



# MANAGEMENT SANITARIO

Prof.ssa Elisa Palermo

Università di Bologna e Padova

# Le riforme del Sistema Sanitario Nazionale

L. 833/1978



Legge istitutiva del SSN  
(**implementazione**)

D.lgs. 502/1992



Decreti della I° RIFORMA  
DI RIORDINO  
(**aziendalizzazione**)

D.lgs. 517/1993



Decreto della II° RIFORMA  
DI  
RAZIONALIZZAZIONE  
(**qualità delle prestazioni**)

D.lgs. 229/1999

# D.lgs. n.502 del 30 dicembre 1992

L. n.833/1978

PROMOZIONE

MANTENIMENTO

RECUPERO



Dlgs. n.502/1992

PREVENZIONE

CURA

RIABILITAZIONE

# D.lgs. n.502 del 30 dicembre 1992

Con la **L. n.142/1990** “Revisione dell’ordinamento locale” si assiste ad un decentramento di poteri e funzioni a Regioni, Province e Comuni (cd. Sussidiarietà verticale).

Con la **L. n.421/1992** “**Privatizzazione-contrattualizzazione del rapporto di lavoro con la PA**”. Nuovi modelli aziendalistici per l’accentuazione del merito ed una maggiore attività premiante per i dipendenti pubblici.

# D.lgs. n.502 del 30 dicembre 1992

Le **Riforme Bassanini** – Leggi n. **56/1997** e n. **137/1997** pongono le basi per il Federalismo Fiscale.

Dovremmo aspettare ancora altri 4 anni per la Riforma del Titolo V della Costituzione (L. n.3/2001).

# L'Organigramma organizzativo dopo le riforme

## MACRO ORGANIZZAZIONE

### ● *Stato*

Ha competenze normative limitate alla definizione dei PRINCIPI, dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza – **ART. 117, comma 2, lett. M Cost.**) e competenze sostitutive in caso di inerzia delle Regioni inadempienti o inefficienti.

### ● *Regioni*

Assicurano l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie che garantiscano il raggiungimento ed il rispetto dei LEA fissati dal Potere Centrale. Ha competenza legislativa in materia sanitaria (**ART. 117, comma 3 COST**). Istituisce, regola e vigila con normazione regionale i propri organi sanitari (AUSL, Azienda Ospedaliera, AO Universitarie, IRCCS) e regola i rapporti con i privati autorizzati.

Ha competenze finanziarie (QUOTA CAPITARIA E DRG), programmatiche, di controllo (OIV), di nomina di organi e contrattuali.

### ● *Enti Locali*

Non sono più titolari dell'erogazione del Servizio Sanitario. La loro partecipazione viene però garantita tramite la Conferenza Territoriale Socio Sanitaria (CTSS), che svolge compiti di Programmazione e Indirizzo (Piano Programmatico).

Da parere sui Bilanci delle Azienda Sanitarie.

# D.lgs. n.502/92 1° Riforma di Riordino

A fronte delle criticità della prima L. del 1978 venne emanato il D.lgs. 502/1992, con l'obiettivo di:

- Ridimensionare la spesa sanitaria e garantirne il controllo
- Inserire un sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte dei cittadini (ticket)
- Aumento dei contributi fiscali per la sanità
- Limitare le prestazioni erogate a carico del SSN
- Tagli alle spese (riduzione posti letto, personale ecc.)

# D.lgs. n.502/92 I° Riforma di Riordino

La Sanità diviene regionale

I Comuni vengono estromessi dalla gestione

Le AUSL diventano Enti Strumentali della Regione e subiscono un primo processo di *aziendalizzazione* e *depoliticizzazione*, che raggiungerà il massimo livello con il successivo intervento legislativo del 1999.

Questa è una fase in cui l'attenzione è focalizzata sul contenimento della spesa.



# D.lgs. n.502/92 1° Riforma di Riordino

Il decreto inserisce lo strumento del **Fondo Sanitario Nazionale**.

Il sistema è cambiato prima si danno alla sanità le risorse, sulla base delle disponibilità economico-finanziarie di competenza del MEF, poi il Ministro della Salute programma la produzione ed erogazione dei servizi sanitari.

# D.lgs. n.502/92 I° Riforma di Riordino

Il **Fondo Sanitario Nazionale** viene determinato di intesa fra lo Stato e le Regioni.

Le **Regioni** subiscono un processo di **responsabilizzazione finanziaria**.

- Aboliti gli interventi finanziari statali
- Accollo della spesa per erogazione di LEA superiori

Se con le risorse rese disponibili dalla Stato con il PSN non riescono a far fronte alla erogazione dei servizi minimi essenziali, dovranno ripianare le loro finanze di loro tasca (Piani di Rientro). Non è più lo Stato ad intervenire per sanare le lacune finanziarie delle Regioni, meccanismo che, come abbiamo visto, ha portato all'indebitamento nel sistema del '78.

# D.lgs. n.502/92 1° Riforma di Riordino

Il FSN viene poi suddiviso fra le Regioni, ognuna delle quali avrà un proprio **Fondo Sanitario Regionale**, con cui assicurare il SSN sul proprio territorio.

Il riparto del FSN in FSR veniva dapprima calcolato su **quota capitaria** (*pro capite*, in base al n. di persone), passa poi ad un calcolo su **quota pesata** (si guarda al tipo di popolazione, ad esempio **+ anziani = + costi**).



**Il D.lgs. n. 229 del 19 giugno  
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 sull'organizzazione dei rapporti tra SSN e Università (D.lgs. 517/1999);
- (d) Disposizioni sull'organizzazione ed il funzionamento del SSN (NON ATTUATA).

# IL D.LGS. 229/1999

- Conferma dei **principi** sanciti dalla L. 833/1978
- Rilancio della programmazione: **PSN, PSR e PAL**
- Il rapporto con il privato viene ricondotto alla programmazione, con l'istituzione del **sistema delle 3 A: Autorizzazione – Accreditamento – Accordi**.
- Sviluppo della **integrazione socio-sanitaria**
- Reintroduzione di un ruolo nella programmazione regionale ai **Comuni**, chiamati a valutare i servizi erogati, il D.G. delle Aziende Sanitarie, come espressione della domanda sociale dei propri cittadini.

# IL D.LGS. 229/1999

## La Regione ha una funzione di regolazione di:

- Articolazione delle Aziende Sanitarie sul territorio (istituzione e nomina D.G.)
- Finanziamento delle stesse (pianificazione regionale)
- Organizzazione e funzionamento dell'Accreditamento (gestione rapporti coi privati)

# 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 in riferimento ai vari soggetti coinvolti:

- le Regioni
- gli Enti Locali
- le nuove Aziende Sanitarie
- i Privati
- il Volontariato

**In questa fase l'attenzione è focalizzata sulla qualità delle prestazioni.**



# 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 successivo **D.lgs 229/99** scompare la analitica disamina delle singole forme di autonomia, che lascia spazio alla nuova definizione di **autonomia imprenditoriale.**

# IL D.LGS. 229/1999

## L'AUTONOMIA STATUTARIA

**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

Assistiamo ad una **dicotomia** fra titolarità del servizio (in capo alle Regioni) ed erogazione dello stesso tramite le Aziende Sanitarie Regionali, dotate di autonomia imprenditoriale e conseguentemente di responsabilità, sia in relazione alla rendicontazione finanziaria (pareggio di bilancio) che riguardo alla quantità e qualità dei servizi erogati (vincolo LEA).

# IL D.lgs. 229/1999

Quando la cd. Riforma Bindi ha inserito il Piano Sanitario Regionale (PSR) la Riforma del titolo V° della Cost. non era ancora partita ed i LEA non erano ancora definiti.

In realtà però già nel 1999 non è più visto unicamente come uno strumento attuativo del PSN, ma come un vero e proprio Piano Strategico.

La programmazione e la gestione della sanità sono già di competenza regionale.

# D.lgs. 229/1999

## Il Principio del pluralismo erogatorio

I soggetti erogatori di servizi sanitari possono essere sia pubblici che privati.

### **PUBBLICI (ssn):**

- AUSL** erogano e acquistano servizi sanitari
- AO** erogano solo prestazioni specialistiche ed ospedaliere
- AOU** oltre all'assistenza garantiscono la didattica
- IRCCS** sia pubblici che privati, fanno ricerca connessa all'assistenza.

### **PRIVATI:**

Case di Cura, Ambulatori, Laboratori, Organizzazioni Volontariato, Coop. Sociali, Farmacie, Medici Convenzionati ecc

# D.lgs. 229/1999

## Il Principio del pluralismo erogatorio

I rapporti fra i soggetti pubblici del sistema chiuso del SSN e i soggetti pubblici e privati ulteriori vengono regolati per mezzo di:

CONVENZIONI (es. farmacie, medici di MMG)

ACCREDITAMENTO (es. Case di Cura)

Tramite questi moduli i soggetti accreditati o convenzionati possono svolgere attività per conto del SSN.

# IL D.LGS. 229/1999

## L'ACCREDITAMENTO (LA REGOLA DELLE 3 A)

**Ed è stata proprio la riforma Bindi ad inserire il sistema per la gestione della erogazione delle prestazioni sanitarie sia da parte di soggetti erogatori pubblici che privati.**

L'iter stabilito dal decreto richiede:

- **Autorizzazione**

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)

- **Accreditamento istituzionale**

E' un provvedimento di natura concessoria adottato dalla Regione alle 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.

Oltre alla verifica dei requisiti di qualità si fa riferimento anche alle **logiche di programmazione** (la struttura deve essere necessaria, utile e funzionale).

**Le strutture pubbliche e private accreditate che abbiano ottenuto l'accREDITAMENTO possono erogare per conto del SSN servizi e prestazioni assistenziali**



## L'ACCREDITAMENTO (LA REGOLA DELLE 3 A)

- **Accordi Contrattuali**

Vengono stipulati con la Regione e con le AUSL ed hanno 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

## PREDETERMINAZIONE DELLE TARIFFE NEL RAPPORTO FRA PUBBLICO E PRIVATO

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 Day Hospital (DH) ed alle prestazioni di specialistica ambulatoriale.**

Stiamo quindi parlando in questo secondo caso di **DRG – Diagnosis Related Group**, nomenclatore tariffario.

# IL D.LGS. 229/1999

## Raggruppamento Omogeneo di Diagnosi (ROD)

- Con **raggruppamento omogeneo di diagnosi (ROD)**, conosciuto anche con il nome inglese *diagnosis-related group (DRG)*, si fa riferimento a un sistema che permette di classificare tutti i pazienti dimessi da un ospedale (ricoverati in regime ordinario o DH) in gruppi omogenei per assorbimento di risorse impegnate (ISORISORSE). Tale aspetto permette di quantificare economicamente tale assorbimento di risorse e quindi di remunerare ciascun episodio di ricovero. Una delle finalità del sistema è quella di controllare e contenere la spesa sanitaria.
- Il ROD viene attribuito a ogni paziente dimesso da una struttura ospedaliera tramite un software chiamato *DRG-grouper* mediante l'utilizzo di poche variabili specifiche del paziente: età, sexo, tipo di dimissione, diagnosi principale, diagnosi secondarie, procedure/interventi chirurgici. Tali variabili sono utilizzate dal software "DRG-grouper" a seguito della compilazione, da parte del medico responsabile della dimissione, della **SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO)** presente in tutte le cartelle cliniche dei dimessi dalla struttura ospedaliera e inserita in un tracciato informatizzato che viene sistematicamente inviato alla Regione di appartenenza e conseguentemente al Ministero della Salute.

# IL D.LGS. 229/1999

## La concorrenza e il mercato

I consumi sanitari sono garantiti e presi in carico dal SSN.

La sanità costa mediamente 115 mld di euro annui e conta 117.000 dipendenti.

Il sistema nazionale ha una sorta di “monopolio” sulla offerta delle prestazioni.

Questa coincidenza fra consumi sanitari, offerta sanitaria e regime pubblico è però sempre più in discussione.

# IL D.LGS. 229/1999

## La concorrenza e il mercato

Infatti gli impieghi finanziari in regime privatistico per accedere alle prestazioni sanitarie e i consumi privati in sanità sono in costante aumento.

La cifra *out of pocket* (fuori dai 115 mld annui) di spesa per accedere privatamente a servizi sanitari o per l'acquisto di polizze sanitarie assicurative è di circa 40 mld di euro annui.

A questo si aggiungono spese collaterali ed accessorie, quali quelle per le classi anziani (badanti – strutture) e per spese farmaceutiche non mutuabili (es integratori).

# IL D.LGS. 229/1999

## VALORIZZAZIONE DELLE REGIONI

Il ruolo delle **REGIONI** è sempre più potenziato e:

- **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

### **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 Az.Osp.) 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 Stato - Regioni;
- ✓ il **PSR** è sottoposto alla Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria 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 (PAL)** sono predisposti con la partecipazione della Conferenza dei Sindaci (degli enti locali interessati);
- ✓ il **Programma delle attività Territoriali (PAT)** 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 socio-sanitarie, provvedendo al rilascio delle necessarie autorizzazioni.

# IL D.LGS. 229/1999

## POTERE SOSTITUTIVO STATALE

**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 rimane 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 della 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

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 cui sono individuati obiettivi strategici, priorità, modalità organizzative e risorse finanziarie strutturali e professionali. (L. 328/2000)

# IL D.LGS. 229/1999

## INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

**INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA:** è definito con questo termine il momento grazie al quale i 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**



A decorative blue graphic element consisting of a thin curved line at the top left and a larger, solid blue curved shape on the right side of the slide.

# IL D.LGS. 229/1999 LE PRESTAZIONI SOCIO- SANITARIE

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

## ARTICOLAZIONE DISTRETTUALE

**ARTICOLAZIONE IN DISTRETTI DELLE AUSL:  
L'articolazione in distretti delle singole AUSL viene  
determinata con legge Regionale.**

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.

# IL D.LGS. 229/1999

## FONDI INTEGRATIVI REGIONALI

**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 *libera professione 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.