

COLLANA: IL DIRITTO

VOLUME

4

DIRITTO SANITARIO

[Le peculiarità del Servizio Sanitario Regionale

Emilia Romagna]

G. MURATORI – E. PALERMO

2012

ECONOMIA & DIRITTO

INDICE

CAPITOLO 1: LE PARTICOLARITÀ DEL SSR EMILIA ROMAGNA

- 1.1 Ticket e Tariffa
- 1.2 Il progetto Sole (Sanità on line)
- 1.3 Le specificità delle AUSL della Regione Emilia Romagna
- 1.4 La Legge Regionale Er 2/2003
- 1.5 L'art. 51 della Legge Regionale ER 27/04

CAPITOLO 2: I CONTROLLI, LA QUALITÀ E LA SICUREZZA NEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA ROMAGNA

- 2.1 I controlli
- 2.2 La qualità
- 2.3 La sicurezza sul lavoro

CAPITOLO PRIMO
LE PECULIARITA' DEL SERVIZIO
SANITARIO REGIONALE EMILIA
ROMAGNA

1.1 Ticket e Tariffa

Il nuovo art. 117 della Cost introdotto dalla legge costituzionale 3/01 recita “La potestà legislativa è esercitata dallo Stato e dalle Regioni nel rispetto della Costituzione, nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali.....”. In materia sanitaria la legislazione Stato Regioni è concorrente.

Ogni regione ha introdotto peculiarità sue proprie, per esempio la Regione Marche ha un'unica Azienda Sanitaria (divisa in zone territoriali) per tutta la regione (ASUR).

Prendiamo ora in esame l'iscrizione al SSR ER, essa avviene presso appositi sportelli Unici¹ ed è di diritto per tutti i cittadini residenti e domiciliati.

Tali sportelli unici sono nati per semplificare l'accesso a prestazioni e servizi erogati nel territorio regionale: in un unico punto sono in pratica disponibili le procedure amministrative e i moduli necessari per usufruire di servizi. Gli Sportelli unici distrettuali svolgono funzioni di front-office per le principali procedure amministrative riguardo a: iscrizione al Servizio sanitario nazionale, specialistica ambulatoriale, esenzione pagamento ticket, assistenza sanitaria all'estero, assistenza integrativa (prodotti dietetici e presidi sanitari per specifiche patologie), assistenza

¹ Lo Sportello Unico, individuato dal Piano Sanitario Regionale 1999-2001 e successivamente istituito dalla Delibera di Giunta n. 309 del 01/03/2000, è lo strumento in grado di realizzare la “presa in carico” amministrativa del cittadino, per tutta una serie di procedure, quali:

iscrizione al SSN

scelta e revoca del mmg/pls

assistenza sanitaria a stranieri, comunitari/irregolari

prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali

incasso ticket

rilascio attestati di esenzione per malattie croniche, invalidanti e rare

gestione delle esenzioni dal pagamento del ticket per età/reddito

assistenza protesica e integrativa

protesica, donazione e trapianto organi. Devono dunque permettere un miglioramento dell'accesso ai servizi e la semplificazione dei percorsi amministrativi attraverso una "presa in carico" del cittadino da parte dell'operatore dello sportello, il quale sarà il responsabile del procedimento amministrativo per la gestione unitaria della richiesta.

Importante in materia la distinzione tra tariffa e ticket.

La tariffa è il costo effettivo della prestazione che devono pagare tutti coloro che non sono iscritti al SSN il ticket è invece il massimo costo pagabile per le prestazioni.

Il ticket è pari a 36,15 euro questo significa che se si usufruisce della prestazione "A" che costa, o meglio, la cui tariffa è pari a 22 euro ticket e tariffa coincidono dovendo il cittadino iscritto pagare i 22 euro per intero, mentre se si usufruisce della prestazione "B" la cui tariffa è 51,15 euro il cittadino iscritto al SSN paga 36,15 euro e i restanti 15 euro sono a carico del SSN (o SSR) mentre i non iscritti al SSN (o SSR) pagano la tariffa intera e cioè 51,15 euro.

Esiste poi anche una tariffa libero professionale che per legge deve essere superiore (la normativa non specifica di quanto quindi anche un solo euro di supplemento sarebbe congruo) alla tariffa base.

Tale tariffa è applicata tutte le volte in cui si richieda, ad esempio l'intervento di un professionista specifico con prestazione fruibile da chiunque (iscritti e non iscritti al SSN)

In applicazione all'art.17, comma 6, della Legge 15 luglio 2011, la Giunta della Regione Emilia Romagna ha emanato la DGR 1190/2011 e successive circolari (in particolare la n. 14/bis del 15/09/2011) con la quale ha stabilito quote di compartecipazione

alla spesa differenti², sulla base del reddito del nucleo familiare fiscale³.

Le AUSL, le Aziende Ospedaliere, i Privati Accreditati, le farmacie pubbliche e private, sono tenute a introitare i nuovi ticket per tutte le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e farmaceutica, erogate dal 29 agosto 2011.

Da tale data i cittadini devono autocertificare l'appartenenza del nucleo familiare fiscale alle seguenti classi di reddito complessivo lordo:

€
6.153 € e 70.000 €
€ e 100.000 €

La novità della norma riguarda la differenziazione del ticket, non solo sulla base del reddito del nucleo familiare fiscale (5,00 €, 10,00 €, 15,00 €), bensì anche sulla tipologie di prestazione erogata.

L'autocertificazione⁴ è redatta su specifico modulo, è personale, va compilata per ogni assistito, compresi i minori (firma un genitore) e da chi sottoposto a tutela (firma l'amministratore/tutore) ed è a validità illimitata. Dovrà essere compilato una nuova

² Precedentemente, il cittadino non esente pagava la tariffa delle prestazioni prescritte su ricettario SSN, fino alla quota massima di 36,15 € per ricetta.

³ Il Nucleo Familiare Fiscale è composto dai coniugi (anche se non sono a carico) e dai familiari a carico. I coniugi non devono essere separati legalmente. Sono familiari a carico le altre persone a carico ai fini IRPEF, per le quali spettano detrazioni per carichi di famiglia in quanto titolari di un reddito non superiore a 2.840,51 euro. Il nucleo familiare fiscale è pertanto differente da quello risultante dal certificato di famiglia.

⁴ L'autocertificazione è una dichiarazione firmata (responsabilità di chi appone la firma) in un foglio di carta semplice (senza marca da bollo), attestante determinati titoli e requisiti. Il dichiarante decade dai benefici qualora emerga, dopo controllo, la non veridicità dei contenuti della dichiarazione stessa (fra le sanzioni, quelle del codice penale e del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, art. 75 e 76). È stata introdotta nel 1997 con la legge Bassanini per semplificare le procedure della pubblica amministrazione.

autocertificazione solamente se cambiano le condizioni reddituali, tali da modificare la fascia di appartenenza.

Chi deve presentare l'autocertificazione:

1. tutti i cittadini non esenti totali rientranti con un reddito familiare fiscale lordo inferiore a 100.000 €.

Chi non deve presentare l'autocertificazione

1. chi ha un reddito familiare fiscale lordo maggiore di 100.000 €

2. chi ha un'esenzione totale da ticket

Una volta compilata l'autocertificazione, il cittadino può:

- consegnarla agli sportelli aziendali (una copia sarà vidimata dall'AUSL e riconsegnata al cittadino);

- inviarla a mezzo fax insieme a copia di un documento di identità⁵ (il cittadino conserva l'autocertificazione in abbinamento alla ricevuta di fax);

- inviarla a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno con una copia di un documento di identità (il cittadino conserva l'autocertificazione in abbinamento alla ricevuta della raccomandata);

- inviarla, sempre in abbinamento con una copia di un documento di identità, a mezzo posta elettronica:

o certificata – PEC⁶ -(il cittadino conserva l'autocertificazione in abbinamento alla ricevuta automatica di mail);

⁵ Art. 35, comma 2, DPR 445/2000 e succ. mod. ed integr.: “Sono equipollenti alla carta di identità: il passaporto, la patente di guida, la patente nautica, il libretto di pensione, il patentino di abilitazione alla conduzione di impianti termici, il porto d'armi, le tessere di riconoscimento, purché munite di fotografia e di timbro o di altra segnatura equivalente, rilasciate da un'amministrazione dello Stato.”

⁶ La Posta Elettronica Certificata è un servizio gratuito che consente ai cittadini di dialogare con le Pubbliche Amministrazioni dotate di PEC; il sistema consente di inviare mail con valore legale equiparato ad una raccomandata con ricevuta di ritorno.

o “normale” (il cittadino conserva l’autocertificazione in abbinamento alla risposta predisposta dalla AUSL);

- consegnarla presso altri punti identificati dall’AUSL (CAAF, Patronati, Farmacie, ecc.), sempre assieme con una copia di un documento d’identità (l’ente timbrerà la copia del cittadino e la riconsegnerà allo stesso).

Il 1° ottobre è terminata la fase di transizione nella quale il cittadino che al momento dell’accesso al SSN non era in grado di autocertificare il proprio reddito, poteva temporaneamente essere esentato dalla quota fissa, in quanto aveva 60 gg di tempo per regolarizzare la propria posizione.

Dopo tale data il cittadino può comunque sempre autocertificare il proprio reddito al momento dell’erogazione della prestazione (sempre se non lo ha già fatto), ma nel caso non sia in grado di farlo, gli verrà assegnata la classe di reddito più alta.

I dati dell’autocertificazione vengono registrati nell’anagrafe sanitaria degli assistiti di ogni AUSL e una volta a regime, l’informazione dell’appartenenza alla fascia di reddito sarà convogliata all’interno dei diversi software dei Mmg/Pls e stampata automaticamente sulla ricetta SSN, nel campo relativo all’esonero.

Sulla ricetta SSN sarà comunque barrata la lettera “N” (non esente) in quanto non si tratta di un’esonero dal pagamento del ticket!

I cittadini non residenti che usufruiscono del SSR emiliano-romagnolo, essendo tenuti a pagare il ticket come applicato in Regione, devono autocertificare l’appartenenza ad una delle fasce di reddito, compilando l’autocertificazione e mostrandola ad ogni accesso. Il personale della struttura dovrà fare una copia ed allegarla alla ricetta SSN.

Per ottenere un visita specialistica o una prestazione diagnostica terapeutica, il cittadino deve rivolgersi alla propria AUSL o una qualsiasi del territorio nazionale, avvalendosi dello Sportello Unico o CUP – Centro Unificato di Prenotazione⁷. Al momento della prenotazione, l'utente deve essere in possesso della ricetta SSN e della Tessera Sanitaria per la sua corretta identificazione.

Le modalità di esenzione dalla quota di partecipazione alla spesa sanitaria (ticket) si differenziano in base a specifiche condizioni e categorie di cittadini. A ciascuna categoria di esenzione corrispondono prestazioni per le quali il cittadino ha diritto all'esenzione, in relazione al tipo di patologia o condizione sociosanitaria⁸.

La certificazione necessaria al riconoscimento del diritto di esenzione viene redatta dal personale medico delle AUSL, delle Aziende Ospedaliere e da altri specifici Istituti individuati dall'art. 4, comma 12, del d.lgs. 502/1992. Le AUSL provvedono, sulla base della certificazione prodotta, al rilascio dell'attestato di esenzione che reca in forma codificata l'indicazione della condizione o malattia per la quale è riconosciuto il diritto all'esenzione. Nel caso di accertamento di più condizioni o malattie verrà rilasciato un unico attestato con l'indicazione sempre in forma codificata.

1.2 Il progetto Sole (Sanità on line)

⁷ Per Centro Unificato di Prenotazione (CUP) si intende il sistema centralizzato informatizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie, deputato a gestire l'intera offerta (SSN, intramoenia, ecc.) con efficienza, strutturando in modo organizzato l'attività delle unità eroganti per ciò che attiene l'erogazione delle prestazioni, interfacciandosi a questo scopo con le diverse procedure di gestione dell'erogazione, degli accessi e delle relative informazioni, supportando modalità di programmazione dell'offerta e comunicazione ai cittadini". DGR n. 78 del 30/05/2011.

⁸ Circolare RER n. 10 del 30/07/2009 e n. 10Bis del 18/01/2010

I medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e i servizi territoriali sono interessati dal progetto Sole (sanità on line), finalizzato a realizzare una rete telematica di collegamento tra gli stessi medici, i servizi territoriali e i servizi ospedalieri per agevolare la comunicazione tra operatori sanitari e semplificare l'accesso ai servizi ai cittadini: la rete permette lo scambio di informazioni, diagnosi, referti, nel rigoroso rispetto della privacy.

SOLE è la rete che collega i Mmg ed i Pls con le strutture sanitarie ed ospedaliere della Regione Emilia Romagna. Tutte le strutture ospedaliere e ambulatoriali dell'Emilia Romagna, compresi i laboratori e i centri diagnostici, sono oggi collegate a SOLE.

Ciò permette:

- l'invio della ricetta SSN di visite ed esami specialistici dai Mmg/Pls ai punti di erogazione e il ritorno automatico del referto specialistico e diagnostico agli stessi Mmg/Pls;
- la notifica delle variazioni anagrafiche e delle esenzioni da parte dell'AUSL ai Mmg/Pls che hanno in carico gli assistiti;
- le notifiche di ricovero e dimissione del paziente ricoverato, previo suo consenso, dall'ospedale ai Mmg/Pls;
- il referto di PS, previo consenso dell'assistito, dall'ospedale ai Mmg/Pls.

La rete SOLE rende possibile la raccolta dei documenti sanitari personali di ogni assistito, consentendo di costruire, per chi lo desidera e fornisce il consenso formale, il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) personale, consultabile on line in forma protetta e riservata. Il portale fornisce servizi e scambio di informazioni tra i Mmg/Pls, altri specialisti e operatori sanitari ospedalieri e ambulatoriali, strutture amministrative delle Aziende sanitarie, operatori regionali autorizzati, operatori del progetto SOLE

1.3 Le specificità delle AUSL della Regione Emilia Romagna.

Fra le numerose differenze tra la normativa nazionale e quella regionale in materia di AUSL è bene sottolineare le seguenti:

- Il COLLEGIO SINDACALE: che nella regione in questione non è composto da 5 membri come prevede la normativa nazionale ma è composto da soli tre membri, di cui uno designato dalla Regione, con funzioni di Presidente, ed uno designato dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria e uno dallo Stato. I componenti sono scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili istituito presso il Ministero della giustizia o tra i funzionari del Ministero dell'economia e finanze che abbiano esercitato per almeno 3 anni le funzioni di revisori di conti o di componenti dei collegi sindacali.

- GLI ORGANI: la normativa nazionale prevede infatti, come sopra già menzionato, che gli organi della AUSL debbano essere 2, il direttore generale e il collegio sindacale, in quanto pur essendo previsto il Collegio di direzione, non è comunque indicato fra gli organi come invece prevede la normativa regionale che lascia alle singole ausl, all'interno di quanto stabilito dalla legge nazionale, la possibilità di definirne la specifica composizione, infatti andando a vedere ad esempio la composizione del Collegio di direzione delle Ausl di Rimini, Cesena, Forlì e Parma, si nota come tutti e 4 i Collegi di direzione hanno composizioni differenti (seppur a volte solo in minima parte).

- il PIANO ATTUATIVO LOCALE (PAL) previsto dalla nazionale pur avendo nella sostanza caratteristiche pressoché identiche a quello in vigore nella regione è chiamato in maniera differente e cioè Piano programmatico (o strategico)

- il CONSIGLIO DEI SANITARI non è previsto nella regione Emilia Romagna ma è previsto un organismo molto simile e cioè il Collegio Aziendale delle Professioni Sanitarie (CAPS) la cui differenza più rilevante con il CONSIGLIO DEI SANITARI è che di esso non ne fa parte il Direttore Sanitario e il suo presidente è eletto fra i membri stessi.

- L'istituzione con la legge regionale 19/1994,

(1) della Conferenza territoriale sociale e sanitaria che è l'organo che riunisce tutti i Sindaci del territorio di un'Azienda sanitaria locale.

In base al D. Lgs. 502/92 il Sindaco "provvede alla definizione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività, esamina il bilancio pluriennale di previsione ed 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 direttore generale ed alla regione".

In campo sociale la Conferenza "promuove e coordina la stipula degli accordi in materia di integrazione socio- sanitaria previsti dai Piani di zona, tenuto conto delle indicazioni del Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali ed assicurando l'integrazione e la coerenza con i Piani per la salute previsti dal Piano sanitario regionale" (LR 2/2003, art. 11).

Svolge un ruolo di indirizzo in ordine alle politiche di salute in coerenza con i programmi di sviluppo sociale, economico e produttivo del territorio. Con riferimento al Piano Regionale Sociale e Sanitario, adotta l'Atto di coordinamento e indirizzo provinciale triennale, che costituisce il quadro di riferimento per la

programmazione distrettuale (fissa i livelli di integrazione, raccorda la programmazione regionale con la pianificazione locale, ricompono la programmazione sociale con quella sanitaria a livello locale) e comprende il Piano per la Salute, che definisce i profili di salute della popolazione sia a livello provinciale che distrettuale. Esprime parere sul Bilancio della AUSL e partecipa alla valutazione della funzionalità dei servizi e della loro razionale distribuzione territoriale; individua gli ambiti distrettuali ed assicura l'equa distribuzione delle risorse fra i Distretti. Per l'esercizio delle proprie funzioni, la Conferenza si dota di uno strumento tecnico (**Ufficio di Supporto**) al cui funzionamento partecipa anche l'AUSL con proprie risorse.

(2) dei comitati di distretto (ridisegnati poi dalla legge regionale 29/2004), composti dai Sindaci dei Comuni del Distretto sanitario o loro delegati.

Il Comitato, istituito in ogni distretto, opera in stretto raccordo con la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria e disciplina le forme di partecipazione e di consultazione alla programmazione distrettuale. Con riferimento all'Atto di coordinamento e indirizzo provinciale triennale ed al Piano per la Salute elabora il Piano di Zona Distrettuale per la Salute ed il Benessere Sociale a valenza triennale che individua le priorità strategiche nelle diverse aree di intervento sociale, sanitaria e socio-sanitaria, compresa l'area della non autosufficienza, definisce la programmazione finanziaria triennale relativa e specifica di strumenti di integrazione. La declinazione attuale del Piano suddetto costituisce il Programma Attuativo Annuale che specifica interventi, risorse e programmi di integrazione con altri settori (educativo, formazione e lavoro abitativo, ambientale, ecc). Il Comitato di Distretto assume, così, la

programmazione sociale e la programmazione sanitaria all'interno dello stesso strumento programmatorio nell'ambito di una prospettiva di governance intesa come sistema di governo allargato che interconnette i diversi soggetti pubblici e gli altri attori sociali (cd terzo settore) dalla fase di programmazione a quella di verifica. Gestisce il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, in accordo con il Direttore di Distretto, da attuazione e svolge il monitoraggio del sistema dell'accreditamento nel quadro della normativa regionale, regola il sistema di compartecipazione alla spesa del cittadino, governa la costituzione dell'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona (ASP). Effettua processi di valutazione complessiva dei risultati di gestione. Per l'esercizio delle proprie funzioni, il Comitato di Distretto, si dota di uno strumento tecnico (**Ufficio di Piano**), costituito tramite una convenzione fra i Comuni dell'ambito distrettuale e l'AUSL.

- le innovazioni introdotte dalla Lr ER 2/03 in materia socio sanitaria
- la costituzione di un apposito fondo **FONDO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA (LR 27/04 ART. 51)** gestito dal Direttore di Distretto unitamente al Comitato di distretto

1.4 La Legge Regionale Er 2/2003

Gli interventi ed i servizi del sistema integrato di interventi e servizi sociali sono volti a garantire pari opportunità e diritti di cittadinanza sociale, a prevenire, rimuovere o ridurre le condizioni di bisogno e di disagio individuale e familiare derivanti da limitazioni personali e sociali, da condizioni di non autosufficienza, da difficoltà economiche.

Gli interventi ed i servizi del sistema integrato comprendono:

- a) prestazioni ed attività **socio-assistenziali**, finalizzate alla promozione sociale ed a sostenere, affiancare ed aiutare le persone e le famiglie attraverso la predisposizione ed erogazione di servizi e di prestazioni economiche;
- b) prestazioni ed attività **socio-sanitarie**, caratterizzate da percorsi assistenziali integrati per rispondere ai bisogni di salute delle persone che necessitano unitariamente di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali.

La presente legge riconosce, promuove e sostiene:

- a) la centralità delle comunità locali, intese come sistema di relazioni tra le persone, le istituzioni, le famiglie, le organizzazioni sociali, ognuno per le proprie competenze e responsabilità, per promuovere il miglioramento della qualità della vita e delle relazioni tra le persone;
- b) il valore ed il ruolo delle famiglie, quali ambiti di relazioni significative per la crescita, lo sviluppo e la cura della persona, attraverso il perseguimento della condivisione delle responsabilità tra donne e uomini;
- c) la partecipazione attiva dei cittadini, delle organizzazioni di rappresentanza sociale, delle associazioni sociali e di tutela degli utenti, assumendo il confronto e la concertazione come metodo di relazione con le OOSS; tale partecipazione si manifesta anche con il parere che sul PRISS (adottato dal Consiglio regionale su proposta della Giunta), deve essere acquisito sia dalla Conferenza Regione- Autonomie locali, che della Conferenza regionale del Terzo settore, e sentite le OOSS;
- d) le iniziative di reciprocità e di auto aiuto delle persone e delle famiglie che svolgono compiti di cura;

e) l'autonomia e la vita indipendente, con particolare riferimento al sostegno alle scelte di permanenza al proprio domicilio delle persone in condizioni di non autosufficienza o con limitata autonomia;

f) il diritto all'educazione ed all'armonico sviluppo psico- fisico dei minori, nel rispetto del diritto alla partecipazione alle scelte che li riguardano.

Hanno diritto ad accedere alle prestazioni ed ai servizi del sistema integrato, sulla base della valutazione del bisogno personale e familiare, indipendentemente dalle condizioni economiche con prestazioni a carico del comune di residenza:

a) i cittadini italiani;

b) i cittadini dell'Unione europea, nel rispetto degli accordi internazionali vigenti;

c) gli stranieri, gli apolidi, regolarmente soggiornanti ai sensi della normativa statale, nonché i minori stranieri o apolidi.

Il diritto agli interventi ed alle prestazioni si estende alle persone occasionalmente presenti o temporaneamente dimoranti sul territorio regionale, limitatamente a quelli non differibili. L'assistenza è garantita dal Comune nel cui territorio si è manifestata la necessità d'intervento.

Gli sportelli sociali forniscono informazioni ed orientamento ai cittadini sui diritti e le opportunità sociali, sui servizi e gli interventi del sistema locale, nel rispetto dei principi di semplificazione. I Comuni organizzano l'attività degli sportelli sociali con modalità adeguate a favorire il contatto anche di chi, per difficoltà personali e sociali, non vi si rivolge direttamente. Agli operatori degli sportelli sociali è garantita una uniforme ed adeguata formazione.

Per bisogni complessi, che richiedono l'intervento di diversi servizi o soggetti, i competenti servizi attivano gli strumenti tecnici per la valutazione multidimensionale e per la predisposizione del programma assistenziale individualizzato, compresi il progetto individuale per le persone disabili ed il progetto educativo individuale per i minori in difficoltà.

Al fine di garantire l'attuazione e l'efficacia degli interventi previsti dai programmi assistenziali individualizzati è indicato il responsabile del caso. La Giunta regionale definisce con proprio atto l'organizzazione degli sportelli sociali, gli strumenti tecnici di valutazione e controllo dei programmi assistenziali e le modalità di individuazione del responsabile del caso.

Finanziamento del sistema integrato: Le risorse finanziarie del sistema integrato sono costituite :

a) Da fondi statali;

b) Dal fondo sociale regionale: La Regione, per concorrere al raggiungimento degli obiettivi e delle finalità della presente legge, istituisce un fondo denominato Fondo sociale regionale alla cui determinazione dell'entità concorrono: (1) le somme provenienti dallo Stato a seguito del riparto del Fondo nazionale per le politiche sociali previsto dalla legge n. 328 del 2000; (2) le ulteriori risorse integrative regionali da determinarsi con legge di bilancio; (3) le eventuali altre assegnazioni statali vincolate ad interventi socio-assistenziali o socio-sanitari; (4) le risorse derivanti da organismi dell'Unione europea per iniziative ed interventi in materia di politiche sociali.

c) Dal fondo sociale locale: I Comuni, singoli o associati, istituiscono per il finanziamento degli interventi e dei servizi previsti nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza un fondo

locale di ambito distrettuale il cui funzionamento è disciplinato da apposito regolamento. Nel fondo confluiscono le risorse pubbliche e le risorse dei soggetti privati che partecipano all'accordo di programma, attraverso i protocolli di adesione.

PIANO REGIONALE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI: definisce:

- a) gli obiettivi di benessere sociale da perseguire ed i fattori di rischio sociale da contrastare, tenuto conto dell'evoluzione sociale ed economica del sistema regionale;
- b) le caratteristiche quantitative e qualitative dei servizi e degli interventi, che costituiscono i livelli essenziali delle prestazioni sociali da garantire,
- c) i criteri di incentivazione dei programmi per la realizzazione degli obiettivi di promozione sociale;
- d) i criteri generali per garantire l'accesso prioritario ai servizi ed agli interventi;
- e) i criteri, le modalità e le procedure per la concessione e l'utilizzo dei titoli per la fruizione di prestazioni e servizi sociali;
- f) le modalità per il raccordo tra la pianificazione regionale e quella zonale, definendo in particolare linee di indirizzo e strumenti per la pianificazione di zona;

1.5 L'art. 51 della Legge Regionale ER 27/04

La Regione istituisce il fondo regionale per la non autosufficienza. Il fondo finanzia le prestazioni ed i servizi sociosanitari definiti dal Piano regionale degli interventi e servizi sociali forniti dai soggetti pubblici e privati accreditati ai residenti della Regione in condizioni di non autosufficienza. La valutazione della condizione di non

autosufficienza è svolta secondo i criteri e le modalità stabilite dal Piano. La Regione garantisce uniformità dei benefici a parità di bisogno, accessibilità e qualità delle prestazioni e dei servizi finanziati dal fondo, nonché equità nella eventuale compartecipazione ai loro costi attraverso criteri ed indirizzi omogenei. Costituiscono fonti di finanziamento ordinarie del fondo: risorse del fondo sociale e del fondo sanitario regionale, risorse statali finalizzate ed ulteriori risorse regionali provenienti dalla fiscalità generale. Al fondo possono afferire eventuali risorse di altri soggetti, concorrono altresì risorse proprie appositamente destinate dai Comuni nei propri strumenti di bilancio annuale e pluriennale. Le risorse del fondo regionale per la non autosufficienza vengono annualmente ripartite fra i distretti sanitari sulla base dei criteri stabiliti dal Piano regionale sociale e sanitario. Tali criteri tengono conto delle caratteristiche socioeconomiche, geografiche, demografiche ed epidemiologiche dei diversi ambiti territoriali, anche al fine di raggiungere un'equilibrata offerta di servizi in rapporto al fabbisogno. Il fondo ha contabilità separata e destinazione vincolata nell'ambito del bilancio delle Aziende Usl. Unitamente alle risorse impegnate dai Comuni, nel settore, in attuazione dei Piani di zona, il fondo distrettuale per la non autosufficienza finanzia le attività previste dal Piano di zona per l'assistenza ai soggetti in condizioni di non autosufficienza, secondo gli indirizzi del Piano regionale sociale e sanitario. **L'Ufficio di piano**, costituito congiuntamente dai Comuni del distretto e dell'Azienda USL, elabora annualmente, nell'ambito degli indirizzi del Piano di zona, il piano delle attività per la non autosufficienza, approvato d'intesa fra il comitato di distretto ed il direttore del distretto. L'Ufficio di piano riferisce periodicamente al direttore del

distretto e al comitato di distretto dei risultati raggiunti e dell'equilibrio del fondo. Il comitato di distretto e l'Azienda USL riferiscono periodicamente alle organizzazioni sindacali territoriali.

CAPITOLO II
I CONTROLLI, LA QUALITA' E LA
SICUREZZA SUL LAVORO NEL SERVIZIO
SANITARIO REGIONALE EMILIA
ROMAGNA

2.1 Il sistema dei controlli

La funzione di controllo è quella che tende ad assicurare che gli organi di amministrazione attiva agiscano in modo conforme alle leggi e secondo l'effettiva opportunità in relazione al concreto interesse pubblico.

In relazione all'oggetto del controllo, si distinguono:

A) CONTROLLO SUGLI ATTI

(a) diretti a valutare la legittimità (funzioni di vigilanza) **od anche l'opportunità (merito)** cioè una valutazione sotto il profilo della utilità ed opportunità quindi della convenienza di un singolo atto amministrativo (funzione di tutela);

(b) controlli interni cioè quelli che l'amministrazione esercita nel proprio ambito in forza del potere di supremazia gerarchica disponendo eventualmente anche la revoca o l'annullamento (cd controlli interorganici). I controlli interni sono esercitati dal **DG** (tra cui spicca la verifica mediante valutazioni comparative dei costi dei rendimenti e dei risultati, della corretta ed economica gestione delle risorse; nell'espletamento di questo controllo di gestione il DG si avvale di strumenti quali contabilità analitica, sistema budgetario, nuclei di valutazione interna ecc. Inoltre il Dg ha alla sua diretta dipendenza una apposita UO organizzata e preposta allo svolgimento del processo di controllo di gestione) e dal **Collegio Sindacale** (che vigila su rispetto delle leggi e verifica la regolarità contabile e finanziaria della gestione; a tal fine il collegio, che in qualsiasi momento collegialmente od individualmente possono procedere ad atti di ispezione e controllo: (b1) attesta la

corrispondenza del conto consuntivo alle risultanze della gestione (b2) esamina il bilancio di previsione e le relative variazioni di assestamento (b3) accerta almeno ogni trimestre la consistenza di cassa potendo chiedere notizie al DG sull'andamento dell'azienda sanitaria) e il dlgs 286/99 li divide in 4 differenti tipologie (1) controllo di regolarità amministrativa e contabile il cui obiettivo è di garantire la legittimità correttezza e regolarità amministrativo-contabile (2) controllo di gestione il cui obiettivo è di ottimizzare il rapporto tra costi e risultati anche mediante tempestivi interventi correttivi sull'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa (3) valutazione del personale con incarico dirigenziale il cui obiettivo è verificare e giudicare le prestazioni e le competenze organizzative dei dirigenti (4) controllo strategico il cui obiettivo è verificare l'attuazione delle scelte contenute nelle direttive e negli altri atti di indirizzo politico. Controlli esterni che sono quelli provenienti da soggetti diversi dall'amministrazione interessata o perchè di altri rami dell'ordinamento o perchè collegati all'amministrazione ma in posizione di indipendenza (cd controlli intersoggettivi), principalmente sono esercitati dalla Regione (controlli limitati agli atti fondamentali come atti di bilancio, programmazione delle attività ecc ma anche in materia di controllo di gestione, infatti ad essa spetta tramite la giunta definire i criteri generali sulla cui base: (1) tali attività di controllo sono organizzate (2) verificare l'equilibrio economico ed il risultato complessivo dell'azione svolta anche in relazione ai livelli di qualità raggiunti. Tali poteri sono stati ampliati dalla 549/95 che ha previsto l'istituzione di osservatori di spesa o di altri strumenti di controllo appositamente individuati e se dal loro utilizzo dovesse risultare al 30 giugno il verificarsi di disavanzi le Regioni vi devono

fare fronte con risorse proprie e ne riferiscono in sede di presentazione della relazione semestrale al Ministro della Salute ed ai Presidenti delle Camere. Tra gli altri poteri della regione si ricordano: (1) verifica dei risultati aziendali conseguiti e del raggiungimento degli obiettivi definiti ai fini della conferma del DG (2) risoluzione del contratto del DG in caso di grave disavanzo, violazione di legge o dei principi di buona andamento e di imparzialità nonché in tutti gli altri casi definiti nel documento di intesa Stato-Regioni (3) ricostituzione straordinaria del collegio dei revisori (4) convocazione Dell'apposito conferenza dei servizi se non convocata dal DG (5) monitoraggio sulla definizione ed il rispetto degli accordi contrattuali da parte delle strutture sanitarie sulla qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie rese (6) **PER LE SOLE AO controlli sostitutivi in caso di ingiustificati disavanzi di gestione con conseguente commissariamento da parte della regione e revoca dell'autonomia aziendale per la perdita di caratteristiche strutturali e di attività prescritte.** In materia di contenimento della spesa sanitaria(7) per stabilire l'obbligo della AUSL e delle AO di garantire l'equilibrio economico (8) per individuare le tipologie degli eventuali provvedimenti di riequilibrio (9) per determinare le misure a carico dei DG nell'ipotesi di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico.), dalla **Corte dei Conti** (relativamente al controllo del costo del lavoro spetta riferire annualmente al Parlamento sulla gestione delle risorse finanziarie destinate al personale del settore pubblico e relativamente al controllo della gestione accertando la rispondenza dei risultati dell'attività amministrativa agli obiettivi stabiliti dalla legge, valutando costi modi e tempi dello svolgimento dell'azione stessa) e **dagli altri organi dello Stato** che hanno

competenza residuale sostitutiva in caso di non assolvimento dei propri compiti da parte della Regione (Ministro della salute in caso di (1) non adozione di determinati provvedimenti con eventuale proposta al consiglio dei Ministri di nomina di commissario ad acta (2) vigilanza sulla attuazione del PSN e sull'attività gestionale delle AUSL e delle AO promuovendo gli interventi necessari per l'esercizio a livello centrale delle funzioni di analisi e controllo dei costi e dei risultati al fine di contrastare inerzie dispersioni e sprechi nell'utilizzo delle risorse).

(c) controlli ordinari che sono previsti dalla legge come necessari ed abituali in ordine a particolari atti o attività e **controlli straordinari** che sono previsti dalla legge come eventuali e disposti, a discrezione dell'autorità amministrativa, allorchè se ne presenti la necessità o l'opportunità

B) CONTROLLI SUI SOGGETTI

Diretti a valutare l'operato delle persone fisiche preposte agli uffici o la funzionalità di un organo in quanto tale al fine di adottare le opportune misure per garantirne il buon funzionamento e il buon andamento in ossequio a quanto sancito dall'art. 97 della Cost.

I controlli si distinguono in (a) ispettivo: è il potere dell'autorità dello Stato (o Regione) di disporre ispezioni ed accertamenti sull'attività delle amministrazioni controllate. L'ispezione è dunque il presupposto logico per l'espletamento della funzione di controllo; (b) il controllo sostitutivo-semplificato consiste nella sostituzione di un organo superiore ad uno inferiore in caso di inerzia o ritardo nel compimento di certi atti da parte di quest'ultimo; (c) il controllo sostitutivo-repressivo consiste nella contemporanea sostituzione dell'organo "controllato" e nella applicazione al titolare di esso di sanzioni (sospensione, revoca, sanzione disciplinare) (d) il

controllo repressivo consiste nell'applicazione di particolari sanzioni amministrative o disciplinari al titolare dell'organo controllato.

C)CONTROLLI SULL'ATTIVITÀ

Diretti a verificare i risultati raggiunti in termini di efficienza ed efficacia, dell'attività amministrativa svolta da un determinato ente in un preciso contesto temporale. è la procedura diretta a verificare lo stato di attuazione degli obiettivi programmati; la funzionalità dell'organizzazione dell'ente, l'efficacia, l'efficienza ed il livello di economicità nell'attività di realizzazione dei predetti obiettivi. Tale controllo è attuato attraverso l'analisi delle risorse acquisite e della comparazione tra costi e quantità e qualità dei servizi offerti

2.2 La qualità

Uno dei fini della politica sanitaria nazionale è la promozione della qualità dell'assistenza sanitaria, in termini di **equità di accesso, qualità della vita, soddisfazione dell'utente, uso delle risorse in base ad un ottimale rapporto costo-efficacia**. Per questo motivo nel SSN viene attivato un sistema per il miglioramento della qualità che può essere definito come l'insieme di attività e di misurazioni integrate che tende a garantire e migliorare di continuo ai vari livelli dell'organizzazione sanitaria, la qualità dell'assistenza erogata ai pazienti.

La buona qualità dell'assistenza comprende in particolare:

- aspetti strutturali ed organizzativi (es: adozione della carta dei servizi e gestione liste attesa)

- aspetti di processo (es: eccellenza professionale e uso efficiente delle risorse come suggerito dalla definizione degli indicatori di qualità)

- buoni risultati assistenziali (in conformità a quanto indicato dalle linee guida)

Alle regioni spetta (a) la verifica del rispetto delle disposizioni in materia di requisiti minimi e classificazione delle strutture erogatrici (b) determinare le attività rilevanti ai fini della valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie.

Al Ministro della salute compete (a) l'esercizio dei poteri di alta vigilanza (b) stabilire con decreto emanato d'intesa con la CPSRPA e sentiti gli ordini e collegi competenti, contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità (c) riferire nel corso della Relazione sullo stato sanitario del Paese in merito alle verifiche dei risultati conseguiti.

Il processo qualitativo deve rispondere ad alcuni criteri quali: (a) **l'appropriatezza** ("cosa giusto, soggetto giusto, momento giusto, operatore giusto, struttura giusta);(b) **efficacia** (è un indicatore che misura la capacità di una prestazione sanitaria di raggiungere determinati obiettivi di salute ed è data dal rapporto tra i risultati finali in termini di miglioramento della salute attribuibile alle prestazioni sanitarie erogate e le prestazioni stesse);(c) **efficienza** (migliori risultati quali-quantitativi a parità di risorse o stessi risultati con minore impiego di risorse; è data dal rapporto tra le prestazioni prodotte e le risorse impiegate per produrle);(d) la **qualità** (professionale, gestionale, qualità percepita e risultati).

LA CARTA DEI SERVIZI è il patto tra le strutture del ssn e i cittadini secondo i seguenti principi informatori: (1) **imparzialità nell'erogazione** delle prestazioni e **uguaglianza del diritto**

all'accesso ai servizi; (2) **piena informazione dei cittadini** utenti sui servizi offerti e le modalità di erogazione degli stessi (3) **definizione di standard** ed assunzione di impegni da parte dell'amministrazione locale rispetto alla **promozione della qualità** del servizio ed alla determinazione di modalità di valutazione costante della qualità stessa (4) organizzazione di modalità strutturate per la **tutela dei diritti dei cittadini** (5) **ascolto delle opinioni e dei giudizi**, sulla qualità del servizio, espressi dai cittadini direttamente o tramite le associazioni che li rappresentano.

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

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

IL GOVERNO CLINICO è uno strumento per il miglioramento della qualità delle cure per i pazienti e per lo sviluppo delle capacità complessive e dei capitali del SSN, che ha lo scopo di mantenere standard elevati e migliorare le performance professionali del personale favorendo lo sviluppo dell'eccellenza clinica.

L'obiettivo fondamentale del governo clinico è che ogni paziente riceva quella prestazione che produca il miglior esito possibile in base alle conoscenze disponibili, che comporti il minor rischio di danni conseguenti al trattamento con il minor consumo di risorse, e con la massima soddisfazione per il paziente.

2.3 La sicurezza sul lavoro

Il DLGS 81/08 ha introdotto diverse novità in materia di attribuzioni e responsabilità.

Le più rilevanti sono:

DATORE DI LAVORO: E' il soggetto titolare del rapporto di lavoro con il lavoratore o cmq il soggetto che, secondo il tipo e l'assetto dell'organizzazione ha la responsabilità dell'organizzazione stessa (o U.O.) in quanto esercita i poteri decisionali o di spesa. Nelle PA per il dlgs 165/01 datore di lavoro è il dirigente al quale spettano i poteri di gestione o il funzionario non avente qualifica dirigenziale nei soli casi in cui quest'ultimo sia preposto ad un ufficio avente autonomia gestionale e dotato di autonomi poteri gestionali e di spesa. Nell'AUSL di Rimini il datore di lavoro e' il DG che adotta le misure necessarie per tutelare la ppsl avvalendosi del contributo tecnico professionale del sppa del medico competente e di tutti gli altri soggetti destinatari delle norme di sicurezza (dirigenti, preposti, lavoratori). Sue funzioni sono: (1) definisce gli obiettivi ed impartisce le direttive generali (2) rende disponibili le risorse necessarie alla prevenzione (3) consente ai lavoratori di verificare tramite i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza l'applicazione delle misure. In aggiunta a

queste ci sono le funzioni date dalla legge, alcune indelegabili come (4) valutare tutti i rischi ed elaborare il documento previsto (5) designa il responsabile del servizio protezione rischi. Altri delegabili quali (6) nomina del medico competente (7) nomina il medico autorizzato per la sorveglianza medica dei radioesposti (8) nomina l'addetto alla sicurezza del gas in bombole, quello laser, quello della RMN, incendi ecc (9) comunica all'INAIL gli infortuni che comportano almeno 1 gg di assenza dal lavoro e i rappresentanti dei lavori per la sicurezza (10) qualora le articolazioni aziendali afferenti a diversi dirigenti fruiscono di locali all'interno dello stesso edificio, ne individua i dirigenti responsabili

DIRIGENTE: È la persona che in ragione delle competenze professionali e di poteri gerarchici e funzionali attua le direttive del datore di lavoro organizzando l'attività lavorativa e vigilando su di essa. Suoi obblighi sono: (1) tenere conto delle condizioni di salute e sicurezza dei lavoratori quando gli affida i compiti (2) fornisce idonei dispositivi di protezione (3) prende le precauzioni appropriate, **in collaborazione col preposto**, affinché solo i lavoratori che hanno ricevuto adeguata formazione accedano alle zone che li espongono ad un rischio grave e specifico (4) adempie agli obblighi di informazione, formazione ed addestramento (5) adotta le misure per il controllo delle situazioni di rischio (6) inviare i lavoratori alle visite entro le scadenze previste

PREPOSTO: E' la persona che in ragione delle competenze professionali e nei limiti di poteri gerarchici e funzionali adeguati alla natura dell'incarico conferitogli sovrintende all'attività lavorativa e garantisce l'attuazione delle direttive ricevute controllandone la corretta esecuzione da parte dei lavoratori ed esercitando un funzionale potere di iniziativa. Egli deve: (1)

sovrintendere e vigilare sull'osservanza da parte dei singoli lavoratori, degli obblighi di legge (2) dare istruzioni sull'abbandono del lavoro in presenza di rischi gravi inevitabili ed immediati (3) segnalare al datore le inadeguatezze dei mezzi e dei dispositivi di protezione (4) Frequentare appositi corsi in materia

MEDICO COMPETENTE: La Sorveglianza Sanitaria e Medica della Radioprotezione viene fornita dall'Azienda AUSL mediante l'attività del Medico Competente e del Medico Autorizzato. La Sorveglianza Sanitaria e Medica della Radioprotezione, rispettivamente per tutti i rischi professionali con possibili effetti sulla salute, radioesposti di categoria B compresi, è eseguita dal Medico Competente

MEDICO AUTORIZZATO La Sorveglianza Sanitaria e Medica della Radioprotezione, rispettivamente per tutti i rischi professionali con possibili effetti sulla salute, è eseguita dal Medico Autorizzato per il controllo del rischio da radiazioni ionizzanti negli esposti di categoria A

LAVORATORE È la persona che indipendentemente dalla tipologia contrattuale svolge un'attività lavorativa con o senza retribuzione, anche al solo fine di apprendere un mestiere. Suoi obblighi sono: (1) contribuire insieme alle altre figure all'adempimento degli obblighi previsti per la sicurezza (2) osservare le istruzioni e le disposizioni impartite in materia (3) segnalare immediatamente le deficienze (4) partecipare ai programmi di formazione ed addestramento (5) sottoporsi ai controlli sanitari previsti (6) per i lavoratori in appalto o subappalto (o autonomi) esporre i cartellini identificativi con foto e ditta di appartenenza

