



ORGANIZZAZIONE SANITARIA

Dott.ssa Elisa Palermo

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

- (1) Autonomia organizzativa
- (2) Autonomia amministrativa
- (3) Autonomia patrimoniale
- (4) Autonomia contabile
- (5) Autonomia gestionale
- (6) 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 informatori:

- (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

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

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 predisporre 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.