

COLLANA: IL DIRITTO

VOLUME

2

DIRITTO SANITARIO

[Il Servizio Sanitario Nazionale]

G. MURATORI – E. PALERMO

2012

ECONOMIA & DIRITTO

INDICE

CAPITOLO 1: L'ISTITUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

- 1.1 L'art. 32 della Costituzione
- 1.2 La legge 833/1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale
- 1.3 *Il DLGS 502/92*
- 1.4 La legislazione successiva
- 1.5 Il DLGS 229/99
- 1.6 Le competenze in materia di SSN

CAPITOLO 2: L'ISCRIZIONE AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

- 2.1 Iscrizione al SSN, e compartecipazione alla spesa
- 2.2 I Cittadini Comunitari
- 2.3 I Cittadini non comunitari

CAPITOLO 3: IL PIANO SANITARIO NAZIONALE E QUELLO REGIONALE

- 3.1 Il Piano Sanitario nazionale
- 3.2 Il Piano Sanitario Regionale
- 3.3 I Livelli Essenziali di assistenza
- 3.4 Gli organismi nazionali e regionali in materia sanitaria
- 3.5 Il Piano attuativo locale e le competenze delle AUSL in
materia di LEA
- 3.6 I tempi di attesa e il monitoraggio
- 3.7 Il consenso informato
- 3.8 I vari “governi”

CAPITOLO PRIMO

L'ISTITUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

1.1 L'art 32 della Costituzione

Fra i diversi diritti sociali che la Carta Costituzionale riconosce, caratterizzando il nostro ordinamento come quello di uno Stato democratico sociale, il diritto alla tutela della salute emerge chiaramente, per un molteplice ordine di ragioni.

In primo luogo, per la sfera e l'essenza oggettiva che le disposizioni costituzionali intendono tutelare, ovvero un bene assolutamente primario tra tutti i diritti fondamentali; in secondo luogo, per le vicende istituzionali e legislative che ne hanno interessato il riconoscimento; infine perché forse l'unico, e comunque sicuramente il primo, ad aver ricevuto un sistema compiuto ed organizzato di attuazione nel più ampio circuito sociale dei servizi alla persona ed alla comunità.

La tutela della salute viene oggi modernamente definita a livello internazionale dall'Organizzazione mondiale della sanità come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non solamente l'assenza di malattia o di inabilità", ovvero una condizione di armonico equilibrio funzionale, fisico e psichico dell'organismo dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale.

Si tratta di una definizione dalla quale si evince che il benessere fisico non è mai solamente una condizione statica, ma estremamente mutevole a seconda dei suoi rapporti con l'ambiente naturale e sociale.

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.

Questi ultimi due significati sono peraltro richiamati esplicitamente nella norma costituzionale per la quale «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 ».

Ma ciò che rileva maggiormente in questa sede è approfondire il concetto di diritto alla tutela della salute come diritto all'integrità psico-fisica e soprattutto come diritto alle prestazioni sanitarie, ovvero, come meglio vedremo, l'onere per le Istituzioni di assicurare prestazioni sanitarie assistenziali e di prevenzione, coerentemente al mandato sociale caratterizzante il nostro ordinamento.

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 (rectius, processualmente) tutelabile ed azionabile sia nell'ambito dei rapporti con i poteri pubblici che nei confronti dei privati.

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.

Sulla lesione della sfera soggettiva tutelata direttamente dall'art. 32 della Costituzione, si radicano quindi i noti fenomeni delle richieste risarcitorie nei confronti delle compagnie assicurative per danni derivanti da infortunistica stradale, ma anche i più singolari casi di alcune sentenze pretorili che impongono ad autorità pubbliche la cessazione di comportamenti o l'interruzione di opere che, pur se finalizzati a diversi (e notevoli) interessi della collettività generale, comportavano l'inammissibile compressione dello stato di salute del singolo.

Quest'ultimo, infatti - nelle diverse fattispecie giurisprudenziali - finisce sempre per prevalere rispetto ad ogni altro obiettivo in rilievo; a maggior ragione, secondo la Corte Costituzionale, la garanzia de] diritto alla salute come diritto di libertà ha determinato l'incostituzionalità di leggi che impedivano ai singoli un'adeguata

difesa dello stesso, anche sotto il profilo risarcitorio o indennitario in caso di lesione.

In second'ordine, ma è questo l'aspetto che più interessa in questa sede e dal quale promana la legislazione e l'organizzazione che vengono studiate in questo testo, la disciplina costituzionale prevede un diritto (non già solo un interesse) alle prestazioni sanitarie, il che significa 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.

Se nel primo significato del diritto alla tutela della salute (non a caso, ricostruito come *double face*), non è richiesto dunque alcun intervento diretto e positivo delle Istituzioni volto a tutelare un tale bene primario, in questo secondo valore, la tutela della salute implica per l'autorità pubblica 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.

Si noti peraltro come la Costituzione demandi un tale compito a tutti i livelli della Repubblica, talché l'assetto via via studiato dal legislatore per l'implementazione dei servizi, che ha visto prevalere a seconda dei momenti storici questo o quell'altro soggetto istituzionale, non vale quindi in ogni caso ad escludere il diritto-dovere di intervento nella materia degli enti territoriali che sembrano prima facie esclusi in base alla legislazione ordinaria.

In ciò l'articolo 32 della Costituzione si presenta quale elemento unificante del sistema, poiché, pur a fronte delle più recenti ipotesi di differenziazione organizzativa dei modelli sanitari, esso viene a rappresentare un'ineludibile garanzia per gli utenti, che formula la necessità di interventi ai quali le Istituzioni competenti giammai si potranno sottrarre.

Inteso 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'articolo 32 della Costituzione rappresenta quindi anche un precetto tipico della più ampia concezione interventista e sociale dello Stato contemporaneo, o meglio, la sua principale specificazione.

Da una concezione dell'articolo 32 della Costituzione come norma meramente "programmatica", quindi per tempo inevasa, 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 p.a.

In tempi più recenti, infine, la Corte Costituzionale è pervenuta all'affermazione per la quale la selezione e il temperamento legislativo degli interessi comunque rilevanti non deve essere tuttavia tale da pregiudicare il "nucleo minimo ed essenziale" del diritto in questione: ciò significa, in altre parole, che non tutte le prestazioni possono essere erogate dal servizio pubblico sanitario nei confronti di tutti, ma sussiste comunque una soglia minima di interventi, che le Istituzioni devono garantire a prescindere dai costi, rimanendo altrimenti irrimediabilmente vulnerata la sfera giuridica soggettiva che il disposto costituzionale ha voluto tutelare in riferimento al bene salute.

Il bilanciamento tra diritto alla tutela della salute e criteri di economicità o, più ampiamente, risorse finanziarie, non può pertanto essere inteso in maniera assoluta, essendo evidente, come ben appare che il diritto fondamentale dell'individuo prevalga in determinate fattispecie a fronte delle pur ragionevoli esigenze di contenimento della spesa.

1.2 L. 833/1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale

Sono quattro i principi informatori della L. 833/78: la globalità delle prestazioni, l'universalità dei destinatari, l'eguaglianza di trattamento ed il rispetto della dignità e della libertà della persona, come emerge anche dalla discussione riportata dagli Atti Parlamentari.

Tra i principi citati merita rilievo quello del rispetto della dignità e della libertà della persona umana, che attiene non al contenuto, ma agli scopi dell'attività di protezione della salute; protezione che rientra tra quei diritti fondamentali dell'individuo che sono strettamente connessi alla finalità del pieno sviluppo della personalità umana sanciti dagli articoli 2 e 3 della Costituzione. Ne consegue che la protezione della salute non può essere considerata come fine a se stessa, ma come mezzo per la completa realizzazione dello sviluppo individuale e personale, nel più ampio quadro della tutela della dignità e della libertà della persona umana, il cui concetto non costituisce un limite, ma piuttosto un obiettivo che il servizio sanitario nazionale deve concretizzare.¹⁵

Queste ragioni politiche ed etiche erano e sono alla base di scelte che ancora oggi rappresentano una sfida per tutti: istituzioni, soggetti sociali, imprenditoriali, volontariato organizzato ed ogni persona che crede nell'incontro tra diritti e doveri sociali. E' quanto si impegnava a fare l'art. 1 della L. 833/78

¹⁵ Atti Parlamentari Camera dei Deputati, p 13298 VII legislatura –discussioni- seduta 14 dicembre 1977

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

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

Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.

Nel servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività.

Le associazioni di volontariato possono concorrere ai fini istituzionali del servizio sanitario nazionale nei modi e nelle forme stabiliti dalla presente legge.

Il Servizio Sanitario è quindi un servizio pubblico¹⁶ erogato attraverso strutture pubbliche e private, finanziato dalla collettività,

¹⁶ Per servizio pubblico si intende "qualsiasi attività che si concretizzi nella produzione di beni o servizi in funzione di un'utilità per la comunità, non solo in termini economici ma anche in termini di promozione sociale, purché risponda ad esigenze di utilità generale o ad essa destinata in quanto preordinata a soddisfare interessi collettivi" (Consiglio di Stato 2605/2001).

consistente nell'assicurare prestazioni ai singoli ed alla collettività, cui sono strumentali ed accessori poteri di regolazione e funzioni amministrative di carattere autoritativo (certificazioni, sanzioni, ecc.).

La mission del SSN è l'erogazione di prestazioni sanitarie (rappresenta il core business dell'azienda) ed intorno a questa è presente la regolazione del sistema, l'organizzazione amministrativa e tutte quelle attività accessorie alla prestazione sanitaria (es: acquisizione del personale, di tecnologie, di risorse strumentali).

I principi fondamentali su cui si regge il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) espressi appunto nell'art. 1 della legge 833/1978, sono poi stati riproposti anche nell'art. 1 del d.lgs. 229/99 ma è da notare come tali principi non sono solo canoni teorici, ma elementi che hanno una forte ricaduta nella programmazione e nella gestione dei servizi sanitari. Principi ad ampio spettro che nel tempo hanno avuto la necessità di essere affiancati da una serie di criteri organizzativi, metodologici ed economico-finanziari necessari per arginare e comprendere cosa dovesse essere racchiuso in questa globalità.

Sono poi nati criteri per garantire la sopravvivenza di questi principi.

Si tratta di parametri che concorrono a regolamentare le prestazioni sanitarie e che si pongono al di sotto dei principi sopra elencati e sono:

- individuazione dei destinatari delle prestazioni sanitarie SSN: il problema è connesso alla condizione di “utente del servizio” e quindi alla sua iscrizione nell’apposito elenco della Azienda Sanitaria, la quale risponde ad una logica relazionale tra Ausl e popolazione residente e/o domiciliata in quell’ambito territoriale;

- la libera scelta della struttura cui rivolgersi, diritto affermato dall’art. 19 della legge 833/78 (anche se si tratta di un diritto notevolmente condizionato negli ultimi tempi dalle leggi finanziarie che lo hanno ridimensionato in relazione ad esigenze di ordine economico del Servizio);

- l’efficacia e l’economicità: elementi che si traducono nella necessità di erogare solo gli interventi e le tipologie che presentino, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate¹⁷;

- l’appropriatezza: trattasi di un criterio sulla base del quale spetta al SSN, nelle sue diverse articolazioni, garantire gli interventi realmente adeguati e necessari ai bisogni di salute;

- la programmazione degli interventi: regola per la quale, tenuto conto delle risorse finanziarie disponibili, vengono definiti gli obblighi di servizio pubblico;

- il principio della compartecipazione da parte degli utenti alla spesa sanitaria (ticket) che impongono quote di pagamento da parte dell’utente su visite specialistiche, analisi, erogazione di

¹⁷ Tali criteri vengono introdotti formalmente con la riforma Bindi (d.lgs. 229/99)

farmaci in una misura differenziata in ragione del reddito e, comunque, quantitativamente limitata, tale da non incidere sul principio di universalità del SSN;

- la necessità di un'integrazione fra politiche sanitarie e sociali¹⁸.

- I livelli uniformi di assistenza sanitaria (LEA). I livelli, che rappresentano il risultato di un processo sistematico e ricorrente, attivato dal Governo d'intesa con le Regioni, sono finalizzati ad individuare quelle attività e quelle prestazioni sociosanitarie che devono essere necessariamente erogate dal SSN per garantire al cittadino, oltre la pari opportunità di accesso, anche una soglia minima di domanda di prestazioni sanitarie

L'art. 13 della 833/1978 lascia al Sindaco le attribuzioni esercitate in qualità di autorità sanitaria locale, anche se si sostanziano prevalentemente nell'esercizio di un potere di ordinanza in materia igienico-sanitaria. Con il dlgs 502/92 vengono demandate al Sindaco: (a) potestà di indirizzo circa l'impostazione programmatica dell'attività sanitaria nell'ambito territoriale di

¹⁸ Il d.lgs 229/99, introducendo nel testo del d.lgs. 502/92 l'art. 3 septies, definisce quali prestazioni socio sanitarie "quelle attività atte a soddisfare, mediante processi assistenziali, i 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 azioni di cura e quelle di riabilitazione". E distingue tra:

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

b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria intese come quelle attività del sistema sociale che perseguono l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.

competenza (b) attività amministrativa di ingerenza e controllo sui bilanci preventivi e consuntivi delle AUSL (c) potestà di verifica sull'andamento della gestione

1.3. *Il Dlgs 502/92.*

Le ragioni che hanno portato alla proposta di modificare la L. 833/78 e all'approvazione dei successivi Decreti Legislativi n. 502/92 e n. 517/93 sono sostanzialmente quattro:

- 1) La mancata attuazione di altre riforme, strutturalmente necessarie per la costruzione di un moderno stato sociale, quali ad esempio la riforma delle autonomie locali, la trasformazione regionalistica dello Stato, la riforma fiscale e della finanza locale, la riforma dei servizi sociali;
 - 2) La difficoltà di promuovere la coesistenza dei diritti e dei doveri sociali: paradossalmente una società di diitti senza doveri alimenta e amplifica gli egoismi corporativi creando dinamiche perverse, dove l'organizzazione settoriale degli interessi finisce per far prevalere i più forti sui più deboli, anche nella fruizione delle risposte universalistiche per la salute;
 - 3) La insufficiente capacità dei quadri politici, amministrativi e professionali di interpretare i cambiamenti necessari, anzi talora impegnati ad ostacolarli, facendo prevalere logiche burocratiche o inadeguate per la promozione del cambiamento;
 - 4) La sostenibilità del modello del welfare (di tipo solidaristico e universalistico), visto l'incremento della spesa, le difficoltà di
-

controllarne l'evoluzione, l'espansione della domanda sociale, il consolidamento di nicchie di privilegio e di rendite di posizione tutelate per legge.

A queste condizioni generali si sono aggiunte ragioni specifiche che hanno animato il dibattito, in particolare il cambiamento di prospettiva costituzionale rappresentato dal passaggio di titolarità amministrativa dai comuni alle regioni in materia sanitaria.

La cosa piuttosto singolare se si pensa che esso non avviene in un quadro di promozione delle autonomie regionali, ma anzi mantenendo un sostanziale accentramento di poteri a livello nazionale, mentre il DPR 616/77 aveva dato una chiara direzione alle riforme in materia di titolarità delle Regioni e degli enti locali.

Alla luce di queste contraddizioni si è parlato di commissariamento regionale del servizio sanitario nazionale, vista la sostanziale incapacità degli enti locali di interpretare efficacemente i loro compiti di buona amministrazione delle unità sanitarie locali.

L'insufficiente governo della spesa e le diffuse confusioni tra titolarità politica e gestionale hanno generato contraddizioni nel governo delle unità sanitarie locali. Ad esempi di eccellenza si sono contrapposte molte esperienze di sostanziale fallimento nel governo degli obiettivi della riforma.

Gli ospedali hanno continuato a svolgere un ruolo centrale nel servizio. E' mancato un forte investimento nell'assistenza sanitaria primaria. La prevenzione e la promozione della salute sono rimaste nell'ombra. Il medico di medicina generale non è entrato attivamente nei processi di trasformazione voluti dalla riforma. La spesa sanitaria ha continuato a lievitare. La politica dei ripiani non ha incentivato scelte gestionali responsabili. Il prevalere delle logiche burocratiche ha soffocato lo sviluppo della managerialità

necessaria per promuovere i cambiamenti. Il corporativismo prevalente nelle categorie professionali, ha ostacolato l'evoluzione dei profili professionali premiando le specializzazioni settoriali a scapito dell'integrazione operativa. Le mancate emanazioni dei Piani sanitari nazionali e regionali, dei progetti obiettivo hanno fatto mancare i riferimenti necessari per dare attuazione ai processi di riforma.

Le proposte a suo tempo formulate in sede nazionale (ad esempio con il Ddl n. 1942/87, Modifiche all'ordinamento sanitario nazionale) per affrontare questi problemi hanno suscitato forti perplessità per i rischi che presentavano: di accentramento regionale, di separazione interna al sistema, in particolare tra ospedale e territorio, di concentrazione monocratica dei processi decisionali, di scarsa chiarezza nella definizione imprenditoriale della nuova azienda, di enfattizzazione della cura (ospedaliera) a scapito delle funzioni di prevenzione e di riabilitazione, di una declamazione dei processi manageriali senza, di fatto, intaccare la diffusa burocratizzazione dei percorsi decisionali e di separazione tra sanitario e sociale, di confusione tra mezzi e fini assimilando il pareggio di bilancio al raggiungimento di obiettivi di salute.

Ecco quindi il carattere fortemente innovativo del Dlgs 502/92 i cui punti salienti erano:

- **L'individuazione dei livelli essenziali** e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale, per il periodo di validità del Piano sanitario nazionale, è effettuata **contestualmente** all'individuazione delle **risorse finanziarie** destinate al Servizio sanitario nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione

economico-finanziaria. Le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal Servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente

- L'attribuzione di **maggiori responsabilità gestionali-programmatorie, organizzative e finanziarie alle regione** dando il via al processo di regionalizzazione della sanità
- L'aziendalizzazione delle strutture di produzione ed erogazione dei servizi sanitari intesa nel duplice senso di **riconoscimento di autonomia patrimoniale, contabile, gestionale, tecnica ed organizzativa** e di recepimento delle strategie di gestione di marca privatistica
- Un nuovo modello di finanziamento sia a livello di spesa complessiva per cui gli **obiettivi programmatici sono determinati in funzione delle risorse disponibili** e non secondo il meccanismo inverso, sia a livello delle singole strutture finanziate secondo la logica di mercato della **remunerazione a tariffa ovvero in base alle prestazioni effettivamente erogate**
- La **competitività** secondo le più classiche regole di mercato tra pubblico e privato finalizzata a garantire il costante miglioramento qualitativo delle prestazioni offerte e la **più ampia libertà di scelta da parte del privato circa le strutture eroganti**
- La **partecipazione del cittadino** uti singuli o in forma associativa alla fase gestionale ed organizzativa del ssn con la segnalazione di proposte o la raccolta di informazioni

circa l'organizzazione dei servizi e alla fase consuntiva di verifica degli obiettivi raggiunti.

1.4 La legislazione successiva

Subito dopo l'emanazione del Dlgs 502/92 furono introdotte altre leggi in materia tra cui vale la pena citare:

- la legge 273/1995 che, a distanza di anni sta acquistando sempre maggiore importanza perché qui per la prima volta apparve la Carta dei Servizi nell'intento di promuovere un concreto miglioramento gestionale del SSN. Con tale CARTA DEI SERVIZI 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 dlgs 112/98 che si inserisce nel complesso procedimento di razionalizzazione e di decentramento amministrativo, secondo il quale i compiti di gestione amministrativa della cosa pubblica devono essere lasciati alla struttura più vicina alla cittadinanza (l'Ente territoriale) lasciando allo Stato le sole funzioni che per natura loro propria non possono essere delegate. Pur riguardando prevalentemente però le sole regioni e lasciando che gli enti locali siano coinvolti per lo più a livello di programmazione concertata mediante la Conferenza unificata ed in alcuni casi a livello di

amministrazione attiva. Inoltre all'art. 113 traccia la via di quella che poi sarà indicata come missione dalle varie AUSL sancendo che: "Rientrano nella salute umana le funzioni ed i compiti rivolti alla promozione, prevenzione, mantenimento e recupero della salute fisica e psichica della popolazione nonché al perseguimento degli obiettivi del SSN, mentre riguardano la sanità veterinaria quelli relativi agli interventi profilattici e terapeutici concernenti la salute animale e la salubrità dei prodotti di origine animale

- la legge delega n. 419/1998 con la quale vengono conferite al governo 4 deleghe su: (a) riforma del dlgs 502/92 (dlgs 229/1999); (b) riordino della medicina penitenziaria (dlgs 230/1999); (c) l'organizzazione dei rapporti tra SSN e Università (dlgs 517/1999); (d) adozione di un testo unico di organizzazione e funzionamento del SSN (NON ATTUATA).

Con quest'ultima legge delega, i nodi che il legislatore avrebbe dovuto sciogliere erano sostanzialmente legati ai rapporti: tra accentramento e decentramento, tra responsabilità politiche e ruoli gestionali, tra efficienza ed efficacia, tra funzioni manageriali e professionali, tra riconversioni delle strutture (ad es. riduzione dei posti letto) e governo della spesa, tra qualificazione tecnica ed umanizzazione dei servizi.

A distanza è più facile vedere che l'enfasi sulla managerialità dei vertici aziendali che il Dlgs 502/92 prevedeva era velleitaria e metteva in ombra l'esigenza e l'urgenza di estenderla all'intera struttura, con una dirigenza di tipo nuovo, in grado di condividere il rischio di impresa, capace di promuovere responsabilizzazioni non solo sugli atti ma anche e soprattutto sui risultati. Serviva un

riassetto complessivo delle risorse professionali ed umane svincolato dalle rigidità tipiche della pubblica amministrazione.

Sempre l'analisi a distanza rende più evidente che la confluenza in capo alle Regioni di responsabilità programmatiche e di compiti gestionali non era giustificabile oltre il breve periodo, perché metteva in evidenza la sostanziale esautorazione degli enti locali nei confronti dei cittadini che essi rappresentavano.

Molte Regioni hanno giustamente operato nella direzione del risanamento della spesa sanitaria. Ma in molti casi ai pareggi di bilancio non hanno fatto seguito scelte qualificanti. Al contrario si è assistito al procrastinarsi nel tempo di decisioni da prendere in materia di ristrutturazioni, di riconversioni che hanno penalizzato lo sviluppo dell'assistenza territoriale.

In certi casi è stata assecondata la propensione delle aziende sanitarie a scaricare sulla spesa sociale dei comuni i costi dell'assistenza sanitaria per gli anziani non autosufficienti, i malati mentali, i disabili, mettendo cioè in discussione la garanzia dei livelli di assistenza e l'esigibilità del diritto alla salute di soggetti in condizioni di debolezza e con scarsa capacità di far valere i propri diritti.

Andavano quindi cercati nuovi equilibri per superare queste contraddizioni, visto che con l'attuazione del D.Lgs n. 502/92 e, soprattutto con i vincoli finanziari, si sono ricreate condizioni per fare politica per la salute. L'effetto congiunto del controllo dell'andamento della spesa e le nuove competenze degli enti locali ha creato condizioni per ridefinire gli equilibri tra responsabilità istituzionali e sociali in materia di diritto alla salute.

Chi pensava ad un nuovo modello di welfare meno universalistico ha trovato una riconferma dell'impegno costituzionale di solidarietà nel Psn 1998-2000 con il "patto di solidarietà per la salute".

Queste ed altre ragioni sono alla base della L. 419/98 di delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale.

1.5 IL Dlgs 229/1999 (cd riforma ter)

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.

Ne esce un sistema più aperto, più impegnato nella costruzione di una rete di garanzie, nella ricerca della qualità, più trasparente nell'esercizio delle responsabilità. Già il Psn 1998-2000 aveva anticipato l'orientamento delle scelte: definendo in modo nuovo le priorità, gli obiettivi (di salute e di sistema), la caratterizzazione dei livelli essenziali di assistenza, il sistema di erogazione e di finanziamento, le questioni strategiche rappresentate, dalla tutela dei soggetti deboli, dai traguardi europei, dall'innovazione tecnologica, dalla sicurezza, dallo sviluppo delle risorse umane, dall'integrazione sociosanitaria, dallo sviluppo dell'assistenza distrettuale, dall'appropriatezza, dalla ricerca e dalla sperimentazione in area clinica e gestionale.

La struttura del decreto ripercorre buona parte di queste questioni dando ad esse certezza di riferimenti e chiarezza di indirizzi. In

particolare i primi due commi dell'art. 1 sono un punto di equilibrio tra principi e valori della L. 833/78 e spinta verso nuove soluzioni che li rendono operanti:

L'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre - 1992, n. 502, e successive modificazioni, e' sostituito dal seguente:

Art. 1 Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza)

1. La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività e' garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale, quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti ed istituzioni di rilievo nazionale, nell'ambito dei conferimenti previsti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nonché delle funzioni conservate allo Stato dal medesimo decreto.

2. Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso risorse pubbliche e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse.

Ad esempio, nel primo comma, i fattori di continuità e di innovazione sono rappresentati dal rapporto tra universalismo del sistema e sviluppo di servizi sanitari regionali, in un quadro di trasformazione federalista dello stato sociale.

Nel secondo comma il principio di dignità è associato alla necessità di valutazione del bisogno in una logica di equità, quello di qualità a quello di appropriatezza e di economicità nell'impiego delle risorse.

Possono essere colte nuove soluzioni: per integrare le responsabilità regionali con quelle degli enti locali, per dare impulso ai processi di aziendalizzazione, per promuovere l'integrazione sociosanitaria, per qualificare il sistema dei produttori, per dare maggiori garanzie alle persone utenti, per promuovere responsabilizzazioni a tutti i livelli.

Sul fronte dei mezzi si punta ad incrementare la capacità delle aziende unità sanitarie locali di coniugare le finalità pubbliche di utilità sociale con criteri privatistici, che ne potenzino capacità di risposta ai bisogni: tramite flessibilità operativa, autonomia imprenditoriale, condivisione del rischio e responsabilizzazione della dirigenza ai diversi livelli. Il sistema di remunerazione, articolato per tariffe e per funzioni assistenziali è pensato per superare le disfunzioni da più parti segnalate su questa materia e incentivare l'uso appropriato delle risorse.

La selezione dei produttori basata su un nuovo modello di accreditamento potrà consentire una selezione qualitativa per livelli, passando dall'autorizzazione all'accreditamento e agli accordi contrattuali, mettendo sullo stesso piano strutture pubbliche e private, coinvolgendo anche i cittadini e le associazioni di utenti nei processi di valutazione.

Ulteriori garanzie vengono dal versante professionale, soggetto a verifiche periodiche sulla qualità dei risultati prodotti e sugli investimenti in formazione, e dal posizionamento professionale:

nella formula dell'esclusività del rapporto di lavoro e nei percorsi di accesso alle funzioni direzionali.

Sul fronte delle scelte di politica per la salute, viene rimesso equilibrio tra responsabilità regionali e comunali, con apporti specifici dei comuni alla programmazione regionale (nelle Conferenze permanenti per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale) e locale (con il piano attuativo locale, il programma delle attività territoriali e le verifiche del comitato dei sindaci di distretto).

Nello stesso tempo vengono evidenziate le connessioni tra politiche ambientali, dell'alimentazione, della sicurezza nei luoghi di vita e di lavoro..., e il loro impatto sulla salute, a cui il dipartimento di prevenzione e le diverse amministrazioni interessate devono congiuntamente dare risposte.

Tutte queste considerazioni hanno portato quindi all'introduzione nel Dlgs 229/99 delle seguenti innovazioni:

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

2) **RAFFORZAMENTO DEL RUOLO DEI COMUNI NELLA FASE DI PROGRAMMAZIONE:** la concertazione con

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

3) 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.

4) 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.

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

6) 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.

7) ARTICOLAZIONE IN DISTRETTI DELLA AUSL: Il

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

8) 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 sia in caso di nuove strutture sia per l'adattamento di quelle preesistenti (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.

9) 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 (programmi per patologie croniche di lunga durata o recidivanti, di prevenzione, di assistenza a malattie rare, sperimentali di assistenza, di trapianto di organo ecc) e (b) la remunerazione in base a tariffe predefinite a livello centrale dal Ministero e a livello locale dalle Regioni per quanto riguarda i ricoveri per acuti e le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

10) SPERIMENTAZIONI GESTIONALI: le Regioni interessate propongono programmi di sperimentazione di nuovi modelli di gestione che prevedono forme di collaborazione tra strutture del SSN e soggetti privati, anche mediante la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato al fine di un miglioramento della qualità dell'assistenza. La partecipazione societaria dei privati non può superare la soglia del 49% e sono esclusi subappalti a terzi estranei alla sperimentazione per la fornitura di servizi connessi all'assistenza alla persona.

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

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

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

1.6 Il SSN e le competenze in materia

Il SSN istituito dalla L. 833/1978, come sopra specificato, è il complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica della popolazione con competenze attuative ripartite fra Stato Regioni ed enti territoriali

COMPETENZE STATALI: (a) funzione legislativa attraverso cui si definiscono gli obiettivi prioritari della politica sanitaria. Le leggi statali costituiscono leggi di principio (cd leggi cornice) nel cui ambito il legislatore regionale opera ciò al fine di garantire uniformità di disciplina (b) funzione di indirizzo e di coordinamento delle attività amministrative esercitate dalle regioni in materia sanitaria. L'esercizio di tale funzione risponde ad esigenze di unitarietà nel rispetto degli obiettivi della programmazione economica nazionale e degli impegni assunti nell'ambito comunitario ed internazionale; (c) la funzione amministrativa concernente quelle attività amministrative che riflettono esigenze di carattere nazionale o impegni internazionali (es: adozione PSN, elaborazione del programma di ricerca sanitaria, adeguamento della vigente disciplina concorsuale del personale del ssn alle norme contenuta nella normativa sul pubblico impiego (dlgs 165/01), il finanziamento del fondo sanitario nazionale e sua ripartizione, il concorso alla individuazione degli ospedali che possono essere trasformati in aziende ospedaliere, la definizione degli indicatori di qualità ed efficienza del SSN, la designazione di alcuni componenti il collegio sindacale delle aziende sanitarie

COMPETENZE REGIONALI: (a) funzione legislativa in materia di tutela della salute seppur concorrente poiché deve tener presente dei principi fondamentali enucleati per ciascuna materia dalla legge dello Stato. Con propria legge inoltre (Dlgs 229/99) la Regione istituisce e disciplina la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale, assicurandone il raccordo o l'inserimento nell'organismo rappresentativo delle autonomie locali, ove istituito, nonché disciplina il rapporto tra programmazione regionale e programmazione attuativa locale, definendo in particolare le procedure di proposta adozione ed approvazione del PAL e le modalità della partecipazione ad esse degli enti locali interessati;

(b) le funzioni amministrative, infatti spettano alle Regioni: (1) determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute (2) la fissazione dei criteri di finanziamento delle aziende sanitarie (3) le attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto delle aziende sanitarie (4) il controllo di gestione e della valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie (5) l'elaborazione del PSR (6) i criteri e le modalità anche operative per il coordinamento delle strutture sanitarie operanti nelle aree metropolitane (7) l'articolazione del territorio in AUSL (8) i principi ed i criteri per l'adozione dell'atto aziendale costitutivo dell'azienda sanitaria (9) la definizione dei criteri per l'articolazione delle AUSL in distretti tenendo conto delle peculiarità della popolazione (10) il finanziamento delle AUSL sulla base di una quota capitaria corretta in relazione alle caratteristiche della popolazione residente (11) le modalità di vigilanza e di controllo da parte della Regione stessa sulle AUSL nonché di valutazione dei risultati delle stesse prevedendo in

quest'ultimo caso forme e modalità di partecipazione della conferenza dei sindaci (12) l'organizzazione ed il funzionamento delle attività per la verifica dell'attuazione del modello di accreditamento in raccordo e cooperazione con la commissione nazionale per l'accreditamento e la qualità dei servizi sanitari (13) fermo restando il divieto di indebitamento la possibilità per le AUSL di (a) anticipazione da parte del tesoriere nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare annuo del valore dei ricavi inclusi i trasferimenti iscritti nel bilancio preventivo annuale (b) contrazione di mutui ed accensione di altre forme di credito di durata non superiore ai 10 anni per il finanziamento delle spese di investimento e previa autorizzazione regionale fino ad un ammontare complessivo delle relative rate per capitale ed interessi non superiore al 15% delle entrate proprie correnti ad esclusione della quota di fondo sanitario nazionale di parte corrente attribuita alla regione (14) le modalità con cui le AUSL e le AzOsp assicurano le prestazioni ed i servizi contemplati dai livelli aggiuntivi di assistenza finanziati dai comuni (15) istituiscono l'elenco delle istituzioni e degli organismi a scopo non lucrativo che concorrono con le istituzioni pubbliche e quelle equiparate alla realizzazione dei doveri costituzionali di solidarietà dando attuazione al pluralismo etico-culturale dei servizi alla persona.

COMPETENZE PROVINCIALI: funzioni proprie della provincia interessano (a) i servizi sanitari, di igiene e profilassi pubblica (2) la programmazione che si articola nelle fasi della raccolta e coordinamento delle proposte avanzate dai comuni e dal concorso alla programmazione regionale in particolare del PSR

COMPETENZE COMUNALI: la titolarità delle funzioni amministrative è ora in capo ai comuni e in via subordinata qualora

lo impongano esigenze di unitarietà alle province, città metropolitane regioni e stato. è il sindaco infatti che provvede alla definizione nell'ambito della programmazione regionale delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività, esamina il bilancio pluriennale di previsione e il bilancio di esercizio e rimette alla regione le relative osservazioni. Inoltre verifica l'andamento generale dell'attività e contribuisce alla definizione dei piani programmatici trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al DG e alla regione.

Nelle AUSL il cui ambito territoriale non coincide col comune le funzioni (non delegabili) del Sindaco sono svolte dalla conferenza dei sindaci o dei presidenti di circoscrizione di riferimento territoriale tramite una rappresentanza costituita nel suo seno da non più di 5 componenti nominati dalla stessa conferenza.

Con la 229/99 il ruolo del comune viene ulteriormente rafforzato soprattutto sul piano programmatico: (a) il PSN è adottato con la conferenza unificata (b) il PSR è sottoposto alla Conferenza permanente per la programmazione sociosanitaria regionale (della quale fa parte il sindaco e il presidente della conferenza dei sindaci) ed è approvato previo esame delle osservazioni da essa formulate (c) i PAL sono predisposti con la partecipazione degli enti locali interessati (d) il programma delle attività territoriali è proposto dal Direttore del distretto previo parere del comitato dei sindaci di distretto. I comuni svolgono anche (1) un ruolo nell'ambito dell'attività di controllo esprimendo pareri sulla conferma o revoca del DG (2) nell'ambito della attività diretta alla realizzazione di strutture sanitario, rilasciano le autorizzazioni necessarie

CAPITOLO SECONDO
ISCRIZIONE AL SERVIZIO SANITARIO
NAZIONALE E COMPARTECIPAZIONE
ALLA SPESA

2.1 Iscrizione al SSN, e compartecipazione alla spesa

Per usufruire del SSN, bisogna innanzitutto iscriversi ad esso, richiedendo la Tessera Sanitaria (attesta l'iscrizione e permette di ottenere le prestazioni sanitarie).

Possono iscriversi al SSN le seguenti categorie di persone:

1. cittadini italiani
2. cittadini appartenenti alla Comunità Europea
3. cittadini extracomunitari

L'iscrizione al SSN consente di usufruire della:

- assistenza del medico di medicina generale (Mmg) o pediatra di libera scelta (Pls)
- assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale presso:
 - o strutture pubbliche
 - o IRCCS
 - o strutture universitarie
 - o strutture private accreditate
- assistenza consultoriale
- assistenza integrativa
- assistenza protesica
- assistenza domiciliare
- assistenza socio-sanitaria

L'iscrizione avviene presso la propria AUSL o dove il cittadino ha il domicilio sanitario (ossia dove è avvenuta la scelta del Mmg o Pls).

Per certificare la residenza il cittadino può presentare un documento attestante tale stato oppure può semplicemente autocertificarla. In caso si tratti di un minore, il genitore o chi

esercita la patria potestà può provvedere all'iscrizione presentando gli appositi documenti.

Per quanto riguarda i cittadini non residenti, ma solo domiciliati, l'assistenza sanitaria viene concessa se la permanenza nel comune del domicilio è per un periodo superiore ai tre mesi e la presenza deve essere giustificata da motivi di:

- salute (deve presentare certificazione medica di struttura pubblica);
- lavoro (il contratto deve avere una durata superiore ai tre mesi);
- studio.

L'iscrizione è estesa anche ai familiari conviventi.

Con l'iscrizione al cittadino viene assegnato un medico di medicina generale (medico di fiducia) che lo accompagnerà nei percorsi di assistenza e cura.

Si accede al Servizio Sanitario attraverso:

- ambulatori dei Mmg o Pls.

Il medico (Mmg o Pls) garantisce l'assistenza primaria (visite, prescrizioni di farmaci e di prestazioni specialistiche);

- il PS - la Guardia Medica – il Primo intervento.

Le prestazioni devono avere carattere d'urgenza;

- ricovero ospedaliero.

Avviene di solito dopo un trauma o urgenza o sulla base di indicazioni specialistiche;

- specialistica ambulatoriale.

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale possono essere erogate a fronte di richieste compilate correttamente sul ricettario del ssn (rilasciato dal MEF).

Una ricetta medica è un documento, compilato da un medico, che ha diverse valenze:

- rappresenta una richiesta di approfondimenti diagnostici;
- è un documento a valore autorizzativo, ovvero autorizza il farmacista a dispensare il medicinale prescritto dal medico;
- per il farmacista ha valenza fiscale, ovvero costituisce titolo valido per richiedere il rimborso al sistema sanitario nazionale;
- ha valenza legale, ovvero, in caso di errori da parte del medico, può costituire elemento probatorio in sede processuale.

I compilatori di tale documento sono denominati “prescrittori” e possono essere:

- Mmg o Pls
- medici di continuità assistenziale (Guardia Medica)
- medici specialisti ospedalieri e convenzionati, dipendenti del SSN.

Non possono rilasciare ricetta SSN il personale non medico e i medici che lavorano presso strutture private anche se accreditate.

La ricetta SSN contiene i dati necessari per determinare la partecipazione alla spesa sanitaria da parte del cittadino. Gli elementi che la compongono sono i seguenti:

- nome, cognome e codice fiscale¹⁴ del soggetto fruitore della prestazione specialistica
- indicazione della prestazioni richiesta. La prestazione deve essere codificata secondo le specifiche predeterminate (per la Regione ER sono quelle del Catalogo SOLE vedi sub 7.1.2)
- quesito diagnostico (la motivazione della richiesta di prestazione)
- data prescrizione
- firma e timbro del prescrittore
- classe di priorità

- o U _ urgente da erogarsi entro 24 ore
- o B _ urgente differibile, da erogarsi entro 7 gg
- o D _ ordinario, da erogarsi entro 30/60 gg¹⁵
- o P _ controllo programmabile
- Eventuale esenzione o biffatura sul campo “N” _ non esente

14 Il Codice Fiscale è normalmente rilasciato dall’Agenzia delle Entrate. Può essere rilasciato anche da altri soggetti quali, ad esempio, lo Sportello Unico per l’Immigrazione.

15 Si tratta di 30 gg per le visite, mentre sono 60 gg per le prestazioni strumentali.

E’ importante ricordare che esistono alcune prestazioni per le quali la normativa non richiede la ricetta SSN (si parla in questo caso di prestazioni di “libero accesso”) e sono:

1. Visita Odontoiatrica
2. Visita Ostetrica ginecologica
3. Visita Pediatrica
4. Visita Psichiatrica
5. Accesso oculistico limitatamente alle misurazione del visus con prescrizioni lenti.

Il ticket è stato introdotto nel 1989 come strumento per il contenimento della spesa sanitaria, rappresenta una forma di compartecipazione dei cittadini al costo di alcune prestazioni sanitarie e ha come finalità quella di promuovere la consapevolezza dell’onere economico connesso all’erogazione delle stesse. Le sue caratteristiche sono state definite in maniera organica dalla Legge n. 537 del 1993, ma dopo qualche anno furono approvate alcune leggi⁷ che comportarono alcune eccezioni a tale pagamento.

In linea generale, sono tenuti a pagare il ticket sanitario tutti i cittadini, il costo varia a seconda della regione italiana dove ci si trova e a seconda della prestazione alla quale il cittadino deve sottoporsi.

Il ticket viene pagato per:

1. prestazioni di pronto soccorso
2. farmaci
3. cure termali
4. visite e prestazioni di specialistica ambulatoriale

I cittadini possono essere esclusi dalla compartecipazione nei casi di esenzione per:

- patologia (malattie croniche, invalidità, maternità, ecc.)
- invalidità
- età/reddito
- altre condizioni soggettive

2.2 CITTADINI COMUNITARI

Mentre per i cittadini residenti (o domiciliati) l'iscrizione avviene in maniera semiautomatica (in pratica su semplice richiesta)

Una prima precisazione deve essere fatta sulla terminologia che utilizza la legislazione italiana:

- “stranieri” per indicare le persone che hanno la cittadinanza in un paese non appartenente all'UE20.
- “cittadini comunitari” per indicare i cittadini non italiani appartenenti all'UE.

Gli stranieri possono essere:

- regolarmente presenti in quanto in possesso di permesso di soggiorno

(PdS) o

- essere presenti ma non avere un PdS

o (irregolari _ in precedenza avevano un PdS che non hanno potuto rinnovare;

o clandestini _ non hanno e non hanno mai avuto un PdS).

I cittadini comunitari non sono tenuti a richiedere alcun titolo di soggiorno presso le Questure. Il cittadino comunitario in possesso dei requisiti che determinano il diritto di soggiorno per periodi superiori a tre mesi, è tenuto a provvedere l'iscrizione all'anagrafe della popolazione residente o domiciliata.

“I cittadini dell’Unione Europea hanno il diritto di soggiornare nel territorio italiano per un periodo non superiore a tre mesi senza alcuna condizione o formalità, salvo il possesso di un documento d’identità valido per l’espatrio secondo la legislazione dello Stato in cui hanno la cittadinanza.”⁵

Il cittadino comunitario potrà utilizzare:

- la TEAM rilasciata dal suo paese, per ricevere tutte le cure considerate necessarie in relazione alla durata del suo soggiorno e allo stato di salute.

⁵ Art.6 del d.lgs. n. 30 del 6 febbraio 2007

La TEAM è stata introdotta progressivamente dal 1° giugno 2004⁶, sostituendo modelli comunitari⁷ rilasciati per fruire di prestazioni sanitarie in caso di temporaneo soggiorno in uno Stato membro diverso da quello di residenza. Può essere usata in tutti i Paesi dell'UE ed è distribuita a tutti cittadini muniti di codice fiscale e titolari del diritto all'assistenza sanitaria.

La Tessera consente di accedere direttamente alle prestazioni del SSN, per ottenere farmaci, esami clinici e cure sanitarie, alle stesse condizioni degli assistiti di quello Stato.

Quando ci si reca nei Paesi dell'Unione Europea e negli Stati convenzionati, (per esempio la Svizzera), è sufficiente esibire la tessera per ricevere gratuitamente le cure mediche urgenti negli ospedali e nelle cliniche sul territorio e le cure medicalmente necessarie. Le spese saranno poi addebitate al SSN, con le modalità specifiche previste dalla Regione di residenza dell'assistito. Le prestazioni effettuate dai Mmg e Pls vengono retribuite con il sistema delle visite occasionali dalla AUSL e non dagli interessati sui quali non grava alcun onere.

La tessera è plastificata e ha le dimensioni e la consistenza di una carta di credito o bancomat. Sullo sfondo azzurro sono impressi il codice fiscale, la data di scadenza e i dati anagrafici: nome, cognome data, luogo di nascita, un'area libera dove potrebbero essere segnati dei dati sanitari regionali. Completano il fronte tre

⁶ DM 11 marzo 2004. Il nuovo strumento, messo a punto dal Ministero dell'economia e delle finanze per monitorare la spesa pubblica sanitaria serve ad impedire eventuali sprechi e frodi che danneggiano gli interessi della collettività. L'obiettivo del progetto TS infatti, è quello di migliorare il Sistema Sanitario Nazionale attraverso il controllo della spesa e delle prestazioni, per ottimizzare la fruizione e l'erogazione dei servizi sanitari ai cittadini.

⁷ La TEAM ha sostituito i modelli comunitari: E111 (temporaneo soggiorno per turismo); E128 (temporaneo soggiorno per studio e per lavoratori distaccati); E110 (trasporto stradale internazionale); E119 (temporaneo soggiorno finalizzato alla ricerca di un posto di lavoro).

caratteri braille per i non vedenti. La TEAM non sostituisce il tesserino cartaceo rilasciato dalla propria AUSL nel quale è riportato il nominativo del Mmg/Pls scelto.

Se il cittadino comunitario non possiede la TEAM, l'AUSL può richiederla d'ufficio allo Stato estero. In mancanza, il cittadino comunitario è tenuto al pagamento, per intero, delle tariffe relative a tutte le prestazioni ricevute (ricoveri compresi); potrà poi richiedere il rimborso alla propria Istituzione una volta rientrato nel Paese di origine.

Il cittadino comunitario è iscritto al SSR, a parità di trattamento con i cittadini italiani residenti in Italia nel caso di soggiorni superiori a tre mesi, in specifici casi (iscrizione obbligatoria):

- lavoratori subordinati o autonomi e loro familiari;
- è un familiare di cittadino italiano;
- soggiornanti in possesso di attestazione di soggiorno permanente, maturato dopo 5 anni di residenza in Italia;
- disoccupati in stato di disoccupazione involontaria ed iscritti al Centro per l'Impiego;
- minori affidati a istituti o a famiglie;
- titolari di specifici formulari: E106, E109, E120, E121.

L'iscrizione può essere a tempo determinato (es.: durata del contratto di lavoro) oppure a tempo indeterminato (es.: contratto di lavoro indeterminato).

- L'ENI Gli ENI sono gli Europei Non Iscritti, senza TEAM, senza i necessari requisiti di soggiorno e riguarda i cittadini rumeni e bulgari domiciliati in ambito territoriale, afferenti ai due Paesi entrati nell'UE solo il 1° gennaio 2007. A tali cittadini viene rilasciato un attestato di iscrizione che ha durata semestrale, rinnovabile, sul

quale è stampato codice di 16 cifre (simile al codice STP per i non comunitari), con il prefisso “ENI”.

Il comunitario, in possesso di un Attestato ENI ha diritto:

- alle prestazioni indifferibili ed urgenti. Qui all'interno troviamo anche la tutela della salute dei minori, la tutela della maternità e all'interruzione volontaria di gravidanza, a parità di condizione con le donne assistite iscritte al SSN;
- le campagne di vaccinazione, gli interventi di profilassi internazionale e la profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive, anche per motivi di sanità pubblica nazionale;
- le prestazioni riguardanti i programmi di screening oncologici.

2.3 STRANIERI NON COMUNITARI

Per i non comunitari possono verificarsi casi di:

Iscrizione obbligatoria

I motivi del soggiorno che determinano l'iscrizione obbligatoria sono diversi ed

elencati all'art. 34, comma 1, d.lgs.286/1998 e successive modifiche ed

integrazioni. Se ne riportano solo alcuni a titolo esemplificativo:

- lavoro subordinato (anche stagionale) o autonomo;
- motivi familiari;
- asilo politico/rifugiato/umanitari;
- motivi di salute/umanitari

La donna in possesso di PdS per cure, in stato di gravidanza e sino ai sei mesi successivi alla nascita del figlio cui provvede, ha diritto (come il padre), all'iscrizione obbligatoria al SSR per sé e per il bambino.

Iscrizione volontaria

I cittadini non comunitari in possesso di un PdS di durata superiore a tre mesi e che non rientrano tra coloro che sono di diritto iscritti al SSR, sono tenuti ad assicurarsi mediante stipula di una polizza assicurativa o possono richiedere l'iscrizione volontaria al SSR previa corresponsione di uno specifico contributo⁸:

I motivi del soggiorno che consentono l'iscrizione volontaria sono:

- motivi di studio
- collocati alla pari
- personale religioso
- dipendenti presso le Rappresentanze diplomatiche ed Uffici Consolari

L'iscrizione obbligatoria fa riferimento all'anno solare (1 gennaio – 31 dicembre),

- non iscrivibili

Si tratta fondamentalmente di due categorie:

- soggiornanti per periodi inferiori a tre mesi (visto per turismo, visita, affari, ecc.)

A tali cittadini vengono assicurate tutte le prestazioni urgenti (in regime ambulatoriale, di ricovero o di day hospital) e il pagamento avviene al momento delle dimissioni o, nel caso di tratti di altre prestazioni sanitarie, pagante anticipatamente;

- soggiornanti con PdS per “cure mediche”

⁸ Il contributo annuale forfetario, a titolo di partecipazione alla spesa, è pari a:

- 149,77 euro per gli studenti privi di redditi diversi da borse di studio o sussidi erogati da enti pubblici italiani;
- 228,28 euro per i collocati alla pari. Tale contributo, peraltro, non è valido qualora i suddetti soggetti abbiano familiari a carico: in questo caso il titolare, invece del contributo forfetario, deve versare il contributo minimale di 387,34, per poter garantire la copertura anche ai familiari a carico.

o ingresso per cure in Italia dietro pagamento dei relativi oneri a totale carico dell'utente;

o trasferimento per cure in Italia nell'ambito di interventi umanitari autorizzati dal Ministero della Salute (di concerto con il Ministero degli Affari Esteri) con onere a carico del Ministero;

o trasferimento in Italia nell'ambito di programmi di intervento umanitario delle Regioni.

Stranieri Temporaneamente Presenti (STP)

Gli STP sono coloro che, non essendo in regola con il permesso di soggiorno, non sono iscrivibili al SSN. L'art. 35, comma 3 del T.U. prevede: "Agli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno sono assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti⁹ o comunque essenziali¹⁰, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva".

In particolare:

- tutela della gravidanza e della maternità;
- tutela del minore;
- vaccinazioni;
- profilassi internazionale;
- profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive;
- cura, prevenzione e riabilitazione in materia di tossicodipendenza.

⁹ Cure Urgenti: cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona.

¹⁰ Cure Essenziali: prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanza, cronicizzazioni o aggravamenti)

Le modalità di erogazione per quanto riguarda l'assistenza sanitaria di base è delegata alle singoli Regioni e viene erogata attraverso il rilascio di un tesserino con un codice regionale individuale, composto da un prefisso (STP) e successivi 13 caratteri. Il tesserino ha validità su tutto il territorio nazionale con durata di sei mesi. Le informazioni richieste per il rilascio del tesserino sono semplicemente cognome, nome, data di nascita, sesso e nazionalità e, qualora non fosse possibile esibire nessun documento di identità, è sufficiente la registrazione delle generalità fornite dal cittadino. L'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non deve comportare alcun tipo di segnalazione alle autorità di pubblica sicurezza, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto a parità di condizioni con il cittadino italiano¹¹

¹¹ Art. 35, comma 5 del T.U. e Circolare Ministro dell'Interno n. 12 del 27 novembre 2009

CAPITOLO TERZO

IL PIANO SANITARIO NAZIONALE E IL PIANO SANITARIO REGIONALE

3.1 Il Piano Sanitario Nazionale

Il PSN è il principale strumento di programmazione sanitaria attraverso cui in un dato arco temporale vengono definiti gli obiettivi da raggiungere attraverso l'individuazione di attività e di strategia strumentali alla realizzazione delle prestazioni istituzionali del SSN.

Il PSN ha durata triennale ed è predisposto dal governo su proposta del ministro della salute sentite le commissioni parlamentari competenti per materia che si esprimono entro 30 gg dalla trasmissione dell'atto nonché le confederazioni sindacali maggiormente rappresentative le quali comunicano il loro parere entro 20 gg. Nell'ipotesi in cui il Governo si voglia discostare dal parere espresso dalle Commissioni deve darne adeguata motivazione; deve inoltre tenere conto delle proposte di piano formulate dalle Regioni entro il 31 luglio dell'ultimo anno di valenza con riferimento alle esigenze territoriali. Quando è terminato il predetto iter il PSN viene adottato d'intesa con la conferenza unificata entro il 30 novembre dell'ultimo anno di vigenza. Nel corso del triennio il PSN può essere modificato con lo stesso procedimento.

Lo **scopo principale del PSN** è quello di determinare e programmare le priorità in materia di salute traducendole in precisi obiettivi tra cui: (a) le **aree prioritarie di intervento** anche ai fini delle disuguaglianze sociali e territoriali per quel che riguarda la salute (b) la definizione dei **LEA** (sono Essenziali quei livelli che essendo necessari devono rispondere ai bisogni primari della salute) che devono essere dati in condizioni di uniformità su tutto il territorio, all'intera collettività e a parità di condizioni (c) la **quota**

capitaria di finanziamento per ciascun anno di validità del piano e la sua disaggregazione per livelli di assistenza (d) gli indirizzi finalizzati ad orientare il SSN verso il miglioramento della qualità dell'assistenza anche con realizzazione di progetti sovregionali (e) i progetti obiettivo adottati dal ministro (con decreto di natura non regolamentare) di concerto con gli altri ministri competenti per materia, d'intesa con la conferenza unificata da realizzare anche mediante l'integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali (f) le finalità generali ed i settori principali della ricerca biomedica e sanitaria prevedendo altresì il relativo programma di ricerca (g) le esigenze relative alla formazione di base e gli indirizzi relativi alla formazione continua del personale nonché al fabbisogno ed alla valorizzazione delle risorse umane (h) le linee guida ed i relativi percorsi diagnostico-terapeutici allo scopo di favorire all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica ed assistenziale e di assicurare l'applicazione dei lea (i) i criteri e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza assicurati in rapporto a quelli previsti

3.2 Il Piano Sanitario Regionale

Le finalità che ciascuna regione deve raggiungere in materia sanitaria sono incluse nei PSR, attraverso i quali vengono individuati gli aspetti strategici degli interventi da porre in essere per la tutela della salute nonché per il migliore funzionamento dei servizi.

Il PSR deve essere predisposto tenendo conto degli obiettivi individuati dal PSN; proprio al fine di assicurarne il coordinamento

le regioni inviano i progetti di piano al ministro della salute onde acquisirne il parere.

Le regioni entro 150 gg dall'entrata in vigore del PSN devono adottare il proprio PSR la cui predisposizione è di competenza della giunta regionale. Un importante ruolo partecipativo è svolto dalle autonomie locali, dalle formazioni sociali private senza scopo di lucro, impegnate nella assistenza sociale e sanitaria, dalle organizzazioni sindacali degli operatori sanitari pubblici e privati ed infine dalle strutture accreditate dal SSN. Tale collaborazione è garantita anche dalla sottoposizione del progetto del PSR alla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale. Nell'ipotesi in cui il piano sanitario non venga adottato dalla Regione, si applicano le disposizioni contenute nel PSN (applicazione assicurata da intervento sostitutivo del governo). 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 PSR il cui contenuto deve uniformarsi alle indicazioni del PSN ha la finalità di definire gli obiettivi da realizzare in un arco di tempo triennale (coincidente con il triennio del PSN)

3.3 I Livelli Essenziali di assistenza

Il SSN provvede ad erogare a tutti i cittadini le prestazioni sanitarie comprese nei lea, sono in pratica le garanzie che il SSN si impegna ad assicurare nei confronti dei cittadini al fine di realizzare la coerenza fra l'obiettivo generale di tutela della salute ed il finanziamento a disposizione del SSN. I lea sono erogati: (A) senza oneri a carico dell'utente al momento della fruizione del servizio (es: le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, i trattamenti erogati nel corso di un ricovero, l'assistenza specialistica ai fini dell'avviamento al lavoro ecc); (B) dietro pagamento di una quota limitata per le prestazioni soggette a compartecipazione alla spesa (ticket).

I LEA pertanto sono la traduzione del nucleo minimo ed essenziale della tutela della salute e fanno parte di quella competenza esclusiva statale, ma erogati e gestiti dalla Regione¹².

Nascono dopo accordo preso durante la Conferenza Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, in seguito al quale viene emanato un DPCM 29 novembre 2001, (sulla base dell'Intesa Stato-Regioni avvenuta il 5 ottobre 2006 cd Patto sulla Salute e alla L.296 del 27/11/2006, vi è stata una ridefinizione dei LEA con un

¹² La riforma del titolo V, parte II della Costituzione, avvenuta con la legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001, ribalta il criterio contenuto nel vecchio articolo 117 del testo originario della Carta fondamentale, in base al quale allo Stato era rimessa una competenza legislativa generale ed alle Regioni ad autonomia ordinaria spettava unicamente legiferare in un ristretto elenco di materie e pur sempre nel rispetto di una serie di pregnanti limiti contenuti esplicitamente nella Costituzione.

Con la riforma del 2001, lo Stato diventa invece titolare della potestà legislativa (**esclusiva**) in talune specifiche materie in base al novellato art. 117, comma 2, laddove la potestà legislativa residuale viene riconosciuta ora alle Regioni e distinta in due diverse categorie di normazione che ad esse vengono espressamente imputate.

La prima, di tipo **concorrente** (comma 3), da esercitarsi in una serie di settori di marcato rilievo politico istituzionale nel rispetto dei principi fondamentali che vengono determinati con legge dello Stato; come ad esempio la "*tutela della salute*" (lo Stato emana la c.d. "legge quadro", all'interno della quale la Regione dovrà legiferare).

La seconda di tipo **residuale** (comma 4) che si caratterizza per essere individuata in via "residuale" rispetto a ciò che non viene ricompreso nella legislazione esclusiva statale o concorrente statale-regionale.

DPCM del 23/04/2008, che ha aggiornato le prestazioni, arrivando ad oltre 5700 tipologie di prestazioni e servizi per la prevenzione, la cura e la riabilitazione).

Questo provvedimento ministeriale va inquadrato come applicazione della lettera *m) dell'art. 117, comma 2 della Costituzione*, in base al quale spetta allo Stato determinare i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale.

Il non aver specificato puntualmente le prestazioni, ha reso possibile che le Regioni integrino con ulteriori prestazioni, innalzando ed allargando le griglie ministeriali (es: l'Emilia Romagna ha reintrodotto tra i LEA interventi assistenziali parte delle cure dentarie, la densitometria ossea solo per particolari classi di patologie), in questo caso sono però loro stesse obbligate a reperire le risorse.

Il DPCM contiene:

1. l'elencazione “in negativo” delle prestazioni da considerarsi:

o chirurgia estetica non conseguente ad incidenti, malattie o malformazioni congenite;

o circoncisione rituale maschile;

o medicine non convenzionali (agopuntura – fatta eccezione per le indicazioni anestesilogiche – fitoterapia, omeopatia, medicina ayurvedica ecc.)

o vaccinazioni non obbligatorie in occasione di soggiorni all'estero;

o certificazioni mediche (escluse quelle richieste dalla scuola per sport non agonistico) non rispondenti a fini di tutela della salute

collettiva anche quando richieste dalla legge (es. per porto d'armi o patente);

o prestazioni di medicina fisica riabilitativa ambulatoriale (es. massoterapia, pressoterapia, ionoforesi)

indicazioni cliniche, come ad esempio:

o assistenza odontoiatrica: legata a programmi di tutela della salute nell'età evolutiva ed assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità;

o densitometria ossea limitatamente alle condizioni per le quali vi sono evidenze di efficacia clinica;

o medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale: l'erogazione delle prestazioni ricomprese nella branca è condizionata dalla sussistenza di alcuni presupposti o a specifiche modalità di erogazione;

o chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri erogabile limitatamente a casi particolari di pazienti con anisometropia grave o che non possono portare lenti a contatto o occhiali.

2. l'elencazione generale delle tipologie di prestazioni obbligatorie del SSN, elencate in tre macro-livelli (DPCm 23/04/08):

- prevenzione collettiva e sanità pubblica
- l'assistenza distrettuale
- l'assistenza ospedaliera

A) prevenzione collettiva e sanità pubblica

Tutelare non significa solamente garantire l'assistenza sanitaria dopo l'insorgere di patologie o di infortuni, ma anche educare la collettività a stili e comportamenti di vita corretti, prevenire le malattie. La tutela dell'ambiente va intesa quale controllo dei fattori fisici chimici e biologici dell'ambiente di vita e di lavoro (tutela degli effetti dell'inquinamento, dei rischi infortunistici, sanità veterinaria, tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale). Le funzioni spettano ai Dipartimenti di Prevenzione¹³, disciplinati dalla Regione, che lavorano in stretto rapporto con l'Autorità sanitaria locale (Sindaco del Comune), con le Agenzie regionali per la protezione dell'ambiente, con gli Ispettorati del lavoro e gli Istituti zoo profilattici sperimentali nella sanità veterinaria.

All'interno di questa macro-area troviamo un suddivisione in tre categorie di funzioni:

- prevenzione collettiva (compiti di igiene e sanità pubblica, degli alimenti e della nutrizione, funzioni di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro, sanità pubblica veterinaria);
- prevenzione rivolta alle persone (vaccinazioni obbligatorie e raccomandate anche a favore di bambini extra comunitari non residenti, programmi di screening);
- attività di medicina legale (certificazioni sanitarie).

Nel livello prevenzione collettiva e sanità pubblica rientrano nello specifico le seguenti prestazioni (rientranti nelle 3 categorie di funzioni di cui sopra:

- a) sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;

¹³ Il Dipartimento di Prevenzione è stato costituito ai sensi dell'art. 7 del d.lgs. 502/92 presso ciascuna AUSL e sono disciplinati dalla Regione

- b) tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- c) sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- d) salute animale e igiene urbana veterinaria;
- e) sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;
- f) sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening;
- g) Sorveglianza e prevenzione nutrizionale
- h) Valutazione medico legale degli stati di disabilita' e per finalità pubbliche

B) assistenza distrettuale

Sono compresi in questa area alcuni dei più delicati interventi del servizio pubblico, quali la pediatria e la medicina di base, la farmaceutica, la specialistica ambulatoriale. L'assistenza distrettuale è organizzata per ambiti territoriali e si articola in funzioni di produzione diretta ed in funzioni di committenza verso l'esterno. In quest'area rientrano:

- a) assistenza sanitaria di base, il Servizio sanitario nazionale garantisce, attraverso i propri servizi ed attraverso i medici ed i pediatri convenzionati, la gestione ambulatoriale e domiciliare delle patologie acute e croniche secondo la migliore pratica ed in accordo con il malato, inclusi gli interventi e le azioni di promozione e di tutela globale della salute;
- b) attività di emergenza sanitaria territoriale Il Servizio sanitario nazionale garantisce la continuità assistenziale per assicurare la realizzazione delle prestazioni assistenziali territoriali non differibili anche nelle ore serali e notturne e nei giorni prefestivi e festivi.

Nell'ambito della continuità assistenziale, in relazione al quadro clinico prospettato dall'utente o dalla centrale operativa, il servizio assicura tutti gli interventi appropriati. **Assistenza ai turisti** Il Servizio sanitario nazionale garantisce nelle località a forte afflusso turistico individuate sulla base di apposite determinazioni regionali, l'assistenza sanitaria rivolta alle persone non residenti nella regione stessa, dietro pagamento della tariffa fissata dalla normativa regionale.

Emergenza sanitaria territoriale Il Servizio sanitario nazionale garantisce l'attività di emergenza sanitaria territoriale nell'arco delle 24 ore per interventi di primo soccorso, per attività di coordinamento operativo e risposta sanitaria nella Centrale Operativa 118, per interventi di soccorso in caso di maxi-emergenze o disastro e, ad integrazione, nelle attività dei D.E.A./Pronto soccorso e aree afferenti. Nell'ambito dell'attività di emergenza sanitaria territoriale sono assicurati in particolare: 1) interventi di assistenza e di soccorso avanzato esterno al presidio ospedaliero, con mezzo attrezzato secondo la vigente normativa; 2) attività assistenziali e organizzative in occasioni di maxi-emergenze e NBCR; 3) trasferimento assistiti a bordo di autoambulanze attrezzate; 4) attività presso centrali operative anche nell'ambito dei dipartimenti di emergenza e urgenza.

c) assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali Il Servizio sanitario nazionale garantisce attraverso le farmacie convenzionate la fornitura dei medicinali e dei preparati galenici appartenenti alla classe a) di cui all'articolo 8, comma 10, della legge 23 dicembre 1993, n. 537. Il Servizio sanitario nazionale garantisce altresì la fornitura dei medicinali aventi uguale composizione in principi attivi, nonché forma farmaceutica, via di

somministrazione, modalità di rilascio e dosaggio unitario uguali, identificati dall’Agenzia Italiana del Farmaco, fino alla concorrenza del prezzo più basso del corrispondente prodotto disponibile nel normale ciclo distributivo regionale. Il Servizio sanitario nazionale garantisce attraverso i propri servizi territoriali e ospedalieri i medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale nonché i farmaci per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, sulla base di direttive regionali. Il Servizio sanitario nazionale garantisce altresì, qualora non esista valida alternativa terapeutica, i medicinali innovativi la cui commercializzazione è autorizzata in altri Stati ma non sul territorio nazionale, i medicinali non ancora autorizzati ma sottoposti a sperimentazione clinica e i medicinali da impiegare per un’indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata, inseriti in un elenco predisposto e periodicamente aggiornato dall’Agenzia Italiana del Farmaco, conformemente alle procedure ed ai criteri adottati dalla stessa.

Il servizio di dispensazione dei medicinali, erogato per conto delle Regioni attraverso le farmacie, pubbliche e private, convenzionate con il SSN. Per quanto riguarda la distribuzione dei farmaci, l’ordinamento non consente che i farmaci vengano distribuiti senza alcun filtro, ma pone una distinzione tra quelli di automedicazione e quelli cosiddetti “eticici”.

prescrizione medica, in quanto non solo risultano destinati alla cura di patologie minori, ma anche perché non presentano rilevanti rischi per la salute.

essenziale e risultano registrati presso il Ministero della Salute, devono essere venduti esclusivamente dietro esibizione di prescrizione medica.

Per quanto riguarda il prezzo dei farmaci, occorre distinguere tra:

cittadino

d) assistenza integrativa Nell'ambito dell'assistenza integrativa il Servizio sanitario nazionale garantisce le prestazioni che comportano l'erogazione dei dispositivi medici monouso, dei presidi per diabetici e dei prodotti destinati ad un'alimentazione particolare (erogazione prodotti dietetici ed altri presidi sanitari);

e) assistenza specialistica ambulatoriale Nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale il Servizio sanitario nazionale garantisce le prestazioni elencate nel nomenclatore. Il nomenclatore riporta, per ciascuna prestazione, il codice identificativo, la definizione, eventuali condizioni di erogabilità in relazione ai requisiti necessari a garantire la sicurezza del paziente, eventuali indicazioni cliniche volte a migliorare l'appropriatezza della prescrizione. Al solo fine di consentire l'applicazione delle disposizioni legislative relative ai limiti di prescrivibilità delle prestazioni per ricetta e di partecipazione al costo da parte dei cittadini, il nomenclatore riporta altresì le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale raggruppate per branche specialistiche.

Nell'erogazione delle prestazioni specialistica ambulatoriale, rientra anche la diagnostica strumentale e le analisi di laboratorio;

f) assistenza protesica Il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone di cui all'articolo 18 le prestazioni assistenziali che

comportano l'erogazione di protesi, ortesi ed ausili tecnologici nello ambito di un progetto riabilitativo individuale volto alla prevenzione, alla correzione o alla compensazione di menomazioni o disabilità funzionali conseguenti a patologie o lesioni, al potenziamento delle abilità residue nonché alla promozione dell'autonomia dell'assistito. Il nomenclatore di cui all'allegato 5 contiene gli elenchi delle prestazioni e dei dispositivi, inclusi i dispositivi provvisori, temporanei e di riserva di cui all'articolo 18, commi 2 e 3, erogabili dal Servizio sanitario nazionale nei limiti e secondo le indicazioni cliniche e d'uso riportate nel medesimo nomenclatore

g) assistenza termale Il Servizio sanitario nazionale garantisce l'erogazione delle prestazioni di assistenza termale previste dalla normativa vigente ai soggetti affetti dalle patologie che possono trovare reale beneficio da tali prestazioni, identificate con decreto del Ministro della salute, nonché agli assicurati dell'INPS e dell'INAIL

L'erogazione è garantita nel limite di un ciclo annuo di prestazioni, fatta eccezione per gli invalidi di guerra e di servizio, dei ciechi, dei sordomuti e degli invalidi civili che possono usufruire di un secondo ciclo annuo per il trattamento della patologia invalidante

h) assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale Percorsi assistenziali integrati I percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali.

Nell'ambito delle cure domiciliari il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi

assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita.

Le cure domiciliari prestazionali sono attivate dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta o da altri servizi distrettuali; b) cure domiciliari integrate (ADI) di I[^] e II[^] livello: costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati articolati sino a 5 giorni (I[^] livello) o su 6 giorni (II[^] livello) in relazione alla criticità e complessità del caso. Le cure domiciliari di primo e secondo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la “presa in carico” della persona e la definizione di un “Progetto di assistenza individuale” (PAI), e sono attivate con le modalità definite dalle regioni anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assume la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia; cure domiciliari integrate a elevata intensità (III[^] livello): costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati articolati sui 7 giorni anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver.

i) assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale

Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario. Il Servizio sanitario nazionale garantisce trattamenti residenziali intensivi di cura, recupero e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario ed assistenziale alle persone con patologie non acute, incluse le condizioni di responsività minimale e le gravi patologie neurologiche, caratterizzate da complessità, instabilità clinica e/o gravissima disabilità, che richiedono supporto alle funzioni vitali e continuità assistenziale con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24h. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, psicologico, riabilitativo, infermieristico e tutelare, assistenza farmaceutica ed accertamenti diagnostici.

C) assistenza ospedaliera

Con l'assistenza ospedaliera è garantito l'accesso ai ricoveri ospedalieri necessari a trattare condizioni patologiche indifferibili che necessitano di interventi diagnostico-terapeutici di emergenza e/o domiciliare, nonché condizioni patologiche di lunga durata che richiedono un trattamento non erogabile in forma extraospedaliera. Stante la sua importanza, tale attività non è mai assoggettata alla compartecipazione alla spesa del cittadino.

Le prestazioni ospedaliere si concretizzano sostanzialmente in prestazioni assistenziali che vengono erogate in: 1) pronto soccorso; 2) degenza ordinaria; 3) day surgery; 4) day hospital; 5) riabilitazione e lungodegenza; 6) attività trasfusionali 7) attività di trapianto di organi e tessuti

3.4 Gli organismi nazionali e regionali in materia sanitaria

A) L'Agencia nazionale per i servizi sanitari regionali: è 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. La sua funzione si articola nelle seguenti attività: 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.

Il direttore dell'Agencia per i servizi regionali è nominato su proposta del Ministro della salute di intesa con la CPSRPA

B) IL DLGS 229/99 ha confermato tutti i poteri della regione prevedendo tuttavia che il loro esercizio nella funzione programmatica si realizzi in rapporto più immediato con i comuni. A tal fine ha previsto la costituzione con legge regionale di una **CONFERENZA PERMANENTE PER LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA E SOCIO-SANITARIA REGIONALE** per creare in tal modo un equivalente tra regioni e comuni di quello già operante tra stato e regioni. Fanno parte della conferenza per ciascuna AUSL alcuni rappresentanti delle autonomie locali : il sindaco (o il presidente della conferenza dei sindaci o il presidente di circoscrizione a seconda delle dimensioni dell'azienda stessa) e i rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali. La conferenza esamina il progetto di PSR,

verifica i Piani Attuativi Metropolitani e delle aziende ospedaliere ed esprime eventuali osservazioni in merito.

C) LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME: è stata istituita con la L. 400/1998 e svolge compiti di informazione, consultazione, raccordo in relazione agli indirizzi di politica generale che incidono nelle singole attribuzioni di competenza regionale. In particolare la conferenza esprime parere obbligatorio ma non vincolante in merito a: (a) programmi di prevenzione anche primaria; (b) determinazione dei livelli delle prestazioni sanitarie; (c) ripartizione degli stanziamenti; (d) programmazione del fabbisogno del personale sanitario (e) attuazione degli obiettivi del SSN.

- La 229/99 modificando la 502/92 conferisce alla conferenza ulteriori poteri tra cui (1) autorizzazione di programmi di sperimentazione aventi ad oggetto nuovi modelli gestionali (2) organizzazione d'intesa con le regioni dei corsi di formazione manageriali per i DG (3) 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. Ulteriori attribuzioni sono state introdotte sia con DLGS 281/97: (4) delibera gli indirizzi per l'uniforme applicazione dei percorsi diagnostici e terapeutici in ambito locale e le relative sanzioni in caso di disapplicazione (5) esprime intesa sulla proposta del Ministro della salute di nomina del direttore dell'Agenzia per i servizi regionali; che con il DLGS 112/98: (6) adozione da parte dello Stato dei piani di settore aventi rilievo ed applicazione nazionale nonchè il riparto delle relative risorse

alle regioni (7) la definizione delle attività di alta specialità e dei requisiti necessari al loro esercizio, nonché il riconoscimento degli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione e la relativa vigilanza (8) 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 (9) il conferimento degli incarichi dirigenziali.

D) LA CONFERENZA UNIFICATA: sostituisce a seguito del DLGS 112/98 la CPSRPA nell'adozione, d'intesa col Governo, del PSN.

3.5 Il Piano Attuativo Locale e le competenze delle AUSL in materia di LEA

Il dlgs 229/99 stabilisce che spetta alla legislazione regionale disciplinare il rapporto tra programmazione regionale e programmazione attuativa locale, definendo l'iter procedurale di adozione del PAL, nonché le modalità di partecipazione ad essa degli enti locali interessati. Il **Programma delle attività territoriali** è un documento col quale viene organizzata la localizzazione ed il funzionamento dei servizi per garantire l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria avendo definito gli obiettivi di salute e le risorse per perseguirli.

In caso di mancata attuazione del PAL, il sindaco o la conferenza dei sindaci possono chiedere alla regione la revoca o la non conferma del DG.

Un ruolo fondamentale è svolto quindi dal DG della AUSL e dal Sindaco; quest'ultimo per garantire il soddisfacimento delle esigenze sanitarie della popolazione nell'ambito della programmazione regionale provvede alla definizione delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività; ne verifica l'andamento generale e contribuisce alla definizione dei piani programmatici trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al DG ed alla Regione.

Sempre alle Regioni è affidato il compito di costituire appositi organi che elaborino per le aree metropolitane il Piano attuativo metropolitano. Nell'ipotesi in cui la Regione non provveda e non istituisca la CPPSSR il Ministro della salute sentita la Regione interessata e l'agenzia per i servizi sanitari regionali fissa un termine per provvedere, decorso il quale il Ministro propone al Consiglio dei Ministri di attuare un intervento sostitutivo anche con un commissario ad acta. L'intervento del governo non impedisce però alle regioni di esercitare le funzioni loro attribuite fino a quando gli organi regionali non abbiano provveduto in materia per quel che riguarda l'attività di programmazione svolta a livello locale.

Nella nostra regione invece dei PAL viene adottato il PIANO PROGRAMMATICO (O STRATEGICO).

La declinazione annuale del piano strategico è il piano delle azioni (ambito AUSL) dal quale "nasce".

Le funzioni delle AUSL in materia di LEA sono

A) **Le regioni (tramite le AUSL) provvedono a garantire i livelli uniformi di assistenza** definiti nello standard minimo della programmazione nazionale ed eventualmente rielaborati nei PSR. La verifica dell'erogazione dei LEA è affidata ad apposito comitato istituito presso il Ministero.

Alle AUSL compete anche L 419/98 art 2 c 1 lett l l'erogazione di servizi e prestazioni contemplati dai livelli aggiuntivi di assistenza previsti dai comuni in coerenza con la programmazione sanitaria regionale e finanziati con risorse proprie del Comune stesso

B) **L'integrazione socio-sanitaria** considera la globalità della persona in tutte le sue dimensioni e le prestazioni socio-sanitarie sono tutte le attività dirette a soddisfare mediante percorsi assistenziali integrati bisogni di salute 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.

Le prestazioni sociosanitarie a norma del DPCM 14/02/01 comprendono:

- 1) 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 ed acquisite**. Dette prestazioni sono di competenza delle AUSL ed a carico delle stesse
- 2) 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. Tali attività sono di competenza dei Comuni e sono prestate con partecipazione alla spesa da parte dei cittadini nella misura stabilita dall'amministrazione comunale

3) Prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica ed intensità della componente sanitaria, le quali attengono prevalentemente alle aree di integrazione sociosanitaria, cioè: (a) materno-infantile, (b) anziani, (c)handicap, (d) patologie psichiatriche (e) dipendenze da droga, alcool e farmaci, (f) patologie per infezioni da HIV (g) patologie in fase terminale. Dette prestazioni sono erogate dalle aziende sanitarie locali e sono a carico del FSN.

L'integrazione sociosanitaria deve essere attuata a tre livelli: (1) istituzionale (si realizza attraverso collaborazioni fra le diverse istituzioni come Ausl Comuni, Regioni ed attuate mediante strumenti giuridici quali convenzioni, accordi di programma ecc, volte al conseguimento di obiettivi comuni nell'ambito della salute); (2) gestionale (che riguarda specificamente le strutture operative nel senso che le stesse devono essere organizzate in modo da garantire l'efficacia delle attività e delle prestazioni); (3) professionale (che riguarda l'adozione di politiche aziendali finalizzate alla produzione di servizi sanitari domiciliari intermedi e residenziali).

L'AUSL adempie alle sue funzioni di erogatore di prestazioni sanitarie avvalendosi di: (a) propri presidi ospedalieri non costituiti in azienda (b) aziende ospedaliere (c) istituzioni sanitarie pubbliche (es ospedali militari) o private autorizzate e accreditate (d) professionisti in regime di convenzione.

3.6 I Tempi di Attesa e il Monitoraggio

La valutazione dei tempi di attesa avviene utilizzando due modalità di rilevazione:

la rilevazione prospettica, il cui oggetto di rilevazione è il tempo di attesa prospettato: quello che intercorre tra la data in cui la persona contatta la struttura per richiedere un appuntamento e la data assegnata per la prestazione.

La rilevazione retrospettiva, il cui oggetto di rilevazione è il tempo di attesa effettivo: quello che intercorre tra la data di prenotazione e la data dell'effettiva erogazione della prestazione.

Vengono monitorate le prestazioni programmabili che costituiscono prima visita o prima prestazione diagnostica/terapeutica, le prestazioni urgenti ed urgenti differibili che, rispettivamente, devono essere garantite in 24 ore e 7 giorni.

3.7 Il consenso informato

Il “consenso informato” è l'espressione della volontà del cittadino malato che autorizza il medico ad effettuare uno specifico trattamento medico-chirurgico sulla sua persona. Il paziente deve ricevere dal medico la più completa e chiara informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate, così da poter consentire in piena coscienza, nel suo interesse e per il suo bene, ai trattamenti stessi.

In particolare, il medico è tenuto ad acquisire un valido e consapevole consenso qualora sottoponga il paziente ad interventi chirurgici, esami diagnostico-clinici invasivi, trasfusioni di sangue, atti medici di una certa complessità. Ciò viene formalizzato mediante la sottoscrizione, da parte del paziente, di stampati appositamente predisposti ed in uso presso ogni reparto.

Il consenso al trattamento dei dati personali è il modo con il quale il cittadino che si rivolge all'Ospedale per essere curato acconsente a che le Unità Operative ed i Professionisti che vi operano raccolgano, organizzino, trasformino in elaborazioni scientifiche (diagnosi, referti e terapie) e conservino tutte le informazioni che possono attenerne la sua persona, il suo stato di salute ed a volte anche la sua vita privata. Anche questo è un consenso informato poiché il paziente lo esprime dopo aver ottenuto le utili notizie contenute nel modulo "informativa", appositamente predisposto dall'azienda. Al bisogno tali informazioni possono essere integrate o approfondite tramite colloquio personale e mirato al completo soddisfacimento della persona. Questo tipo di consenso è stato introdotto nel nostro Ordinamento dalla legislazione che ha riconosciuto al dato personale di chiunque la dignità di diritto fondamentale meritevole della più ampia protezione ed attenzione.

3.8 I vari "governi"

1) GOVERNO STRATEGICO: quale funzione esclusiva della Direzione Aziendale, è rivolto a:

(A) elaborare le strategie aziendali e la loro esplicitazione, attraverso gli strumenti della programmazione e gli atti di indirizzo, garantendo la coerenza con gli obiettivi ed i compiti assegnati all'Azienda stessa dalla Regione e dagli altri atti di politica sanitaria;

(B) perseguire, attraverso la funzione di indirizzo e controllo, un efficiente ed efficace espletamento delle attività sia dal punto di vista gestionale che assistenziale, tale da garantire una uniforme ed

appropriata tutela della salute nel rispetto dei diritti di cui l'utente è portatore;

(C) garantire l'efficiente allocazione delle risorse, compatibilmente con le azioni previste nel piano annuale di attività;

(D) definire, nel rispetto dei livelli di assistenza essenziali e garantiti, i volumi di produzione dei servizi sanitari da commissionare agli erogatori interni ed esterni.

2) GOVERNO CLINICO: si fonda sulla consapevolezza che quanto si produce è il risultato di processi di lavoro intesi come insieme di attività interconnesse, nello svolgimento delle quali agiscono professionisti, si utilizzano tecnologie e si consumano risorse, finalizzate all'erogazione di prestazioni di salute, che si devono caratterizzare per appropriatezza, efficacia, sicurezza ed economicità.

Il governo clinico è rivolto, pertanto, alla definizione degli strumenti organizzativi e di gestione per il miglioramento continuo della qualità ed il perseguimento di alti standard assistenziali da parte dei professionisti e dell'organizzazione nel suo complesso, e che si individuano nella:

(A) pratica clinica basata sull'evidenza medica e scientifica, attraverso l'applicazione di linee-guida, quale strumento di sintesi delle evidenze disponibili e di definizione degli obiettivi generali e di cambiamento da raggiungere;

(B) valutazione della performance clinica (audit clinico), consistente in una revisione sistematica dei casi clinici trattati a fronte di uno standard e di indicatori condivisi, con la funzione di ricercare le criticità dei comportamenti clinici o organizzativi e la finalità di attivare un processo di miglioramento continuo della performance dell'assistenza;

C) gestione del rischio clinico, consistente in un continuo monitoraggio della qualità e della adeguatezza del servizio erogato mediante la registrazione e l'analisi degli eventi avversi sia effettivi che potenziali, con la finalità di studiarne le cause e attivare percorsi di miglioramento che ne riducano la frequenza e la gravità;

(D) percorsi clinici: piani di assistenza che dettagliano i passi essenziali del percorso diagnostico terapeutico su cui possono essere impiegati tutti gli strumenti del governo clinico che rappresentano una modalità organizzata per costruire l'assistenza intorno alle esigenze del paziente e gestirne tutti gli aspetti; clinici, organizzativi, relazionali, di integrazione multidisciplinare e interprofessionale.

Il governo clinico deve vedere il coinvolgimento e la piena responsabilizzazione della componente professionale e infermieristica e si sviluppa a livello di Dipartimento e trova nel Collegio di direzione e nella Direzione Sanitaria gli organi di indirizzo e presidio.

3) GOVERNO ECONOMICO-FINANZIARIO: L'Azienda orienta la propria attività di produzione, attraverso il coinvolgimento e responsabilizzazione di tutta la dirigenza, ad un efficiente ed efficace utilizzo delle risorse al fine di perseguire l'obiettivo dell'equilibrio di bilancio.

L'espressione in termini economico-finanziari e patrimoniali della gestione aziendale è costituita dal Bilancio pluriennale e annuale di previsione e dal Bilancio di esercizio.

Attraverso la contabilità analitica ed il controllo di gestione viene garantito un costante monitoraggio dei risultati di gestione e dei costi al fine di verificarne la compatibilità con le risorse disponibili

e consentire l'eventuale attivazione di opportuni e adeguati interventi correttivi.

Particolare importanza assumono in questo contesto i problemi legati alla gestione del personale ed alla funzione di approvvigionamento, anche in considerazione della priorità attribuita dalla L.R. 29/2004 allo sviluppo delle risorse umane ed in particolare allo sviluppo della funzione di formazione in tutte le aziende sanitarie da un lato e allo sviluppo di forme diverse di collaborazione fra le aziende e con la Agenzia regionale degli acquisti per l'acquisizione di beni e servizi.

L'Azienda deve favorire la elaborazione e la gestione di una politica del personale che articoli acquisizione, percorsi di carriera, formazione, valutazione e sistema premiante in modo congruente alle scelte strategiche dell'azienda, anche al fine di supportare le responsabilità gestionali dei Direttori di dipartimento e di unità operativa.

Il coordinamento delle politiche di acquisto, all'interno del mercato, deve rappresentare un positivo esempio di razionalizzazione dei processi di approvvigionamento, di politica dei prezzi, in un'ottica di miglioramento dell'efficienza e della qualità del processo assistenziale.

Il Direttore Amministrativo, supportato dalle Aree Funzionali e aree Servizi e dagli Uffici di Staff, presidia il governo economico-finanziario aziendale.