muratori-E. Palermo) ed. 2015

(eccetto il capitolo 5)

Liberamente scaricabile al link

<http://economiaediritto.jimdo.com/economia/>

1 - L'articolo 32 della Costituzione (1.1)

Art 32 Costituzione

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge

La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

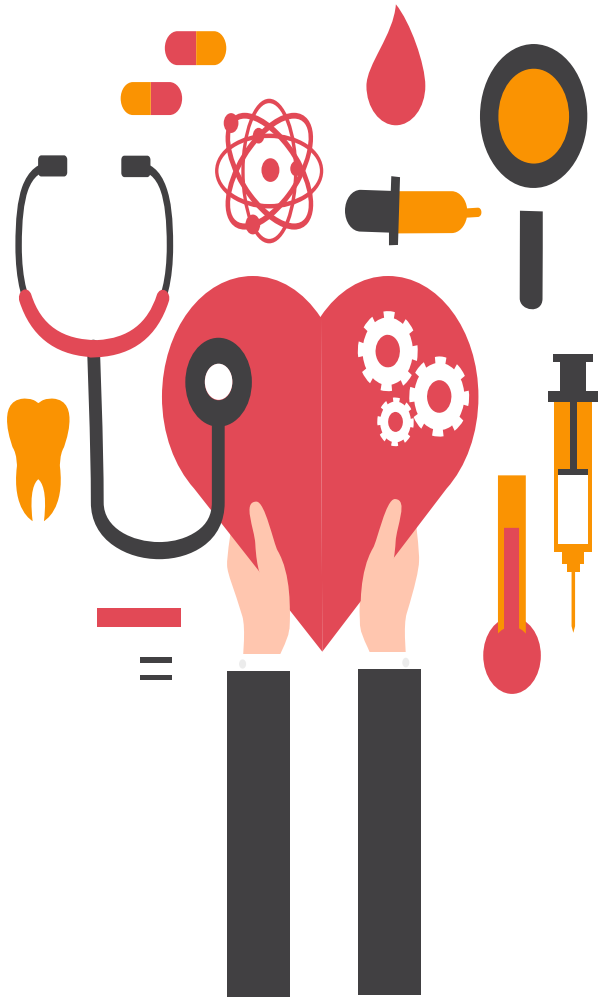


ni Sanitari

Organizzazione
ed evoluzione
storica dei
principali
modelli
(1.1.1)

Introduzione ai sistemi sanitari

La salute come bene primario da tutelare



Il fine ultimo di qualsiasi **sistema sanitario** è il benessere della popolazione e della salute pubblica.

Secondo l'OMS si definisce come sistema sanitario quel «..sistema che si compone di tutte le organizzazioni, istituzioni, risorse e persone il cui obiettivo primario consista nel miglioramento della salute..»

L'offerta dei servizi sanitari, che vanno dalla prevenzione, alla diagnostica, cura e riabilitazione rappresenta una attività centrale nel contesto sociale.



I modelli dei sistemi sanitari

12

Von Bismark e Lord Beveridge



La salute in tutto il mondo è al primo posto tra **i valori di riferimento** delle comunità. Nella nostra epoca più che mai, quella di garantire un livello di salute adeguato ai propri cittadini è considerata una delle funzioni primarie di ogni Stato ma anche, al tempo stesso, uno dei problemi di maggiore complessità.

A questo problema paesi diversi danno risposte diverse, a seconda della loro identità culturale, storia, economica, e seconda delle decisioni che i governati, di volta in volta, prendono.

Tipologie di Sistema Sanitario



Modello Mutualistico

Otto Von Bismark (1815 – 1898)



Modello Privatistico Previdenziale



Modello Universalistico

William Henry Beveridge (1879 – 1963)

Il modello Bismark

Contesto Storico ed evoluzione del modello

13



Nel 1871 nasce l'Impero Tedesco a cui segue un periodo caratterizzato da una forte paura da parte delle monarchie europee verso la rivoluzione francese. Il nazionalismo tedesco passa rapidamente da un carattere liberale e democratico ad uno più autoritario con l'elezione a primo Kaiser di Otto von Bismark.



1883

Prima forma di assicurazione sociale che mira a ridurre la mortalità e gli infortuni nei luoghi di lavoro. Vengono create Casse sociali finanziate per 2/3 dagli operai e per 1/3 dagli imprenditori.



1889

Legge per l'assicurazione contro l'invalidità e la vecchiaia.

Nasce quello che all'epoca era il sistema welfare più avanzato al mondo. Un modello che fece scuola, fin dagli inizi del XX secolo, adottato in molto paesi industrializzati.



1886

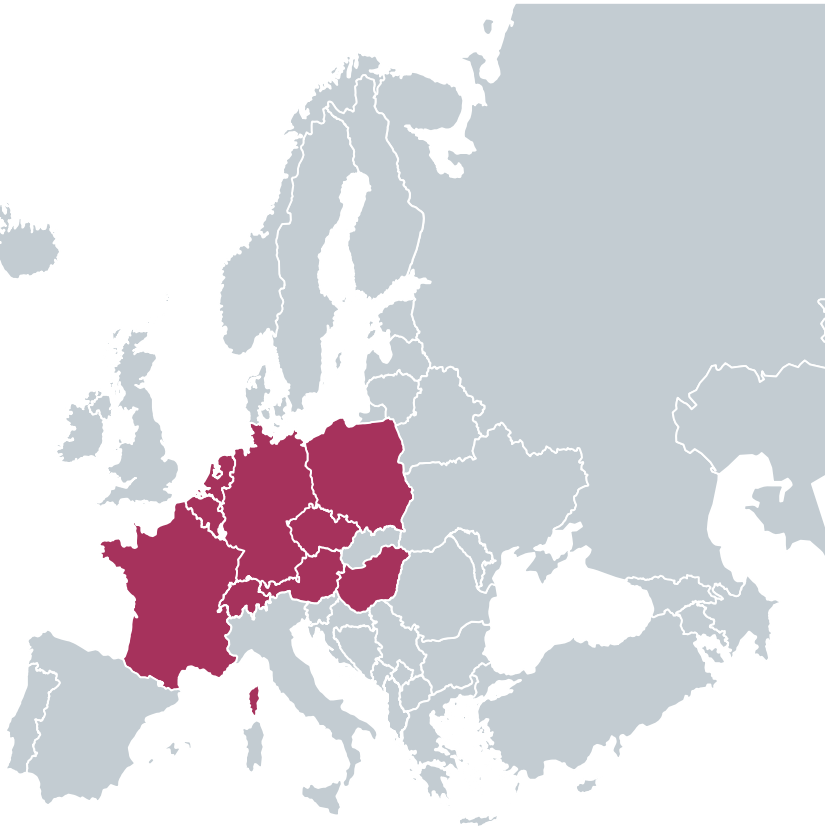
Integrazione del precedente sistema di assicurazione mediante una legge che istituisce un'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro completamente a carico dei datori di lavoro



Il modello Bismark

Principali Caratteristiche e Geografia

14



Finanziament

- A contribuzione mista obbligatoria: lavoratori / datori di lavoro
- Esistenza di diversi istituti (casse professionali, enti pubblici) che raccolgono i contributi e li utilizzano per remunerare le prestazioni ambulatoriali, diagnostiche ed ospedaliere, erogate dalle strutture sanitarie ai loro assicurati o aderenti

Assegnazione e gestione risorse

- La gestione dei fondi viene esercitata da agenzie no profit costituite ad hoc che negoziano e contrattano, per i servizi da fornire, con i fornitori/produttori di tali servizi;
- I fondi sono suddivisi per categoria occupazionale e spesso anche per ripartizione geografica

Ruolo dello Stato

- Svolge primariamente la funzione di erogazione del sistema sanitario;
- Partecipa all'erogazione del servizio con strutture proprie
- Regola sia gli enti finanziatori che gli eventuali erogatori del servizio;
- Assicura la copertura assistenziale a coloro che non sono iscritti nei fondi assicurativi occupazionali;
- Può stabilire dei livelli di reddito oltre i quali non è obbligatoria o esclusa l'iscrizione a un fondo (si ricorre in questo caso ad assicurazione private)

Modello Beveridge

Contesto Storico ed evoluzione del modello



Nell'800 lo scenario della sanità pubblica in UK è disastroso, pessime condizioni di vita e elevatissima mortalità per malattie. Nasce la consapevolezza che la malattia è anche un danno sociale e che vanno combattute le cause che la determinano.



1848

Viene approvata la Public Health Act , legge che darà vita ad un servizio nazionale di sanità pubblica, con costituzione di Comitati locali di Sanità con il compito di nominare medici esclusivamente dedicati alla sanità pubblica



1942

Viene presentato il Beveridge Report all'interno di un complesso piano di interventi statali nel campo dell'istruzione, lavoro con la proposta di istituire un servizio sanitario nazionale (National Health Service)

1800 -
1900



1939

Nel 1939 Beveridge riceve l'incarico da Wiston Churchill di ridisegnare l'intero sistema del welfare state britannico



1948

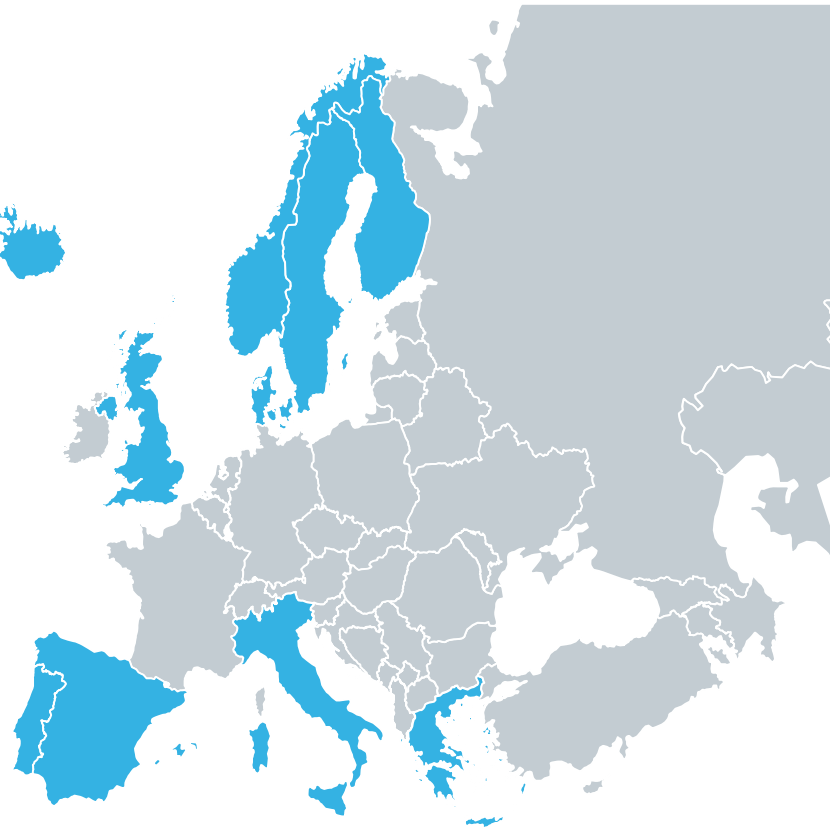
Il 5 luglio nasce ufficialmente il National Health Service



Il modello Beveridge

Principali Caratteristiche e Geografia

16



Finanziamento

- Attraverso la tassazione generale lo Stato finanzia direttamente le strutture e pertanto assegna loro le risorse per l'operatività

Assegnazione e gestione risorse

- I servizi vengono gestiti ed erogati principalmente da enti pubblici
- Le strutture sanitarie operano sulla base del budget a loro affidato

Ruolo dello Stato

- Lo Stato regola ed eroga i servizi
- Le strutture sanitarie sono di proprietà statale
- Lo stato può stabilire contratti con operatori privati, per l'erogazione dei servizi.



L'Italia

L'evoluzione del percorso sanitario in Italia



Dal modello Bismark al modello Beveridge

Nel nostro Paese la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività, prevista dall' art. 32 della Costituzione è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà umana, attraverso il SSN

L'Italia è stato l'unico tra tutti i Paesi Europei ad aver cambiato nel corso del ventesimo secolo, il proprio modello welfare sanitario, transitando da un sistema di tipo Bismark a uno di tipo Beveridge. Trasformazione avviata con la legge 23 dicembre 1978, n.883, "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale".

Prima del 1978

1 **Gli enti Ospedalieri**

2 **Gli Enti Mutualistici**
gestivano l'assicurazione obbligatoria nei confronti delle malattie per ampie fasce della popolazione suddivise per categorie occupazionali

3 **L'igiene Pubblica**
affidata alle amministrazioni comunali con il coordinamento delle province e la guida del governo nazionale



Modelli di sanità pubblica

Modello Bismark:

1883

istituzione dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie attraverso casse sociali alimentate per due terzi dagli operai e per un terzo dagli imprenditori (versamento di indennità per le prime 13 settimane di malattia). Chi non lo era veniva iscritto d'ufficio all'Assicurazione comunale

1885

assicurazione contro infortuni sul lavoro a carico dei datori di lavoro

1889

assicurazione contro invalidità o vecchiaia

Modelli di sanità pubblica

Modello Beveridge

1942

Proposta di istituire un Servizio Sanitario Nazionale fondato su tre principi fondamentali:

- *universalità di accesso (tutti i cittadini hanno diritto a tutti i servizi)*
- *finanziamento del sistema attraverso la fiscalità generale (ognuno contribuisce secondo le possibilità e riceve prestazioni secondo il bisogno)*
- *gratuità delle prestazioni al punto di erogazione*

(Legge 5 luglio 1948)

Modelli di sanità pubblica

Modello americano

Si discosta da quelli europei in quanto non viene visto come un sistema organizzato, ma segue un modello definito “riforme incrementali”:

- ❖ riforme parziali generate spesso da interessi settoriali, raramente dovute ai poteri pubblici*
- ❖ il sistema oscilla tra la spinta privatistica (assicurazioni) e quella sociale a partire da Social security Act di Roosevelt (1935) fino all’istituzione del **Medicare** (per gli anziani) e **Medicaid** (per i poveri) (1965)*

Modelli di sanità pubblica

CRITICITA'

1) equazione irrisolvibile dei modelli tradizionali:

come garantire prestazioni sanitarie adeguate alla popolazione in presenza di risorse scarse e di fenomeni che fanno lievitare la spesa?

(progresso scientifico, invecchiamento della popolazione, progresso sociale che fa lievitare le attese di qualità nelle prestazioni sanitarie ecc.)

Modelli di sanità pubblica

CRITICITA'

2) I modelli tradizionali si fondavano sul presupposto che non potessero essere conciliati **solidarietà** ed **efficienza**

Il modello europeo ha privilegiato il primo, fondato sull'intervento pubblico e quindi sulla solidarietà, mentre il modello statunitense ha privilegiato il secondo obiettivo dando maggiore risalto all'efficienza con conseguente ampio spazio all'intervento privato

Modelli di sanità pubblica

**MODELLO ISPIRATO AL PRINCIPIO DI SOLIDARIETÀ:
Fondamenti del sistema sanitario sono**

- **l'equità**
- **l'universalità dell'accesso ai servizi**

la responsabilità del raggiungimento di tali obiettivi è stata storicamente affidata allo stato e alle sue articolazioni territoriali, mantenendo un elevato accentramento dei processi decisionali sia per quanto riguarda il finanziamento della spesa che per l'erogazione dei servizi. In questo modello il rispetto del **principio di solidarietà viene garantito attraverso meccanismi di redistribuzione della ricchezza, non solo fra cittadini con capacità contributiva diversa, ma anche fra generazioni successive con l'obiettivo fondamentale dell'accesso alle prestazioni indipendentemente dalla capacità contributiva del paziente (**equità**)**

Con un modello ispirato al principio di solidarietà abbiamo un
Servizio Sanitario Nazionale

Che si basa sul **rispetto del principio di uguaglianza** che prevede
l'erogazione a tutti i cittadini, indipendentemente dalla
loro condizione sociale, delle medesime prestazioni
a parità di bisogno con un'equa distribuzione delle
risorse sanitarie sul territorio

E IN ITALIA?

IN ITALIA VENIVA APPLICATO IL METODO BISMARCK

- **Legislazione prima della Riforma Sanitaria:**
 - **Legge Petrignani**
 - **Legge 132/1968**
 - **Dpr 128,129,130/ 1969**
 - **Enti Mutualistici**

E IN ITALIA?

DAL 1978 SI E' APPLICATO IL METODO BEVERIDGE

- **La Riforma Sanitaria**
 - Legge 833 / 78
- **Le Riforme della Legge 833/78:**
 - Dlgs 502/1992 517/1993 Aziendalizzazione
 - Dlgs 229/1999 Atto Aziendale, Dipartimentalizzazione, LEA

3 - La Riforma Sanitaria Legge 833/78 (1.2)

La Riforma Sanitaria Legge 833/78

Nasce in un clima politico di solidarietà nazionale, periodo dell'affermazione dello Stato Sociale.

E' una legge ricca di principi, afferma cose giuste.

La legge istitutiva del SSN è una legge quadro, istituisce 3 livelli di governo della sanità (Stato, Regione e Comuni) e fissa obiettivi, principi che devono essere completati da una serie di adempimenti di tipo legislativo ed amministrativo (Piano Sanitario Nazionale, stato giuridico del personale, definizione del bacino di utenza ed organizzazione).

Art 1 I principi

Art 2 Gli obiettivi

« La Repubblica tutela la **salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività** mediante il servizio sanitario nazionale.

La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel **rispetto della dignità e della libertà della persona umana**.

Il **servizio sanitario nazionale è 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** senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. »

1. Adeguata educazione sanitaria del cittadino e della comunità
2. Prevenzione in ogni ambito di vita e lavoro
3. Diagnosi e cura patologie
4. Riabilitazione di invalidità/inabilità
5. Promozione igiene dell'ambiente di vita e lavoro
6. Igiene degli alimenti/bevande
7. Produzione di farmaci efficaci e non nocivi
8. Formazione professionale

Unicità

Decentram
ento

Prima della riforma, la sanità era costituita da diversi servizi autonomi, amministrati da enti/istituzioni distinte, senza alcun momento di integrazione. Con la legge tutti questi servizi vengono ricondotti sotto l'USL, perciò si parla di **unicità di intervento**.



Art 6
Competenze
dello Stato

- **Profilassi** per malattie infettive
- Standard **prodotti industriali**
- Stabilire **indici di qualità/salubrità** degli alimenti
- **Controlli** sanitarie nella produzione dell'energia termoelettrica e nucleare
- Prevenzione degli **infortuni sul lavoro** e delle malattie professionali
- Requisiti per la determinazione dei **profili professionali** degli operatori sanitari (durata e conclusione dei corsi;

Art 7
Funzioni
delegate
alle regioni

- **Profilassi** malattie infettive
- Attuazione disposizioni autorità sanitaria statale per quanto riguarda le **malattie del bestiame**
- Controllo produzione/detenzione/commerci/impiego **sostanze pericolose**, come gas tossici
- Controllo idoneità locali/attrezzature per commercio deposito **sostanze radioattive**
- Controllo produzione **prodotti dietetici**, alimenti prima infanzia, cosmesi

Art 13
Attribuzioni
dei comuni

Sono attribuite ai comuni tutte le **funzioni amministrative** in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera che non siano espressamente riservate allo Stato ed alle regioni.

UNITÀ SANITARI E LOCALI

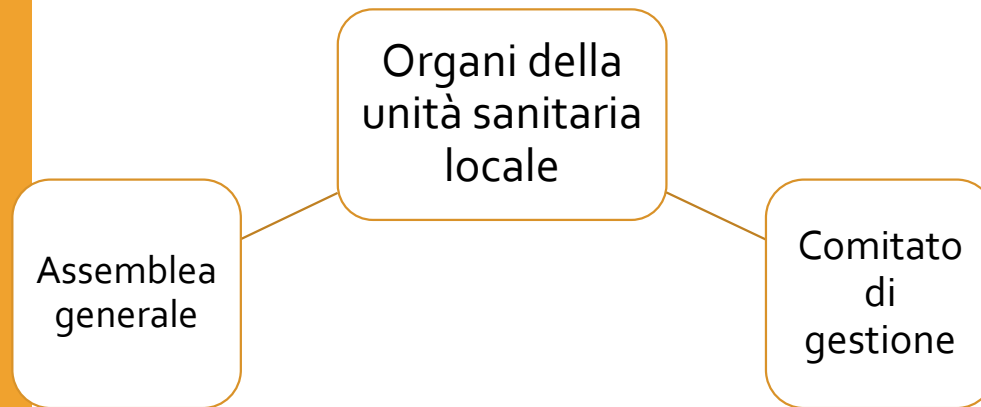
Art 10- organizzazione territoriale

«... alla gestione unitaria della **tutela della salute** si provvede in modo uniforme sull'intero territorio nazionale mediante una **rete completa di unità sanitarie locali**. L'unità sanitaria locale è il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane, i quali in un ambito territoriale determinato assolvono ai compiti del servizio sanitario nazionale ...»

Art 14 – Unità sanitarie locali

«... ambito territoriale di attività di ciascuna unità sanitaria locale è delimitato in base a gruppi di popolazione di regola compresi tra 50.000 e 200.000 abitanti...»

Art. 15. - Struttura e funzionamento delle unità sanitarie locali



«...Il comitato di gestione compie tutti gli **atti di amministrazione dell'unità sanitaria locale**. Gli atti relativi all'approvazione dei bilanci e dei conti consuntivi, dei piani e programmi che impegnino più esercizi, della pianta organica del personale, dei regolamenti, delle convenzioni...»

LEGGE DI RIFORMA SANITARIA 833/78

La legge **833**, promulgata il 23 Dicembre **1978**, anche definita come **RIFORMA SANITARIA**, è una legge della Repubblica Italiana che ha istituito il **SISTEMA SANITARIO NAZIONALE (SSN)**, sopprimendo il sistema mutualistico, tipico del modello di Bismark e pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n° 360 il giorno 28 Dicembre.

E' una legge quadro (raggruppamento di più leggi) che istituisce 3 livelli della sanità: Stato, Regioni, Comuni.

Fissa adempimenti legislativi e amministrativi: PSN, stato giuridico del personale, definizione del bacino di utenza e organizzazione.

Art. 1 – PRINCIPI

1. UGUAGLIANZA: estensione dell'assistenza sanitaria a tutti i cittadini e nessuna distinzione per condizione individuale e sociale con abbandono del sistema mutualistico.
2. GLOBALITA' DI INTERVENTI E PRESTAZIONI: il SSN assicura e coordina organi ed enti.
3. SOCIALITA' DELLA TUTELA SANITARIA: bene sociale e interesse collettivo confluiscono nella prevenzione.
4. PARTECIPAZIONE: controllo e coordinamento delle attività.

Art. 2 - OBIETTIVI

1. Formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di una adeguata educazione sanitaria del cittadino e delle comunità.
2. Prevenzione di malattie e infortuni in ogni ambito di vita e lavoro.
3. Diagnosi e cura di eventi morbosi, quali cause, fenomenologia e durata.
4. Riabilitazione degli stati di invalidità e inabilità somatica e psichica.
5. Promozione e salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e di lavoro.
6. Igiene alimenti, bevande e prodotti di origine animale per le implicazioni che attengono alla salute dell'uomo.
7. Disciplina della sperimentazione, produzione, immissione in commercio, distribuzione dei farmaci e informazione scientifica sugli stessi diretta ad assicurare efficacia terapeutica.
8. Formazione professionale e permanente e aggiornamento scientifico e culturale del personale del SSN.

SSN

Nell'ordinamento giuridico italiano, il SSN identifica il complesso delle funzioni, attività e servizi assistenziali gestiti ed erogati dallo stato italiano, in merito alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del SSN compete allo Stato, Regioni ed Enti Locali territoriali garantendo la partecipazione dei cittadini. Il SSN è quindi un servizio pubblico erogato attraverso strutture pubbliche e private, finalizzato dalla collettività, consistente nell'assicurare prestazioni ai singoli e alla collettività.

CRITERI di GARANZIA

Per garantire i principi regolatori sono nati dei criteri preposti a coordinare le prestazioni sanitarie:

1. Individuazione dei destinatari delle prestazioni sanitarie
2. Libera scelta della struttura a cui rivolgersi (Art.19)
3. Efficacia ed economicità
4. Appropriatezza: garantire interventi realmente adeguati
5. Programmazione di interventi
6. Principio di compartecipazione degli utenti alla spesa sanitaria
7. Integrazione fra politiche sanitarie e sociali
8. LEA: livelli uniformi di assistenza sanitaria

INDIRIZZO E COORDINAMENTO ATTIVITA' AMMINISTRATIVA

Attribuzione alle USL (Unità Sanitaria Locale) l'erogazione delle prestazioni con competenze gestionali di interventi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione.

PROVINCE

COMUNI

ENTI MUTUALISTICI

ENTE OSPEDALIERO



U.S.L.

PROGRAMMAZIONE



STATALE: LIVELLO CENTRALE



REGIONALE: LIVELLO DECENTRATO

U.S.L.



COMITATO DI GESTIONE
CON FUNZIONI
AMMINISTRATIVE
SANITARIE



Affari generali, statistica



Igiene pubblica,
prevenzione, igiene lavoro

Legge 833/78 Punti qualificanti

Estensione dell'assistenza Sanitaria a tutti i cittadini

Unicità dell'intervento

tutti gli interventi svolti prima in modo autonomo e disarticolato ora vengono unificati in un unico organismo: l'**USL** che è il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni che per singolo territorio avrà la competenza della gestione degli interventi sanitari: assistenza ospedaliera, attività igienistiche, di igiene ambientale, di assistenza di base (territorio).

Decentramento: in un determinato territorio ci sarà una USL che garantisce gli interventi sanitari.

Globalità: l'USL è responsabile dei vari momenti della sicurezza sanitaria dalla **prevenzione**, alla **cura** alla **riabilitazione**

Legge 833/78 Obiettivi

Adeguate **educazione sanitaria** del cittadino e della comunità

Prevenzione delle malattie ed infortuni in ogni ambito di vita e di lavoro

Diagnosi e cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata

Riabilitazione degli stati di invalidità ed inabilità somatica e psichica

Promozione e salvaguardia della salubrità e dell'igiene ambientale

Igiene degli alimenti

Disciplina della sperimentazione, produzione, immissione in commercio **dei farmaci**

Formazione professionale e permanente

Prima della riforma 833/78

Era costituita da diversi servizi autonomi, amministrati da
Enti/istituzioni
distinte, senza alcun momento di integrazione

Province

- Ospedali psichiatrici
- Centro Igiene Mentale
- Consorzio antitubercolare
- Lab. Igiene e Profilassi

Comune

- Uff. Sanitario Igiene
 - Condotte Mediche
 - Condotte Ostetriche

Enti Mutualistici

...il 90% della popolazione
usufruiva dell'assistenza
sanitaria su base assicurativa

Ente Ospedaliero

Riforma Sanitaria legge 833/78

attribuisce all'U.S.L. l'erogazione delle prestazioni riconoscendole la competenza di gestione di tutti gli interventi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione

Province

~~Ospedali psichiatrici
Centro Igiene Mentale
Consortio antitubercolare
Lab. Igiene e Profilassi~~

Comune

~~UFF. Sanitario Igiene
Condotte Mediche
Condotte Ostetriche~~

Enti Mutualistici

~~...il 90% della popolazione
usufruiwa dell'assistenza
sanitaria su base assicurativa~~

Ente Ospedaliero



50.000-200.000 ab.

U.S.L.

Stato
Livello centrale
programmazione e legislazione nazionale

Regioni
Livello decentrato
programmazione e legislazione regionale

Comuni
Livello periferico
Tutte le funzioni di amministrazione

U.S.L.

Collegio dei revisori

Comitato di Gestione

Ufficio di Direzione

AMMINISTRATIVI

- Affari Generali
- Statistica
- Personale
- Bilancio e Programmazione
- Attività tecnico economali

SANITARI

- Igiene Pubblica
- Medicina Preventiva e Igiene del Lavoro
- Tutela Maternità e Infanzia
- Servizio Salute Mentale
- Coord. Attività medica di base, specialistica, ambulatoriale
- Assistenza Ospedaliera
- Servizio Veterinario

4 - Il d.lgs 502/1992 (1.3)

D.Lgs. 502/1992

Il d.lgs 502/92 nella sua originaria formulazione definiva le AUSL come dotate di:

(1) Personalità giuridica pubblica

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

Questa aziendalizzazione delle strutture di produzione ed erogazione dei servizi sanitari va intesa nel duplice senso di **riconoscimento di autonomia patrimoniale, contabile, gestionale, tecnica, amministrativa ed organizzativa** da un lato e dall'altro come **recepimento delle strategie di gestione di marca privatistica**

D.Lgs. 502/1992

Le altre novità introdotte dalla riforma sono:

- **L'individuazione dei livelli essenziali** e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale, per il periodo di validità del Piano sanitario nazionale, è effettuata **contestualmente** all'individuazione delle **risorse finanziarie** destinate al Servizio sanitario nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico-finanziaria. Le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal Servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente
- L'attribuzione di **maggiori responsabilità gestionali-programmatorie, organizzative e finanziarie alle regioni** dando il via al processo di regionalizzazione della sanità
- Un nuovo modello di finanziamento sia a livello di spesa complessiva per cui gli **obiettivi programmatici sono determinati in funzione delle risorse disponibili** e non secondo il meccanismo inverso, sia a livello delle singole strutture finanziate secondo la logica di mercato della **remunerazione a tariffa ovvero in base alle prestazioni effettivamente erogate**
- La **competitività** secondo le più classiche regole di mercato tra pubblico e privato finalizzata a garantire il costante miglioramento qualitativo delle prestazioni offerte e la **più ampia libertà di scelta da parte del privato circa le strutture eroganti**
- La **partecipazione del cittadino** uti singuli o in forma associativa alla fase gestionale ed organizzativa del ssn con la segnalazione di proposte o la raccolta di informazioni circa l'organizzazione dei servizi e alla fase consuntiva di verifica degli obiettivi raggiunti.

Persona fisica e persona giuridica

Persone fisica:

Si possono definire persone fisiche tutti gli esseri umani nati vivi, cioè che hanno respirato almeno una volta.

Nell'ordinamento italiano sono persone fisiche gli esseri umani che con la loro nascita diventano soggetti rilevanti ai fini del diritto, in quanto secondo l'articolo 1 del codice civile divengono titolari di diritti e doveri, cioè acquisiscono la capacità giuridica.

Con il raggiungimento della maggiore età, 18 anni per l'ordinamento italiano, la persona fisica acquisisce la capacità di agire, cioè la possibilità di porre in essere atti rilevanti ai fini giuridici. Al momento della morte dell'individuo si estingue anche la sua soggettività giuridica.

Persona fisica e persona giuridica

Persona giuridica:

In diritto, una persona giuridica (o ente morale) è un ente cui l'ordinamento giuridico attribuisce la capacità giuridica, rendendolo quindi soggetto di diritto.

Le persone giuridiche hanno un'organizzazione, con una struttura organizzativa articolata in uffici; tra gli uffici si distinguono quelli che sono organi della persona giuridica e compiono gli atti giuridici imputati alla stessa.

La natura pubblica o privata della persona giuridica si riflette anche sulla sua disciplina: le persone giuridiche private sono disciplinate dal diritto privato, mentre quelle pubbliche dal diritto pubblico che può attribuire loro poteri autoritativi, come quello di emanare provvedimenti amministrativi (autarchia) o atti normativi (autonomia normativa, che può essere legislativa, statutaria o regolamentare).

Personalità giuridica pubblica

Persone giuridiche pubbliche:

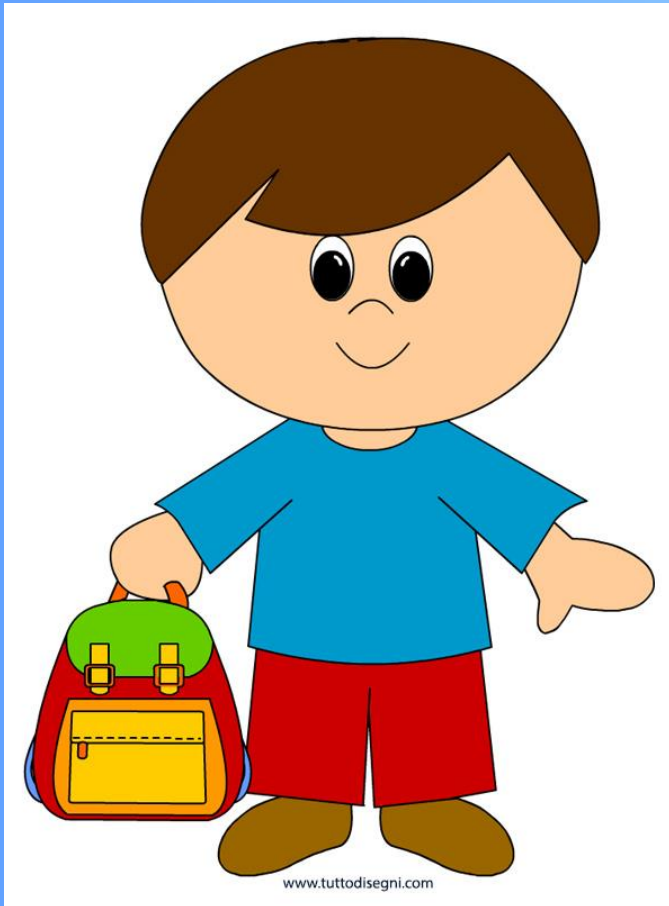
perseguono interessi generali, propri dello Stato, e spesso godono di una posizione di supremazia nei confronti degli altri soggetti con cui vengono in rapporto (cfr. art 11 cod. civ.)

Persone giuridiche private:

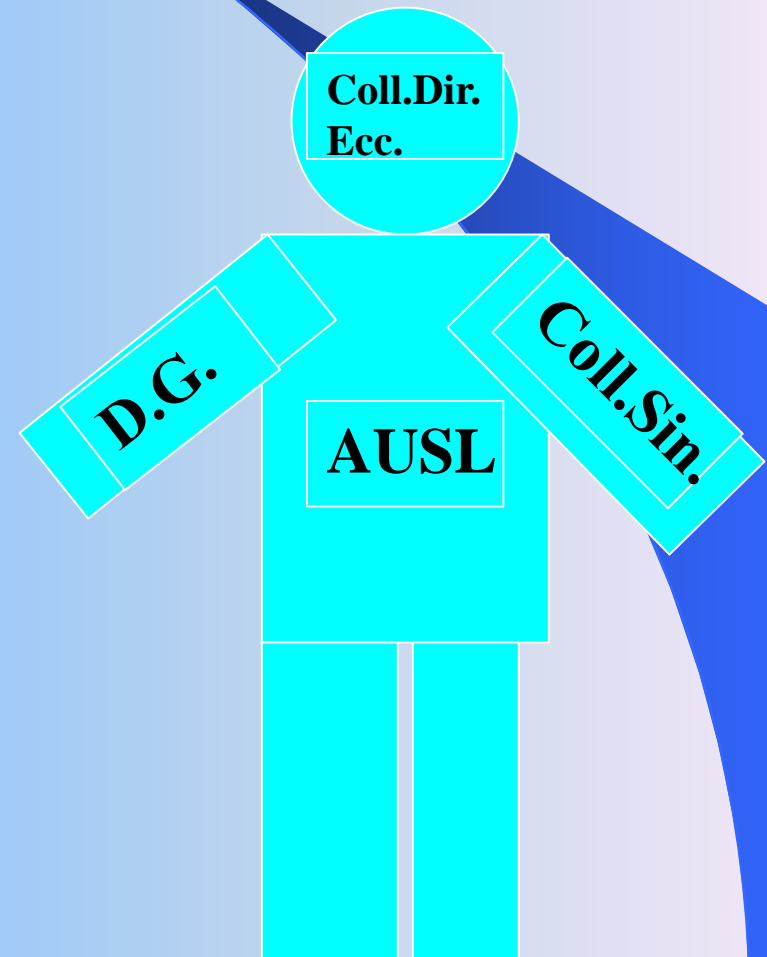
perseguono fini che, se pur comuni a molti soggetti, non sono propri dello Stato; esse sono quindi, dal punto di vista giuridico, parificate ai soggetti privati, con i quali entrano in rapporto in condizioni di parità

Personalità giuridica pubblica

PERSONA FISICA



PERSONA GIURIDICA



5 - Il d.lgs 229/1999 (1.5)

D.Lgs. 229/1999

Il d.lgs 502/92 nella sua originaria formulazione definiva le AUSL come dotate di:

(1) Personalità giuridica pubblica

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

Con il d.lgs 229/99 scompare la analitica disamina delle singole forme di autonomia lasciano lo spazio alla

autonomia imprenditoriale

D.Lgs. 229/1999

- 1) **AZIENDALIZZAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO:** Le AUSL sono dotate di **personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale**, la loro organizzazione e funzionamento sono disciplinati con **atto aziendale di diritto privato**. Sono tenute al rispetto del vincolo di bilancio e agiscono con atti di diritto privato.

Caratteristiche di un Atto Aziendale

Atto Aziendale E' finalizzato a snellire regole e procedure di organizzazione e funzionamento nel rispetto degli indirizzi di programmazione nazionale e regionale.

- ▶ **Mission Vision e Valori Fondamentali**
- ▶ **Principi e criteri dell'attività Aziendale**
- ▶ **Gli Organi**
- ▶ **Direzione Aziendale**
- ▶ **Gli Organismi Collegiali**
- ▶ **Modello Organizzativo e suo Funzionamento**
- ▶ **Incarichi Dirigenziali e Valutazione del Personale**
- ▶ **Programmazione e controllo interno**
- ▶ **Partecipazione dei Cittadini**

D.Lgs. 229/1999

2) **PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI:** la autonomia decisionale degli utenti che partecipano all'attività di programmazione cresce (come nel caso dell'adozione del PSR cui prendono parte le formazioni sociali private no profit impegnate nell'assistenza sociale e sanitaria). I cittadini svolgono inoltre anche attività di controllo e di valutazione dei servizi e delle prestazioni.

Possiamo quindi affermare che esistono 3 modi di partecipazione del cittadino. Il primo a livello regionale perché le associazioni no profit impegnate nell'assistenza sociale e sanitaria sono all'interno della Conferenza per la programmazione socio sanitaria regionale e di conseguenza partecipano alla adozione del PSR, gli altri due a livello aziendale, sono invece URP e Carta dei servizi.

L'URP, Ufficio Relazioni con il Pubblico è presente in tutte le aziende e il suo compito è quello di ricevere reclami e/o elogi dal cittadino oltre che fornire informazioni.

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

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

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

D.Lgs. 229/1999

3) INDIVIDUAZIONE DELLE TARIFFE PER LE PRESTAZIONI EROGATE DALLE STRUTTURE ACCREDITATE:

I nuovi criteri di remunerazione previsti dal decreto sono due:

- (a) un finanziamento calcolato in base al costo standard di produzione del programma di assistenza, attribuito per l'erogazione di alcuni precisi servizi non quantificabili in relazione alla singola prestazione quali (c1) programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale con riferimento particolare alle patologie croniche e recidivanti (c2) programmi di assistenza ad elevato grado di personalizzazione (c3) attività svolte in programmi di prevenzione (c4) assistenza a malattie rare (c5) attività con rilevanti costi di attesa (c6) programmi sperimentali di assistenza (c7) programmi di trapianti;

D.Lgs. 229/1999

(b) la remunerazione in base a tariffe predefinite a livello centrale dal Ministero e a livello locale dalle Regioni per attività diverse da quelle di cui sopra e limitatamente agli episodi di assistenza ospedaliera per acuti erogata in regime di degenza ordinaria e di DH ed alle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Stiamo quindi parlando in questo secondo caso di DRG e nomenclatore tariffario.

D.Lgs. 229/1999

4) **ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE**: possono essere erogate per conto del SSN servizi e prestazioni assistenziali da parte delle strutture pubbliche e private che abbiano ottenuto una sorta di attestazione di qualità da parte delle Regioni, definita **ACCREDITAMENTO**.

A questo scopo i soggetti pubblici e privati sono totalmente equiparati.

L'iter stabilito dal decreto richiede:

(A) il rilascio da parte del Comune dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria per (1) costruzione di nuove strutture (2) adattamento di strutture preesistenti (3) loro diversa utilizzazione (4) ampliamento e trasformazione (5) trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate.

(B) l'accreditamento istituzionale da parte della Regione di quelle strutture che rispondono a requisiti ulteriori di qualificazione rispetto a quelli dell'autorizzazione (elevati livelli di organizzazione ed assistenza, adeguate dotazioni strumentali e tecnologiche, qualificazione professionale del personale) che siano funzionali rispetto agli indirizzi dei PSR e subordinatamente alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti

(C) la stipulazione di accordi contrattuali con la Regione e con l'AUSL aventi ad oggetto l'individuazione del tipo, dell'entità e della remunerazione delle prestazioni erogate per conto del SSN.

Accreditamento

REQUISITI MINIMI

AUTORIZZAZIONE

VERIFICA

ACCREDITAMENTO

CONTRATTAZIONE
CON LA REGIONE

EROGAZIONE
SERVIZI PER SSR

REQUISITI ULTERIORI
DI QUALITA'

LIBERA SCELTA
DEL CITTADINO



D.Lgs. 229/1999

5) **VALORIZZAZIONE DELLE REGIONI:** che elaborano proposte per la predisposizione del PSN, adottano il PSR per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione locale, **definiscono l'articolazione del territorio regionale in AUSL**, stabiliscono i criteri per la suddivisione delle AUSL locali in **distretti**, disciplinano il **finanziamento** delle AUSL, le modalità di **vigilanza e controllo e la valutazione dei risultati** delle loro attività, provvedono all'accreditamento delle strutture pubbliche o private autorizzate a fornire prestazioni per conto del SSN; propongono **forme di sperimentazione gestionale** tra le strutture del SSN e i **soggetti privati**

D.Lgs. 229/1999

- 6) **RAFFORZAMENTO DEL RUOLO DEI COMUNI NELLA FASE DI PROGRAMMAZIONE:** la concertazione con gli enti locali si sviluppa a vari livelli: **il PSN è adottato d'intesa con la Conferenza unificata, il PSR è sottoposto alla Conferenza permanente per la programmazione sociosanitaria regionale** (della quale fa parte il sindaco o il presidente della Conferenza dei sindaci) ed è approvato previo esame delle osservazioni da essa formulate, i Piani Attuativi Locali sono predisposti con la partecipazione degli enti locali interessati e lo stesso può dirsi per il **Programma delle attività Territoriali proposto dal direttore di distretto previo parere del Comitato dei Sindaci di distretto**. I comuni svolgono anche un ruolo nell'ambito dell'attività di controllo esprimendo pareri sulla conferma o **revoca del DG** della AUSL (o AzOsp) in relazione ai risultati raggiunti, sullo stato di attuazione del PAL da parte delle aziende e del PAT. Inoltre esercitano un'importante funzione nell'ambito dell'attività diretta alla realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie, provvedendo al **rilascio delle necessarie autorizzazioni**.

La CTSS

La Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS), composta da tutti gli Enti Locali, esercita in sede assembleare, le funzioni programmatiche e di alta vigilanza sulle decisioni strategiche inerenti l'organizzazione e il funzionamento dell'Azienda secondo quanto previsto dalla normativa vigente con particolare riguardo alla previsione dell'art. 4 della L.R. n. 22/2013 e dal Regolamento di funzionamento della CTSS. L'Azienda persegue finalità di proficua reciproca relazione con gli Enti Locali, anche nell'ambito della partecipazione alla CTSS, in un'ottica di condivisione delle responsabilità nella scelta degli indirizzi e nell'analisi dei risultati della gestione aziendale, in una logica di trasparenza e nella ricerca di sempre migliori livelli di equità e accessibilità ai servizi sanitari.

La CTSS

La funzione di programmazione a livello distrettuale nell'area delle politiche sociali, sanitarie e socio-sanitarie è affidata al Comitato di Distretto, che si avvale per quanto di competenza dell'Ufficio di Piano così come previsto dalle norme vigenti. L'Azienda si relaziona con il Comitato di Distretto attraverso il Direttore di Distretto. Enti Locali ed Azienda sono dunque impegnati nella costruzione di un welfare di comunità, basato sulla rilevazione di bisogni, che riconosca la stretta e peculiare combinazione tra le politiche che incidono sulla qualità della vita delle cittadine e dei cittadini e che condizionano l'effettiva fruibilità dei servizi. In particolare, rispetto al Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, Enti Locali e Azienda sono impegnati nella costruzione di un sistema di governance attento all'integrazione tra le diverse componenti istituzionali e locali. E' istituita una struttura tecnica di supporto al funzionamento della Conferenza Territoriale.

La CTSS

Per le finalità sopra indicate, l'Azienda garantisce la continuità operativa all'Ufficio di Supporto alla Conferenza Territoriale, una struttura tecnica che assicura sostegno operativo e assistenza tecnico-amministrativa ai lavori della Conferenza e dell'Ufficio di Presidenza.

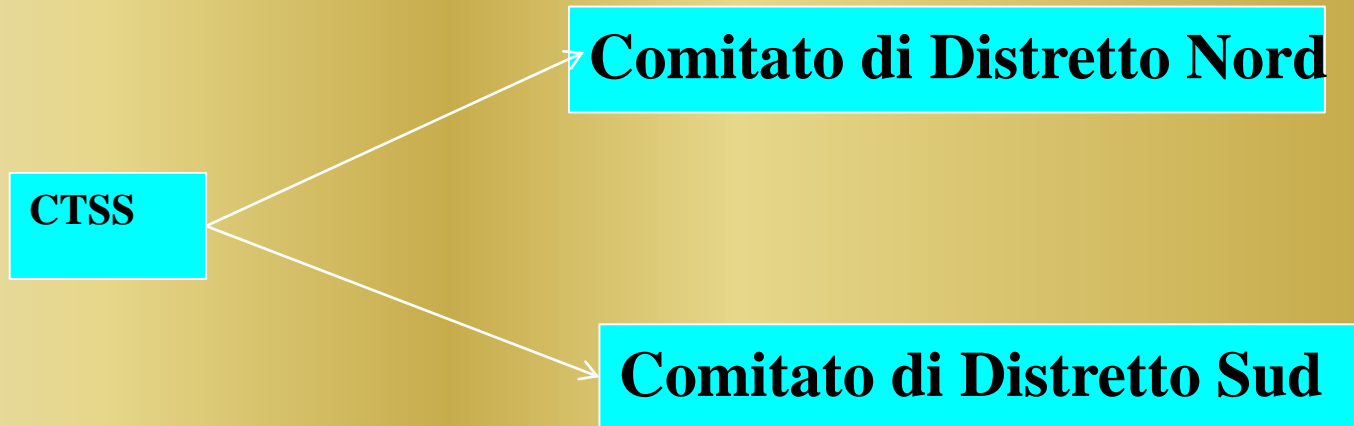
Gli Enti Locali, inoltre, per poter svolgere il loro ruolo nella tutela della salute della comunità della Romagna, necessitano di un sistema informativo che renda disponibili dati sociali e sanitari e la presenza di uno strutturato canale di comunicazione, in grado di connettere in modo continuativo i diversi soggetti sui temi della programmazione sanitaria e socio-sanitaria, fornendo risposte esaurienti, sia attraverso la diffusione dei documenti e dati, sia attraverso l'individuazione del soggetto più idoneo a fornire la risposta più appropriata. L'Ufficio di Supporto ha la prioritaria finalità di realizzare e mantenere questo sistema di relazioni.

Conferenza territoriale sociale e sanitaria

In tutti quei territori in cui l'area di afferenza della AUSL NON coincide con un singolo comune esiste la CTSS

CTSS = Tutti i Sindaci dei territori compresi nella AUSL di riferimento

Comitato di distretto= Tutti i Sindaci dei territori compresi nel distretto di riferimento



D.Lgs. 229/1999

- 7) **PREVISIONE DI PROGRAMMI E POTERI SOSTITUTIVI:** il **Governo interviene** in luogo delle Regioni inadempienti in alcuni casi specifici come quello della **mancata adozione del PSR** in relazione al quale il Consiglio dei Ministri può provvedere a dare attuazione al PSN anche mediante la nomina di commissari ad acta.

D.Lgs. 229/1999

8) **INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA:** è definito con questo termine il momento grazie al quale bisogni della salute della persona, che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, possono essere soddisfatti mediante percorsi assistenziali integrati tra dimensione sociale e dimensione sanitaria. Rientrano in tale ambito le prestazioni sanitarie che devono essere erogate parallelamente alle attività di assistenza sociale tese a supportare le persone in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione che condizionano lo stato di salute. Il decreto si preoccupa di garantire assistenza ai soggetti deboli. Vi possono poi essere prestazioni nelle quali sia prevalente la rilevanza sanitaria rispetto a quella sociale e sono definite prestazioni sociali a rilevanza sanitaria per le quali la L 328/2000 predispone dettagliato elenco. Il sistema integrato è ispirato al principio dell'universalità nel senso che possono usufruire sia i cee che i non cee con carta/permesso di soggiorno di durata non inferiore ad un anno. **Lo Stato elabora ogni 3 anni il Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali dove vengono fissati principi, obiettivi e requisiti delle prestazioni sociali; alle regioni spetta l'adozione del Piano Regionale Interventi Socio Sanitari mentre i comuni associati in ambi territoriali e d'intesa con le AUSL definiscono il Piano di zona degli Interventi Socio Sanitari con i quali sono individuati obiettivi strategici, priorità modalità organizzative, risorse finanziarie strutturali e professionali. (L. 328/2000)**

Assistenza Sanitaria : finalizzata a restituire o conservare lo stato di salute della persona

Prevenzione

Diagnosi e terapia

Riabilitazione (rimozione e/o contenimento di esiti degenerativi)

ATTIVITA' SOCIALI a RILEVANZA SANITARIA

attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.

Emarginazione
Reddito
Autonomia

finalizzata a garantire la qualità della vita, pari opportunità, limitare il disagio individuale o familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociale e condizioni di mancata autonomia

Assistenza Sociale

Legge 328 del 2000:
LEGGE QUADRO per la REALIZZAZIONE del
SISTEMA INTEGRATO di INTERVENTI e SERVIZI SOCIALI

1. Principi e finalità: la Repubblica assicura a persone e famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali per garantire

- ✓ **la qualità della vita,**
- ✓ **pari opportunità,**
- ✓ **non discriminazione**
- ✓ **riduzione del disagio individuale e familiare**
derivante da inadeguatezza del reddito
- ✓ **condizioni di autonomia**

La **programmazione ed organizzazione** compete agli Enti Locali, Regioni e Stato secondo principi di

- ✓ **Sussidiarietà**
- ✓ **Cooperazione**
- ✓ **Efficacia, efficienza ed economicità**
- ✓ **.....**

Legge 328 del 2000:
LEGGE QUADRO per la REALIZZAZIONE del
SISTEMA INTEGRATO di INTERVENTI e SERVIZI SOCIALI

2. Diritto alle prestazioni:

- ✓ hanno diritto ad usufruire delle prestazioni **i cittadini italiani e della U.E.** ed i loro **familiari**
- ✓ **Gli stranieri in regola con d.lgs. 268/98**
- ✓ Accedono in modo **prioritario** i soggetti in
 - ✓ **condizioni di povertà,**
 - ✓ **incapacità totale o parziale** a provvedere alle proprie necessità **per inabilità, difficoltà di inserimento nella vita sociale e lavorativa,**
 - ✓ **sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendono necessari interventi assistenziali**

Legge 328 del 2000:
LEGGE QUADRO per la REALIZZAZIONE del
SISTEMA INTEGRATO di INTERVENTI e SERVIZI SOCIALI

4. **Finanziamento** delle politiche sociali: si avvale di un finanziamento plurimo a cui concorrono Comuni, Regioni e Stato ...è riconosciuto e agevolato il ruolo degli organismi non lucrativi, cooperative, associazioni, confessioni religiose, ecc
5. 7. 8. 9. **ASSETTO ISTITUZIONALE ed ORGANIZZATIVO:**
- ✓ **Comuni:** sono titolari delle funzioni amministrative a livello locale, concorrono alla programmazione regionale, erogano i servizi, promuovono nell'ambito del sistema locale della **rete dei servizi**, forme di collaborazione per lo sviluppo di interventi di auto-aiuto e favorire la reciprocità tra cittadini
 - ✓ **Provincia:** raccoglie informazioni e concorre alla programmazione
 - ✓ **Regione:** titolare della programmazione, coordinamento e verifica
 - ✓ **Stato:** indirizzo e coordinamento

Legge 328 del 2000:

LEGGE QUADRO per la REALIZZAZIONE del SISTEMA INTEGRATO di INTERVENTI e SERVIZI SOCIALI

10. IPAB

- ✓ il Governo è delegato a rivedere la disciplina delle IPAB che dovranno avere maggiore autonomia gestionale ed economica

11. AUTORIZZAZIONE ed ACCREDITAMENTO

- ✓ Servizi e strutture a ciclo residenziale e semi-residenziale, pubblici e privati, sono autorizzati dai Comuni in conformità ai requisiti stabiliti dalla legge regionale.
- ✓ Ai comuni compete inoltre l'accREDITAMENTO e la vigilanza

12. FIGURE PROFESSIONALI SOCIALI

- ✓ ...con regolamento del Ministro per la Solidarietà Sociale, di concerto con i Ministri della Sanità e Università..... sono definite le figure professionali da formare, nonché requisiti per l'accesso, durata dei corsi, criteri per l'equipollenza

13. CARTA dei SERVIZI

- ✓ Tutti gli Enti ed Organizzazioni dovranno adottare una Carta dei Servizi con definiti i criteri per
 - ✓ Accesso ai servizi
 - ✓ Funzionamento dei servizi
 - ✓ Strumenti a tutela degli utenti

Legge 328 del 2000: LEGGE QUADRO per la REALIZZAZIONE del SISTEMA INTEGRATO di INTERVENTI e SERVIZI SOCIALI

DISPOSIZIONI PER REALIZZAZIONE DI INTERVENTI DI INTEGRAZIONE E SOSTEGNO SOCIALE

14. Progetti individuali per persone disabili

15. Sostegno domiciliare per persone anziane

16. Servizi alle famiglie

- ✓ **La legge riconosce il ruolo delle famiglie, sostiene e valorizza i compiti provvedendo:**
 - **Assegno di cura ed altri interventi a sostegno della maternità e paternità**
 - **Interventi di sollievo per aiutare coloro che accudiscono familiari**
 - **Assistenza domiciliare e sussidi economici per chi accoglie disabili, anziani e minori in affido** (la legge prevede la chiusura degli orfanotrofi)
 - **Prestiti ed agevolazioni fiscali per giovani coppie con figli, famiglie con handicappati gravi ecc.**

D.Lgs. 229/1999

- 9) **ARTICOLAZIONE IN DISTRETTI DELLA AUSL:** Il Distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie tenendo conto della realtà territoriale e tutelando le comunità con non più di 60.000 abitanti, salvo le regioni dispongano diversamente. Il distretto garantisce la continuità assistenziale coordinando medici di medicina generale, pediatri e servizi di guardia medica, in ambulatorio e a domicilio, ed opera il necessario coordinamento di tali soggetti con le strutture operative e con i servizi specialistici.

D.Lgs. 229/1999

10) **SPERIMENTAZIONI GESTIONALI:** le Regioni interessate propongono programmi di sperimentazione di nuovi modelli di gestione che prevedono **forme di collaborazione tra strutture del SSN e soggetti privati**, anche mediante la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato al fine di un miglioramento della qualità dell'assistenza. La partecipazione societaria dei privati non può superare la soglia del 49% e sono esclusi subappalti a terzi estranei alla sperimentazione per la fornitura di servizi connessi all'assistenza alla persona. Sono forme alternative sostitutive ed integrative di pagamento e remunerazione di servizi sanitari erogati da soggetti singoli o associati, consorzi e società di servizi. Spetta alla Regione interessata autorizzare e proporre il programma di sperimentazione motivando le ragioni di convenienza economica; spetta alla Conferenza Permanente Stato Regioni Province Autonome la verifica della congruità dei risultati a sperimentazione avviata al fine di relazionare Governo e Regioni affinché assumano i provvedimenti conseguenti al termine del primo triennio di sperimentazione.

D.Lgs. 229/1999

11) **ISTITUZIONI DEI FONDI INTEGRATIVI:** tali fondi sono **destinati a potenziare l'erogazione di prestazioni aggiuntive, superiori ai LEA garantiti dal SSN**, purchè fornite da strutture e da professionisti accreditati con il SSN. Serviranno a rimborsare le spese sostenute dai pazienti per i ticket di esami e visite specialistiche, per le prestazioni erogate in regime di lp intramuraria, per cure odontoiatriche e termali, per l'assistenza domiciliare, per le prestazioni di medicina non convenzionale, e per quelle sociosanitarie erogate in strutture residenziali e semiresidenziali. Le prestazioni esorbitanti i LEA definiti dal PSN in concreto erogabili tramite fondi integrativi sono: (a1) prestazioni di medicina non convenzionale ancorchè erogate da strutture non accreditate (a2) cure termali limitatamente alle prestazioni non a carico del SSN (a3) assistenza odontoiatrica limitatamente a quelle non a carico del SSN (a4) prestazioni erogate dal SSN comprese nei lea per la sola quota a carico dell'assistito, inclusi gli oneri per le prestazioni erogate in regime di LP intramuraria e per la fruizione di servizi alberghieri su richiesta dell'assistito (a5) prestazioni sociosanitarie erogate in strutture accreditate residenziali o semiresidenziali o domiciliari per la sola quota a carico dell'assistito (a6) prestazioni sociali erogate nell'ambito di programmi assistenziali intensivi o prolungati finalizzati a garantire la permanenza a domicilio ovvero in strutture residenziali o semiresidenziali delle persone anziane e disabili, nel limite delle spese sostenute ex art. 26 L. 328/00.

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

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

D.Lgs. 229/1999

12) **RIFORMA DELLA DIRIGENZA SANITARIA:** la dirigenza sanitaria non è più suddivisa in I e II livello ma collocata in un unico ruolo distinto per profili professionali ed in un unico livello articolato in relazione alle diverse responsabilità professionali e gestionali. Il ruolo di primario è sottoposto a verifica ogni 5 anni per valutarne le capacità e la professionalità. Il rapporto di lavoro è caratterizzato dall'esclusività fra medici e SSN. L'esercizio della Lp intramuraria è compatibile con il rapporto di lavoro esclusivo che costituisce titolo di preferenza per gli incarichi didattici e di ricerca e per i comandi e i corsi di aggiornamento tecnico-scientifico e professionale. La riforma incide anche sul limite massimo di età per il pensionamento fissato a 65 anni fatte salve le norme dettate per il personale medico universitario che cessa l'attività al raggiungimento dei 67 anni.

D.Lgs. 229/1999

- 13) **FORMAZIONE CONTINUA:** **comprende** l'aggiornamento professionale diretto ad accrescere le conoscenze professionali e la formazione permanente tesa a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e **manageriali**. La formazione continua consiste in attività di qualificazione specifica per i diversi profili professionali, attraverso la partecipazione a corsi, convegni, seminari, soggiorni di studio, partecipazione a studi clinici ed attività di ricerca, di sperimentazione e di sviluppo. La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere attività professionale, in qualità di dipendente o libero professionista per conto delle aziende ospedaliere delle Università delle AUSL e delle strutture sanitarie private.

6 - II PSN (2.1)