

ORGANIZZAZIONE SANITARIA

Elisa Palermo

L'articolo 32 della Costituzione

LA COSTITUZIONE

La Costituzione è la legge fondamentale dello Stato e occupa il vertice della gerarchia delle fonti nell'ordinamento giuridico della Repubblica Italiana.

- ▶ **Contiene tutti i principi fondamentali che tutte le leggi devono rispettare**
- ▶ **Contiene inoltre tutti i valori sul quale si fonda lo Stato nonché la sua organizzazione**

L'ART. 32 DELLA COSTITUZIONE

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.

L'ART. 32 DELLA COSTITUZIONE

Nell'art. 32 della Costituzione, possono dirsi racchiusi una molteplicità di significati e contenuti: non solo infatti il diritto all'integrità psico-fisica ed a vivere in un ambiente salubre, ma anche un diritto alle prestazioni sanitarie, alle cure gratuite per gli indigenti e finanche a non ricevere trattamenti sanitari se non quelli di carattere obbligatorio volti a tutelare non già solo il destinatario, ma soprattutto la collettività, come avviene nel caso delle vaccinazioni o degli interventi effettuati per la salute mentale.

L'ART. 32 DELLA COSTITUZIONE

Ma cosa significa diritto alla tutela della salute come diritto all'integrità psico-fisica e soprattutto come diritto alle prestazioni sanitarie?

E come e con quale copertura finanziaria le Istituzioni assicurano prestazioni sanitarie assistenziali e di prevenzione?

L'ART. 32 DELLA COSTITUZIONE

In una prima fondamentale accezione, la norma contenuta nell'art. 32 della Costituzione è volta a tutelare, immediatamente e senza alcuna necessità dell'*interpositio legislatoris*, il diritto all'integrità psico-fisica di ogni individuo.

Si tratta di un diritto inviolabile ed assoluto, che comprende un bene primario oggetto di un diritto fondamentale della persona, immediatamente tutelabile ed azionabile sia nell'ambito dei rapporti con i poteri pubblici che nei confronti dei privati.

L'ART. 32 DELLA COSTITUZIONE

A partire dalla nota sentenza n. 184 del 1986 sul "danno biologico", la Corte Costituzionale fonda proprio sull'art. 32 il diritto al risarcimento del singolo che abbia subito lesioni e/o menomazioni della propria integrità psico-fisica personale: da allora, si vedono sempre più ampiamente riconosciute le richieste di risarcimento delle persone nei confronti di ogni comportamento che arrechi una molestia al loro benessere complessivo. Il diritto individuale alla salute, in questo senso, si presenta dunque come diritto non degradabile ed assoluto, ossia tutelato dalla Costituzione in modo pieno ed incondizionato nei confronti di tutti.

L'ART. 32 DELLA COSTITUZIONE

La disciplina costituzionale prevede inoltre un diritto alle prestazioni sanitarie.

Questo diritto significa di contralto, il dovere per tutti i livelli istituzionali della Repubblica di porre in essere le condizioni strutturali attraverso le quali assicurare un'effettiva tutela della salute nei confronti degli individui.

L'ART. 32 DELLA COSTITUZIONE

Riassumendo, se nel primo significato del diritto alla tutela della salute non è richiesto alcun intervento diretto e positivo delle Istituzioni volto a tutelarlo, il secondo valore, implica per lo Stato (e le Regioni) l'obbligo di acquisire le risorse, predisporre i mezzi ed i beni, reclutare il personale, costruire gli ospedali ed in definitiva organizzare e rendere effettivo il servizio di assistenza e prevenzione sanitaria, intervenendo per mezzo della sua regolazione, e programmazione e con compiti amministrativi "attivi" e strumentali all'erogazione di interventi concreti.

L'ART. 32 DELLA COSTITUZIONE

Viene inteso anche come diritto sociale, ossia come pretesa positiva nei confronti del potere pubblico ad ottenere prestazioni sanitarie (che la legislazione successiva articolerà poi in prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione), il diritto fondamentale e l'interesse della collettività alla tutela della salute prefigura dunque un servizio pubblico obbligatorio, prendendo le mosse dal principio di uguaglianza sostanziale di cui all'art. 3, comma secondo della Costituzione, che impone alla Repubblica il compito « di rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese».

L'ART. 32 DELLA COSTITUZIONE

Da una concezione dell'articolo 32 della Costituzione come norma meramente "programmatica", quindi per tempo ineficace, si è passati col tempo ad un riconoscimento del diritto in termini pieni ed esaustivi, illimitati ed assoluti.

Successivamente, è emersa la necessità di inquadrare il diritto alla tutela della salute come "diritto finanziariamente condizionato" e riconoscibile nell'ambito di un ragionevole bilanciamento con altri interessi costituzionali rilevanti, tra i quali emerge il contenimento della spesa pubblica, implicitamente affermato dall'art. 97 della Costituzione sul buon andamento della PA.

L'ART. 117 DELLA COSTITUZIONE

La potestà legislativa è esercitata dallo Stato e dalle Regioni nel rispetto della Costituzione, nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali.

Lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie:

...

m) determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale;

L'ART. 117 DELLA COSTITUZIONE

...

Sono materie di legislazione concorrente quelle relative
a:

...

tutela della salute;

Alimentazione;

...

Nelle materie di legislazione concorrente spetta alle
Regioni la potestà legislativa, salvo che per la
determinazione dei principi fondamentali, riservata alla
legislazione dello Stato.

I modelli dei sistemi sanitari



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 a seconda delle decisioni che i governanti 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 Mutualistico - Bismark



Contesto Storico ed evoluzione del modello



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.

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.

1800



1883

Prima forma di **assicurazione sociale** che mira a ridurre la **mortalità e gli infortuni** nei luoghi di lavoro. Vengono create le **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**

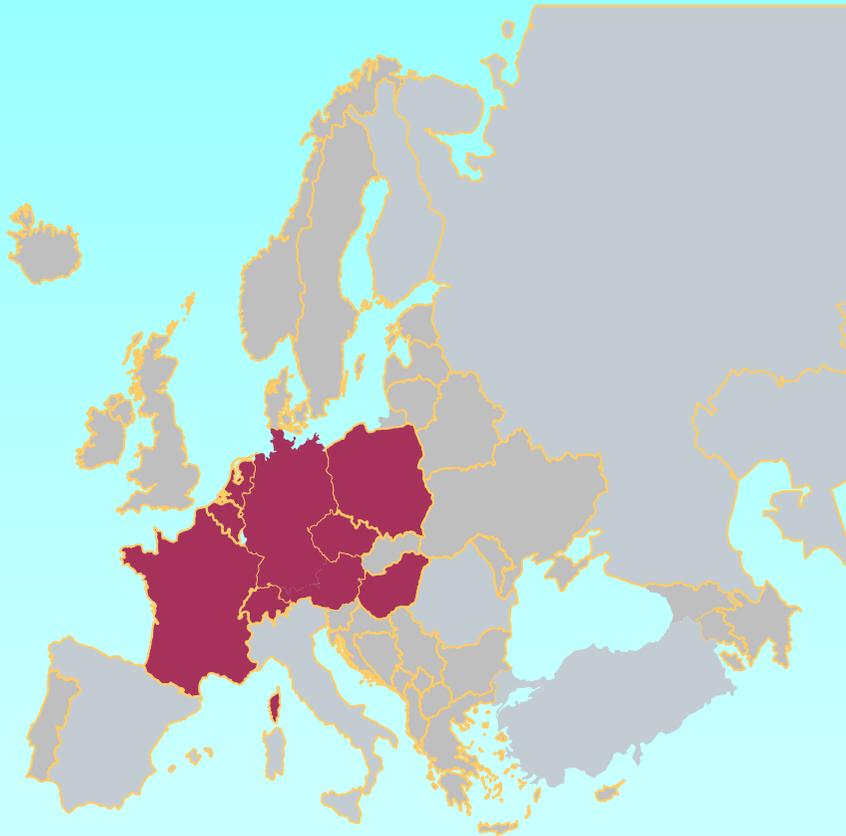


1886

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



Finanziamento

- A contribuzione mista obbligatoria: lavoratori / datori di lavoro
- Esistenza di diversi istituti (casce 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/produitori 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 Universalistico - Beveridge



Contesto Storico ed evoluzione del modello



Nell'800 lo scenario della sanità pubblica in UK è disastroso, pessime condizioni di vita ed 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, e del 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.

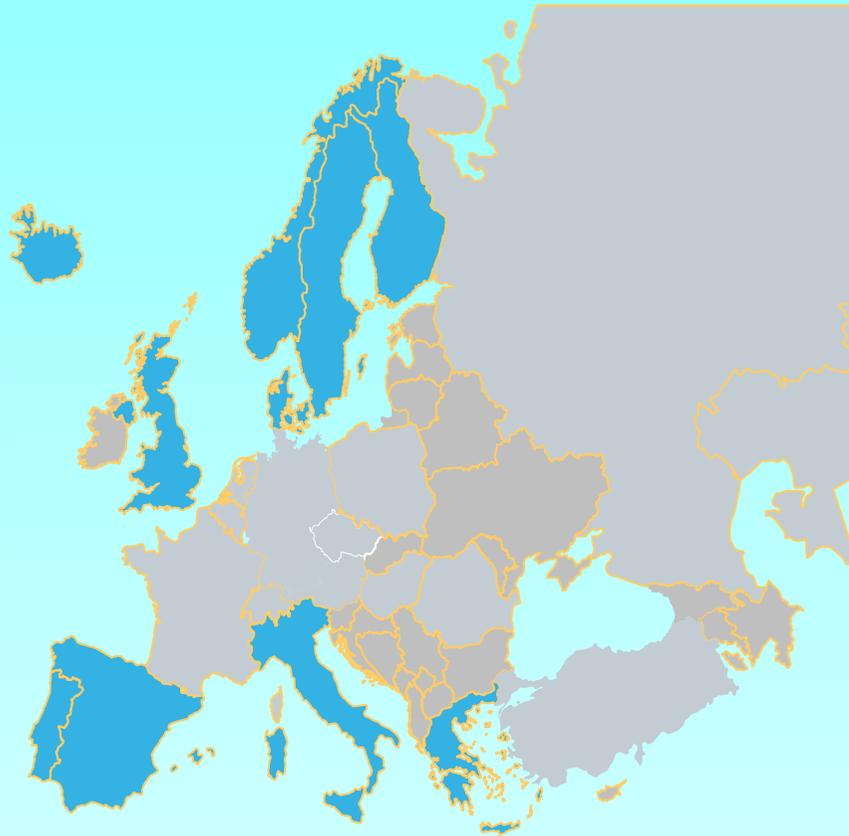


1948

Il 5 luglio nasce ufficialmente il National Health Service.

Il modello Beveridge

Principali Caratteristiche e Geografia



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.

I VARI MODELLI ORGANIZZATIVI



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)**

SSN
MISTO

Pubblico
46% della spesa

Privato
54% della spesa

Nessuna assicurazione universale

Tra i più costosi del mondo

LA POPOLAZIONE



SANITA' PUBBLICA

MEDICARE anziani e disabili

MEDICAID poveri (red <11940\$)

STATE CHILDREN'S HEALTH
INSURANCE PROGRAM

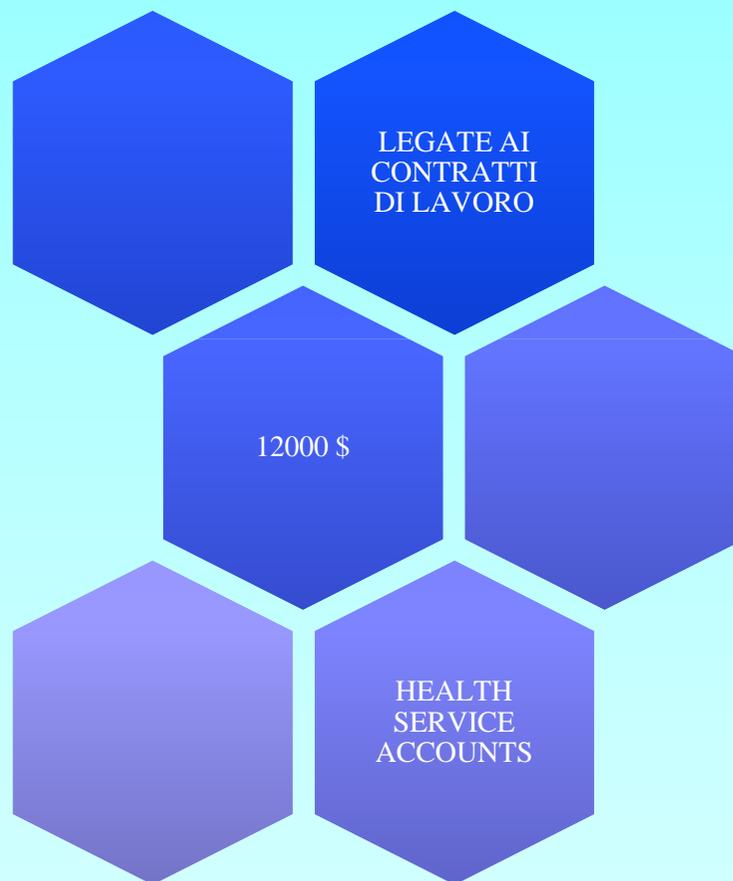
VETERANS ADMINISTRATION

TRICARE / MEDICAL CORPS

NATIVI AMERICANI

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH

ASSICURAZIONI PRIVATE



NON ASSICURATI

MINORANZE
ETNICHE

REDDITO BASSO O
MEDIO-BASSO

GIOVANI ADULTI
TRA 18-24 ANNI

FAMIGLIE CON
REDDITO <25000\$

DIPENDENTI
PICCOLE AZIENDE

RETE DI SICUREZZA

EMERGENCY
MEDICAL
TREATMENT

CLINICHE AD
ACCESSO
LIBERO

CENTRI
SANITARI
COMUNITARI

PAGAMENTI
A MEDICI ED
OSPEDALI A
TARIFE
RIDOTTE

ALTRE
STRUTTURE

SISTEMA DI TIPO PRIVATISTICO ASSICURATIVO



Le strutture mediche e ospedaliere, anche se private, hanno comunque l'obbligo di fornire i trattamenti medici di emergenza indipendentemente dalla capacità di pagamento dell'assistito.

LA STORIA

Dopo l'entrata in vigore della Costituzione, In materia di assistenza ospedaliera, le esigenze di libertà e molti dei diritti sanciti dalla Costituzione rimarranno però dei semplici postulati fino alla entrata in vigore della **legge 12/2/68, n.132**, che finalmente supera il vetusto ed inadeguato criterio caritativo, di prestare soccorso e cure mediche nei limiti delle risorse patrimoniali a disposizione, che continuava, di fatto a vincolare, l'attività delle IPAB che amministravano ospedali. Per realizzare questo obiettivo **si è puntato, in buona sostanza, a rendere autonomo il settore sanitario svincolandolo dal campo assistenziale.**

LA STORIA

Con la suddetta legge vengono, perciò, riconosciuti di diritto **Enti Ospedalieri**, quelli che al momento dell'entrata in vigore della legge n.132, provvedevano esclusivamente al ricovero ed alla cura degli infermi, così pure vennero costituiti Enti Ospedalieri e scorporati quindi dalle istituzioni che li gestivano, tutti gli Ospedali appartenenti ad Enti Pubblici svolgenti anche altra attività.

LA STORIA

Per gli Enti Ospedalieri così costituiti, fu affermato l'obbligo di ricoverare, senza particolare convenzione o richiesta di alcuna documentazione, i cittadini italiani e stranieri che necessitino di urgenti cure per malattia, infortunio, maternità, superandosi in tal modo l'angusto principio caritativo che valeva in precedenza.

Ogni accertamento in ordine alla competenza passiva del ricovero doveva essere successivo al ricovero stesso

ARGOMENTI DELLA LEZIONE

- **La legge 833 1978**
- **Il D.Lgs 502 1992**
- **Organi ed organismi in materia sanitaria**

La Riforma Sanitaria Legge 833/78

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).

La Riforma Sanitaria Legge 833/78

La legge 833/1978 è ricca di principi tra cui giova ricordare in primo luogo:

Estensione dell'assistenza Sanitaria a tutti i cittadini

(passaggio Bismarck-Beveridge)

il rispetto della dignità e della libertà della persona

In ossequio ai principi costituzionali (Cost. art 32, ma anche 2 e 3)

La Riforma Sanitaria Legge 833/78

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**

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

La 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

Provincie
~~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
usufruiwa dell'assistenza
sanitaria su base assicurativa~~

Ente Ospedaliero



La Riforma Sanitaria Legge 833/78

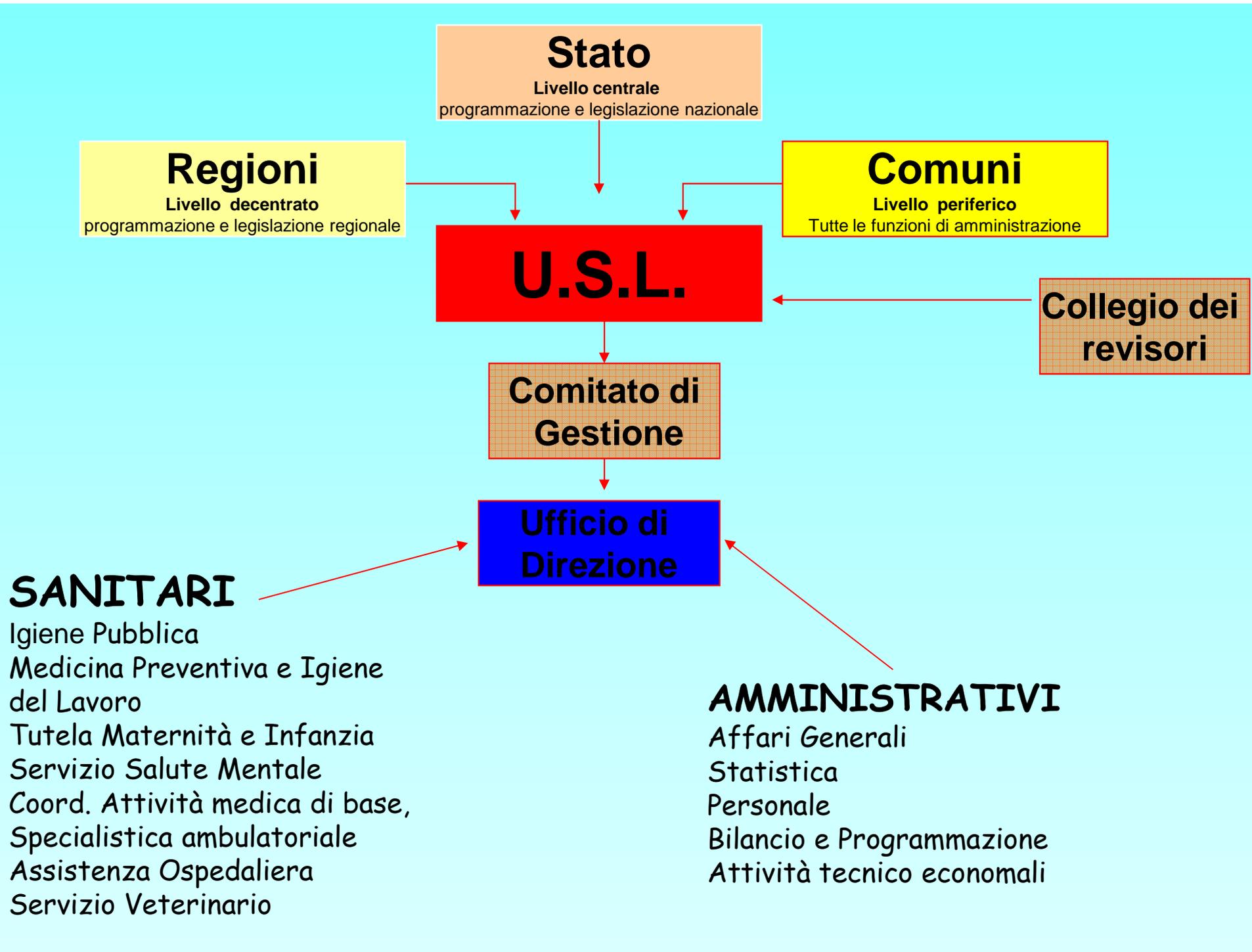
Gli obiettivi

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.

La Riforma Sanitaria Legge 833/78

Gli obiettivi

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.



Il 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

Persona fisica e persona giuridica

Persone fisica:

Si possono definire persone fisiche tutti gli esseri umani nati vivi, cioè coloro che hanno compiuto un primo atto respiratorio (il cd. primo vagito).

Nell'ordinamento italiano le persone fisiche 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.

Persona fisica e persona giuridica

Persona giuridica:

In diritto, una persona giuridica 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

Il D.Lgs. 502/1992

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**

Il 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

Il D.Lgs. 502/1992

- L'attribuzione di **maggiori responsabilità gestionali-programmatiche, organizzative e finanziarie alle regioni** dando il via al processo di regionalizzazione della sanità

Il D.Lgs. 502/1992

- 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**

Il D.Lgs. 502/1992

- 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**

Il D.Lgs. 502/1992

- 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.

La cd riforma Ter

Tutti i concetti e le novità (alcune solo timidamente abbozzate) inserite con il D.Lgs 502/1992 saranno riprese e potenziate dal D.Lgs 229/1999 (cd riforma Ter)

ORGANI ED ORGANISMI IN MATERIA SANITARIA

- AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI
- CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA STATO, REGIONI E PROVINCE AUTONOME
- CONFERENZA STATO-CITTA'
- CONFERENZA UNIFICATA
- CONFERENZA PERMANENTE PER LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA E SOCIO-SANITARIA REGIONALE
- CONFERENZA DEI SINDACI
- COMITATO DI DISTRETTO

AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI (AGENAS)

E' un **ente nazionale** con personalità giuridica di diritto pubblico che svolge un ruolo di **collegamento e di supporto decisionale** per il Ministero della Salute e le Regioni **sulle strategie di sviluppo del Servizio Sanitario Nazionale.**

Attività (COMPITI INDICATI DALLA CONFERENZA UNIFICATA)

- la valutazione di **efficacia dei livelli essenziali di assistenza;**
- la rilevazione e l'analisi dei **costi;**
- la formulazione di **proposte per l'organizzazione** dei servizi sanitari;
- l'analisi delle **innovazioni di sistema**, della **qualità** e dei **costi** dell'assistenza;
- lo sviluppo e la diffusione di **sistemi per la sicurezza** delle cure;
- il monitoraggio dei **tempi di attesa;**
- la gestione delle procedure per l'**educazione continua** in medicina e in tutti i casi in cui per vari motivi la regione deve nominare un **commissario ad acta.**

AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI (AGENAS)

- Sono organi dell'Agenzia il Presidente, il Consiglio di Amministrazione, il Collegio dei Revisori dei conti. Al vertice gestionale dell'Agenzia si colloca il Direttore Generale
- Il direttore dell'Agenzia per i servizi regionali è nominato su proposta del Ministro della salute di intesa con la CPSRPA (Conferenza Permanente Stato Regioni Province Autonome)

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA STATO, REGIONI E PROVINCIE AUTONOME

Nasce nel 1983 e svolge compiti di **informazione, consultazione, raccordo** in relazione agli indirizzi di politica generale che incidono nelle singole attribuzioni di competenza regionale.

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA STATO, REGIONI E PROVINCE AUTONOME

La presidenza della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province è affidata al presidente del Consiglio dei ministri, vicepresidente è il Ministro degli Affari regionali. La Conferenza è composta, oltre che dal presidente del Consiglio e dal ministro per gli Affari regionali, dai presidenti di tutte le regioni italiane e le province autonome, eventualmente dai ministri interessati agli argomenti iscritti all'ordine del giorno e da rappresentanti di amministrazioni dello Stato e di enti pubblici.

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA STATO, REGIONI E PROVINCIE AUTONOME

Esprime parere obbligatorio ma non vincolante in merito a:

- programmi di **prevenzione** anche primaria;
- determinazione dei **livelli** delle prestazioni sanitarie;
- ripartizione degli **stanziamenti**;
- programmazione del **fabbisogno del personale** sanitario;

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA STATO, REGIONI E PROVINCE AUTONOME

- attuazione degli **obiettivi del SSN**;
- autorizzazione di programmi di **sperimentazione** aventi ad oggetto nuovi modelli gestionali;
- organizzazione d'intesa con le regioni dei **corsi di formazione manageriali** per i DG;

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA STATO, REGIONI E PROVINCE AUTONOME

- stipulazione d'intesa con il Ministero della Salute di **accordi** di programma con le Regioni aventi ad oggetto la **copertura finanziaria** e la **realizzazione di strutture sanitarie** ecc;
- delibera gli indirizzi per l'**uniforme applicazione** dei **percorsi diagnostici e terapeutici** in ambito locale e le relative **sanzioni** in caso di disapplicazione;

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA STATO, REGIONI E PROVINCIE AUTONOME

- esprime intesa sulla proposta del Ministro della salute di **nomina del direttore** dell' Agenzia per i servizi regionali;
- adozione da parte dello Stato dei piani di settore aventi rilievo ed applicazione nazionale nonché il **riparto delle relative risorse alle regioni**;
- la definizione delle **attività di alta specialità** e dei requisiti necessari al loro esercizio, nonché il **riconoscimento** degli ospedali di rilievo

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA STATO, REGIONI E PROVINCE AUTONOME

- nazionale e di alta specializzazione e la relativa **vigilanza**;
- la programmazione del **fabbisogno per le specializzazioni** mediche e la relativa **formazione**, compresa l'erogazione delle **borse di studio** e la determinazione dei **requisiti di idoneità** delle strutture in cui si è svolta la formazione specialistica;
- il conferimento degli **incarichi dirigenziali**.

CONFERENZA REGIONI E PROVINCIE AUTONOME

La **Conferenza delle regioni e delle province autonome** (inizialmente denominata *Conferenza dei presidenti delle regioni e delle province autonome*) si costituisce a Pomezia il 15-16 gennaio del 1981, creando un organismo di coordinamento politico fra i presidenti delle giunte regionali e delle province autonome.

La Conferenza è sede di coordinamento e di confronto tra i presidenti delle regioni.

CONFERENZA REGIONI E PROVINCIE AUTONOME

Le priorità che hanno portato alla nascita della Conferenza sono:

- il miglioramento del collegamento e del confronto con lo Stato attraverso l'elaborazione di documenti condivisi da tutto il "sistema dei Governi regionali"
- l'instaurazione di un confronto permanente interregionale per favorire il diffondersi delle "migliori pratiche"
- la necessità di rappresentare all'esterno e nelle relazioni istituzionali il "sistema dei Governi regionali" in modo costante
- sottolineare il ruolo dell'istituzione Regione nella costruzione dell'Unione europea

CONFERENZA REGIONI E PROVINCIE AUTONOME

La Conferenza ha visto accrescere il proprio ruolo con l'istituzione della Conferenza Stato-regioni e della Conferenza unificata Stato-regioni, città e autonomie locali, sede congiunta della Conferenza Stato-regioni e della Conferenza Stato-città ed autonomie locali. La Conferenza dei presidenti delle regioni e delle province autonome è la sede ufficiale della interlocuzione istituzionale interregionale. In questa sede infatti sono predisposti i documenti che poi sono presentati nelle riunioni della Conferenza Stato-regioni e della Conferenza unificata.

CONFERENZA STATO CITTÀ'

La **Conferenza Stato-città ed autonomie locali** nata grazie al D.Lgs 281/1997 è con la Conferenza Stato-regioni e la Conferenza unificata (che riunisce i membri delle altre due conferenze), anche se nessuna di queste è direttamente indicata nella nostra costituzione ma solo in leggi ordinarie, uno dei tre organi della Repubblica Italiana preposti a raccordare l'amministrazione centrale dello Stato con gli altri enti di cui all'articolo 114 della Costituzione.

CONFERENZA STATO CITTÀ'

Allo stesso modo della Conferenza Stato-regioni, la presidenza di quest'organismo è affidata al presidente del Consiglio dei ministri, ed è composta da alcuni ministri, dai presidenti delle associazioni rappresentative dei comuni, delle province e delle comunità montane nonché da 14 sindaci e 6 presidenti di provincia.

CONFERENZA UNIFICATA

Nasce dalla riunione in seduta comune della Conferenza Stato città e dalla conferenza Stato Regioni Province autonome.

CONFERENZA UNIFICATA

Compiti principali:

- **Sostituisce** (DLGS 112/98) **la CPSRPA nel processo per l'adozione del PSN, d'intesa col Governo.**
- **Agisce di intesa** con Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze (per la Sanità anche col Ministro della salute), per adottare decreti contenenti linee di indirizzo per orientare le amministrazioni pubbliche nella predisposizione dei rispettivi piani dei fabbisogni di personale

CONFERENZA PERMANENTE PER LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA E SOCIO-SANITARIA REGIONALE

Costituita al fine di realizzare un **rapporto più immediato** tra i Comuni e la Regione. Ne fanno parte, per ciascuna AUSL, il **sindaco** (o il presidente della conferenza dei sindaci o il presidente di circoscrizione a seconda delle dimensioni dell'azienda stessa) ed i **rappresentanti delle associazioni regionali** delle autonomie locali.

Attività:

- esamina il progetto di **PSR**;
- verifica i **Piani Attuativi Metropolitan** e delle **aziende ospedaliere**
- esprime eventuali **osservazioni** in merito.

CONFERENZA PERMANENTE PER LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA E SOCIO-SANITARIA REGIONALE

La Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale può formulare osservazioni e garantisce il coinvolgimento delle autonomie locali in sede di programmazione, nonché delle formazioni sociali private non aventi scopo di lucro impegnate nel campo dell'assistenza sociale e sanitaria, delle organizzazioni sindacali, degli operatori sanitari pubblici e privati e delle strutture private accreditate dal SSN.

CONFERENZA PERMANENTE PER LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA E SOCIO-SANITARIA REGIONALE

La Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale partecipa, altresì, nelle forme e con le modalità stabilite dalla legge regionale, alla verifica della realizzazione del Piano attuativo locale e dei piani attuativi metropolitani.

CONFERENZA DEI SINDACI

La Conferenza dei Sindaci, 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.

CONFERENZA DEI SINDACI

L'Azienda persegue finalità di proficua reciproca relazione con gli Enti Locali, anche nell'ambito della partecipazione alla CDS, 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.

CONFERENZA DEI SINDACI

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.

CONFERENZA TERRITORIALE SOCIALE E SANITARIA

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.

CONFERENZA TERRITORIALE SOCIALE E SANITARIA

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.

CONFERENZA DEI SINDACI

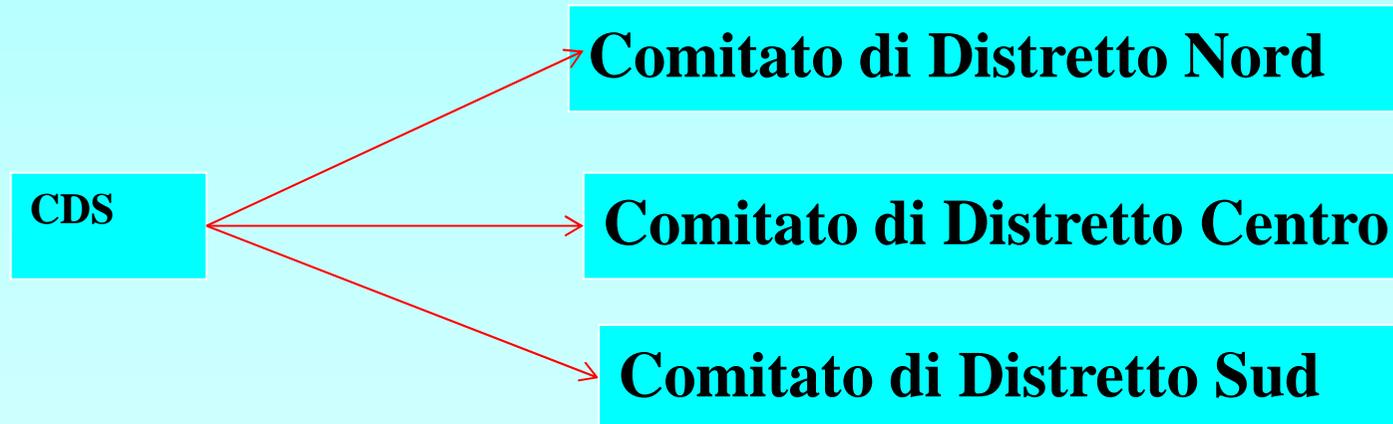
Gli Enti Locali, inoltre, per poter svolgere il loro ruolo nella tutela della salute della comunità, necessitano di un sistema informativo che renda disponibili dati sociali e sanitari e la presenza di uno strutturato canale di comunicazione, in grado di connettere in modo continuativo i diversi soggetti 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.

CONFERENZA DEI SINDACI

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

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

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



ARGOMENTI DELLA LEZIONE

- **Il D.Lgs 229 1999**

LA LEGGE 419/1998

Con la legge delega n. 419/1998 vengono conferite al governo 4 deleghe su:

- (a) riforma del d.lgs. 502/92 (d.lgs. 229/1999);
- (b) riordino della medicina penitenziaria (d.lgs. 230/1999);
- (c) adozione di un testo unico per l'organizzazione dei rapporti tra SSN e Università (d.lgs. 517/1999);
- (d) di organizzazione e funzionamento del SSN (NON ATTUATA).

IL D.LGS. 229/1999

Con l'approvazione del D.Lgs. 229/99 si apre una nuova stagione per il servizio sanitario che vede messi in gioco diversi livelli di responsabilità: le Regioni insieme con gli enti locali, le nuove aziende, la dirigenza, il sistema dei produttori pubblici e privati non profit e profit, il volontariato

IL 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

IL D.LGS. 229/1999

L'AUTONOMIA STATUTARIA

- 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.

IL D.LGS. 229/1999

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**

IL D.LGS. 229/1999

LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI

- 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 esiste un modo di partecipazione a livello regionale e 3 modi di partecipazione del cittadino a livello aziendale.

IL D.LGS. 229/1999

LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI

- Quello a livello regionale utilizza come strumento di partecipazione, le associazioni no profit impegnate nell'assistenza sociale e sanitaria che sono all'interno della

Conferenza per la programmazione socio sanitaria regionale
e di conseguenza partecipano alla adozione del PSR, insieme ai rappresentanti dei comuni della regione e alle rappresentanze sindacali.

IL D.LGS. 229/1999

Gli altri tre modi di partecipazione, come già osservato, sono a livello aziendale.

Stiamo parlando quindi di URP, Comitati consultivi misti 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.

IL D.LGS. 229/1999

- Nella legge 273/1995 per la prima volta apparve la **Carta dei Servizi**.

Con la Carta suddetta che, a distanza di anni sta acquistando sempre maggiore importanza, si stabiliva che ciascuna struttura erogatrice di servizi sanitari, partendo dal dato reale (quantità della domanda, numero degli utenti, natura delle prestazioni offerte) elaborasse un proprio decalogo operativo adattando alla propria specificità i principi guida emergenti della Carta dei servizi stessa in qualità di documento programmatico. Il tutto al fine di promuovere un concreto miglioramento gestionale del SSN

IL D.LGS. 229/1999

Nel dettaglio possiamo quindi definire la CARTA DEI SERVIZI come 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.

IL D.LGS. 229/1999

Possiamo poi considerare un ulteriore modo di partecipazione a livello aziendale:

COMITATI CONSULTIVI MISTI

- sono composti da membri delle organizzazioni di volontariato e delle associazioni di difesa dei diritti degli utenti, nonché, ovviamente da rappresentanti dell'azienda cui vanno aggiunti rappresentanti delegati dal comitato di distretto al fine di realizzare il necessario collegamento con gli enti locali.
- sono uno strumento per la rilevazione e il miglioramento della qualità dei servizi da parte dei cittadini per la partecipazione degli stessi alla vita dell'azienda e precisamente a programmazione, valutazione e grado di raggiungimento degli obiettivi.

IL D.LGS. 229/1999

PREDETERMINAZIONE DELLE TARIFFE

- 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;

IL 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.

IL D.LGS. 229/1999

L'ACCREDITAMENTO (LA REGOLA DELLE 3 A)

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.

L'ACCREDITAMENTO (LA REGOLA DELLE 3 A)

- **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.

IL D.LGS. 229/1999



IL D.LGS. 229/1999

VALORIZZAZIONE DELLE REGIONI

5) **VALORIZZAZIONE DELLE REGIONI** che, tra l'altro:

- 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,
- statuiscono le modalità di vigilanza e controllo delle AUSL
- Valutano i risultati delle attività delle Aziende Sanitarie,
- provvedono all'accreditamento delle strutture pubbliche o private autorizzate a fornire prestazioni per conto del SSR;
- propongono forme di sperimentazione gestionale tra le strutture del SSR e i soggetti privati

IL D.LGS. 229/1999

VALORIZZAZIONE DEI COMUNI

6) **RAFFORZAMENTO DEL RUOLO DEI COMUNI NELLA FASE DI PROGRAMMAZIONE**

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.

IL D.LGS. 229/1999

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
- ✓ il Programma delle attività Territoriali è proposto dal direttore di distretto previo parere del Comitato dei Sindaci di distretto
- ✓ Inoltre esercitano un'importante funzione nell'ambito dell'attività diretta alla realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie, provvedendo al **rilascio delle necessarie autorizzazioni.**

IL D.LGS. 229/1999

POTERE SOSTITUTIVO STATALE

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.

La regione che sia rimasta inadempiente entro un anno dall'entrata in vigore del PSN deve provvedere entro un termine stabilito dal ministro della salute non inferiore a tre mesi. Decorso il quale il Consiglio dei ministri su proposta dello stesso ministro per la salute sentita l'agenzia per i servizi sanitari regionali d'intesa con la conferenza permanente stato-regioni, adotta i provvedimenti necessari a dare attuazione al PSN nella regione, mediante anche la nomina di commissari ad acta.

IL D.LGS. 229/1999

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

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.

IL D.LGS. 229/1999

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)

IL D.LGS. 229/1999

Emarginazione
Reddito
Autonomia

Assistenza Sociale 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

IL D.LGS. 229/1999

Assistenza Sanitaria

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.

Assistenza Sociale

IL D.LGS. 229/1999

Si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività' atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

IL D.LGS. 229/1999

Le prestazioni sociosanitarie comprendono:

a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;

IL D.LGS. 229/1999

b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le 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.

IL D.LGS. 229/1999

c) Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilita' o disabilita' conseguenti a patologie cronico-degenerative.

IL D.LGS. 229/1999

Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, secondo le modalita' individuate dalla vigente normativa e dai piani nazionali e regionali, nonche' dai progetti-obiettivo nazionali e regionali.

Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei Comuni che provvedono al loro finanziamento.

La regione determina, sulla base dei criteri posti dall'atto di indirizzo e coordinamento, il finanziamento per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, sulla base di quote capitarie correlate ai livelli essenziali di assistenza.

IL D.LGS. 229/1999

INTEGRAZIONE SOCIO-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.

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**

IL D.LGS. 229/1999

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

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)

IL D.LGS. 229/1999

ARTICOLAZIONE DISTRETTUALE

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 comprese tra 40.000 e 80.000 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.**

IL D.LGS. 229/1999

SPERIMENTAZIONI GESTIONALI

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.

IL D.LGS. 229/1999

SPERIMENTAZIONI GESTIONALI

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.

IL D.LGS. 229/1999

FONDI INTEGRATIVI REGIONALI

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.

IL D.LGS. 229/1999

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.

IL D.LGS. 229/1999

- 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.

IL D.LGS. 229/1999

RIFORMA DELLA DIRIGENZA SANITARIA

- 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 D.LGS. 229/1999

RIFORMA DELLA DIRIGENZA SANITARIA

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.

IL D.LGS 229/1999

RIFORMA DELLA DIRIGENZA SANITARIA

L'art. 4 c7 della L. 412/91 dispone che con il SSN può intercorrere un unico rapporto di lavoro che è quindi incompatibile con ogni altro tipo di lavoro dipendente o con altri rapporti anche di natura convenzionale nonché con l'esercizio di attività o la titolarità o compartecipazione in imprese che possono configurare conflitto di interessi con lo stesso.

IL D.LGS. 229/1999

RIFORMA DELLA DIRIGENZA SANITARIA

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.

Ogni AUSL predispose un piano aziendale concernente i volumi di attività istituzionale e di Lp adeguatamente pubblicizzate.

IL D.LGS 229/1999

La libera professione intramuraria/intramoenia (per le quali sono previsti incentivi come trattamento economico aggiuntivo, regime fiscale assimilato al rapporto dipendente e titolo preferenziale per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura) può esercitarsi nelle seguenti forme:

- (a) attività specialistica ambulatoriale svolta individualmente per pazienti non ricoverati;
- (b) in regime di ricovero ordinario per specialità mediche;
- (c) in regime di ricovero ordinario per specialità chirurgiche con individuazione dell'equipe.

Ogni anno entro il 30/11 (valevole dal 01/01 dell'anno successivo) i medici possono optare per il lavoro esclusivo o meno.

IL D.LGS 229/1999

La libera professione si svolge fuori orario di lavoro ed a pagamento:

(A) nell'ambito aziendale

(B) partecipazione a proventi di equipe in ambito aziendale

(C) partecipazione a proventi di attività richiesta da singoli e svolta individualmente o in equipe in altra struttura previa convenzione dell'azienda ;

(D) partecipazione a proventi di attività richieste da terzi all'azienda e consentano la riduzione dei tempi di attesa

(E) attività richieste a domicilio dall'assistito di carattere occasionale o straordinario in base a regolamentazione aziendale.

IL D.LGS. 229/1999

FORMAZIONE CONTINUA

- 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.

IL D.LGS. 229/1999

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.

IL D.LGS. 229/1999

La necessità di assicurare agli utenti prestazioni di standard qualitativo elevato, che si avvalgano delle più aggiornate tecniche cliniche ha reso necessario un meccanismo di formazione continua articolato in

- (1)aggiornamento professionale (attività successiva ai corsi di laurea e specializzazione diretta ad adeguare per tutta la vita le conoscenze professionali)
- (2)formazione permanente.

IL D.LGS. 229/1999

La programmazione delle attività di formazione è assegnata alla commissione nazionale per la formazione continua (nominata con DM 5/7/00 e rinnovata ogni 5 anni, presieduta dal Ministro della salute).

Il sistema previsto dalla 229/99 rende indispensabile la partecipazione dei medici ai programmi di formazione affinché possano svolgere attività professionale, inoltre i CCNL individuano delle penalizzazioni anche di natura economica per i medici che nel triennio non abbiano conseguito il minimo dei crediti, infine il personale sanitario deve partecipare alla formazione perchè la struttura possa ottenere o mantenere l'accreditamento da parte del SSN.

IL D.LGS. 229/1999

Da qui si è arrivati quindi agli ECM.

Educazione continua in medicina (acronimo ECM) è un programma nazionale di attività formative, attivo in Italia dal 2002 che prevede il mantenimento di un elevato livello di conoscenze relative alla teoria, pratica e comunicazione in campo sanitario proprio in ossequio al d.lgs. 229/1999

IL D.LGS. 229/1999

Oltre alla formazione continua, esiste la formazione manageriale che è specificamente richiesta per lo svolgimento degli incarichi di direzione sanitaria aziendale e per la direzione di strutture complesse. I corsi sono organizzati dalle Regioni e dalle Province autonome previo accordo col Ministero della salute e sono gestiti a livello regionale ed interregionale anche mediante soggetti pubblici e privati accreditati dalla commissione nazionale. I corsi per direttori sanitari e dirigenti responsabili di struttura complessa dell'area di sanità pubblica vengono attivati a livello nazionale dall'Istituto superiore di sanità

Gli oneri connessi al corso sono a carico del personale interessato.