

La Riforma *bis*

D.Lgs. 30 dicembre 1992, n.502

'Programmazione sanitaria nazionale e definizione dei livelli uniformi di assistenza'

D.Lgs. 7 dicembre 1993, n°517

Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

Il riordino del SSN

**RIORDINO DELLA DISCIPLINA IN MATERIA SANITARIA
D.Lgs. 30 dicembre 1992, n.502
'Programmazione sanitaria nazionale e definizione dei
livelli uniformi di assistenza'**

D. Lgs. 502 del 30 dicembre 1992

I valori e gli obiettivi di fondo della vigente legge 833/'78 furono sostanzialmente **confermati** dal D. Lgs. N°502/1992, che ha però innovato gli **strumenti** per il raggiungimento degli obiettivi del SSN, perseguendo la **regionalizzazione** e l'**aziendalizzazione** della sanità italiana.



I PUNTI CHIAVE DELLA NUOVA RIFORMA

1. LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
2. I LIVELLI UNIFORMI DI ASSISTENZA
3. AZIENDALIZZAZIONE DELLE STRUTTURE CHE EROGANO SERVIZI SANITARI
4. NUOVO MODELLO DI FINANZIAMENTO
5. COMPETITIVITA' TRA PUBBLICO E PRIVATO
6. REGIONALIZZAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO
7. PARTECIPAZIONE DEL CITTADINO
8. GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA DELLE AZIENDE SANITARIE
9. VERIFICA QUALI-QUANTITATIVA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE
10. RAPPORTI TRA SSN E UNIVERSITA'

1. LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Il **Piano Sanitario Nazionale** è lo strumento principale di programmazione sanitaria.

(art.5) Le regioni adottano i **Piani Sanitari Regionali** entro 150 gg dalla pubblicazione del PSN, che definiscono i modelli organizzativi dei servizi sanitari erogati nel territorio regionale,

1. IN FUNZIONE DELLE ESIGENZE DEL TERRITORIO
2. IN FUNZIONE DELLE RISORSE DISPONIBILI
3. CONFORMEMENTE ALLE INDICAZIONI DEL PSN

Il Governo predispone il Piano sanitario nazionale **tenendo conto delle proposte trasmesse dalle regioni**.

Il Piano sanitario nazionale ha durata triennale ed è adottato dal Governo nel rispetto degli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale e di tutela della salute individuati a livello internazionale ed in coerenza con l'entità del finanziamento assicurato al Servizio sanitario nazionale.

TOP
DOWN

BOTTOM
UP

Il Piano sanitario nazionale indica:

- a) le **aree prioritarie di intervento** anche ai fini del riequilibrio territoriale delle condizioni sanitarie della popolazione;
- b) i **livelli uniformi di assistenza** sanitaria da individuare sulla base anche di dati epidemiologici e clinici, con la specificazione delle prestazioni da garantire a tutti i cittadini, rapportati al volume delle risorse a disposizione;
- c) i **progetti-obiettivo** da realizzare anche mediante l'integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali, ...
- d) le esigenze prioritarie in materia di **ricerca** biomedica e di ricerca sanitaria applicata, orientata anche alla sanità pubblica veterinaria, alle funzioni gestionali ed alla valutazione dei servizi e delle attività svolte;
- e) gli indirizzi relativi alla **formazione di base** del personale;
- f) le misure e gli indicatori per la **verifica dei livelli** di assistenza effettivamente assicurati in rapporto a quelli previsti;
- g) i **finanziamenti** relativi a ciascun anno di validità del piano in coerenza con i livelli uniformi di assistenza.

Ministero della Sanità

Predisposta annualmente una **relazione** sullo stato sanitario del Paese

- espone i **risultati** conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal Piano sanitario nazionale,
- Illustra analiticamente e comparativamente **costi, rendimenti e risultati** delle unità del Servizio
- Fornisce indicazioni per l'ulteriore **programmazione**.
- La Relazione fa menzione dei risultati conseguiti dalle **regioni** in riferimento all'attuazione dei piani sanitari regionali

Su richiesta delle regioni o direttamente, il Ministero della sanità promuove forme di collaborazione nonché **l'elaborazione di apposite linee guida**, in funzione dell'applicazione coordinata del Piano sanitario nazionale [...]. Per quest'attività il Ministero si avvale **dell'Agenzia per l'organizzazione dei servizi sanitari regionali**.

2. I LIVELLI DI ASSISTENZA UNIFORMI

I livelli uniformi di assistenza individuano lo standard minimo di prestazioni sanitarie da erogare sul territorio nazionale a **tutti i cittadini**

- tenuto conto degli **obiettivi** della programmazione sociosanitaria

- tenuto conto dei vincoli derivanti dal sistema di **finanziamento** del SSN

Nota Bene: viene introdotto per la prima volta il cosiddetto **vincolo di bilancio** nell'erogazione delle prestazioni del SSN

3. AZIENDALIZZAZIONE DELLE STRUTTURE CHE EROGANO SERVIZI SANITARI

Le **USL** che erano strutture operative dei Comuni divengono aziende regionali dotate di

- personalità giuridica
- autonomia organizzativa
- patrimoniale
- contabile
- gestionale

e diventano **AUSL (Aziende Unità Sanitarie Locali)**, articolate in Distretti Sanitari.

In analogia a quanto previsto per le USL è prevista l'aziendalizzazione degli **enti ospedalieri**, di rilievo nazionale e di alta specializzazione che diventano **AZIENDE OSPEDALIERE**.

LE NUOVE AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI (AUSL)

LA GESTIONE DELL'AZIENDA E' AFFIDATA A UN **DIRETTORE GENERALE, NOMINATO DAL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE**, LA DIRIGENZA E' COSTITUITA, OLTRE CHE DAL DIRETTORE GENERALE, DAL **DIRETTORE AMMINISTRATIVO** E DAL **DIRETTORE SANITARIO**, CHE SONO NOMINATI DAL DIRETTORE GENERALE MEDESIMO.

AD ESSI SI AFFIANCA:

- IL CONSIGLIO DEI SANITARI (FUNZIONI DI CONSULENZA TECNICO SANITARIA)
- IL COLLEGIO DEI REVISORI (CONTROLLO CONTABILE)

IL CONSIGLIO DEI SANITARI E' COMPOSTO DAL DIRETTORE SANITARIO E DA PERSONALE SANITARIO MEDICO, CON QUESTA RIFORMA ANCHE DA UNA RAPPRESENTANZA DEL PERSONALE INFERMIERISTICO E DEL PERSONALE TECNICO SANITARIO

IL COLLEGIO DEI REVISORI ERA COMPOSTO DAL DIRETTORE GENERALE, UN DESIGNATO DALLA REGIONE, UN DESIGNATO DAL MINISTERO MINISTERO DEL TESORO, UN DESIGNATO DALLA CONFERENZA DEI SINDACI

LE NUOVE AZIENDE OSPEDALIERE

IL D. LGS. 502 PREVEDE LA CONVERSIONE DEGLI ENTI OSPEDALIERI IN AZIENDE OSPEDALIERE, CON PERSONALITÀ GIURIDICA PUBBLICA, AUTONOMIA ORGANIZZATIVA, AMMINISTRATIVA, PATRIMONIALE, CONTABILE, GESTIONALE E TECNICA.

VIENE SUPERATA L'IMPOSTAZIONE STABILITA NELLE L. 833 CHE PREVEDEVA I REQUISITI MINIMI (L. 132/1968).

POTEVANO ESSERE COSTITUITI AZIENDA OSPEDALIERA GLI OSPEDALI DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE, AVENTI ALMENO TRE STRUTTURE DI ALTA SPECIALITA', ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE DI TUTTI I SERVIZI CHE COMPONGONO UNA STRUTTURA DI SPECIALITA'.

GLI OSPEDALI CHE DIVENTERANNO AZIENDE SONO INDIVIDUATI DAL MdS ALLA LUCE DELLE INDICAZIONI PERVENUTE DALLE REGIONI.

QUESTO PROGRAMMA E' STATO POI PORTATO A TERMINE AD EFFETTO DEL SUCCESSIVO D.LGS. 517/1993

GLI ORGANI DI DIREZIONE E GESTIONE SONO GLI STESSI DELLE AUSL.

4. NUOVO MODELLO DI FINANZIAMENTO

Gli obiettivi del SSN sono fissati in funzione delle risorse disponibili.

Il finanziamento delle prestazioni di ricovero non può più avvenire, come in precedenza, in base alle giornate di degenza, ma in base a tariffe predeterminate per ogni **DRG**, in base ad un tetto di spesa programmato per ogni azienda sanitaria, per stimolare la maggiore **efficienza, economicità e appropriatezza** di ogni singola azienda.

Il riparto del finanziamento alle singole aziende era deciso dalle Regioni.

Art.13, comma 1

«Le regioni fanno fronte con risorse proprie agli effetti finanziari conseguenti all'erogazione di livelli di assistenza sanitaria superiori a quelli uniformi»

AD EFFETTO DELLA RIFORMA TUTTE LE AZIENDE SANITARIE HANNO L'OBBLIGO DI CHIUDERE IL BILANCIO IN PAREGGIO.

IL VERIFICARSI DI INGIUSTIFICATI DISAVANZI O LA PERDITA DELLE CARATTERISTICHE STRUTTURALI COMPORTAVA IL COMMISSARIAMENTO DA PARTE DELLA REGIONE.

Cosa sono i DRG

Il sistema dei Diagnosis Related Groups (DRG, Raggruppamenti omogenei di diagnosi) deriva dalla ricerca sulla funzione di produzione delle strutture ospedaliere iniziata nel 1967 dal gruppo dell'Università di Yale

I DRG rappresentano lo strumento di classificazione del prodotto finale dell'ospedale e sono stati sviluppati in funzione delle seguenti caratteristiche principali:

- classificazione della globalità della casistica ospedaliera acuta (**esaustività**);
- definizione delle categorie basata su **informazioni cliniche e demografiche** raccolte sistematicamente attraverso la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)
- classificazione ad un'unica categoria in base alle informazioni sulle diagnosi, sugli eventuali interventi chirurgici e procedure diagnostiche o terapeutiche eseguiti, sull'età e sulla modalità di dimissione (**mutua esclusività**)
- il numero complessivo delle categorie **limitato**
- profili di carico assistenziale e di consumo di risorse simili (**classificazione isorisorse**),
- tipologie di pazienti simili dal punto di vista clinico (**significatività clinica**).

FINANZIAMENTO DELLE AZIENDE SANITARIE

QUOTA DEL FONDO SANITARIO
NAZIONALE DESTINATA DA PARTE
DELLA REGIONE

INTROITI DERIVANTI DAI
PAGAMENTI DELLE PRESTAZIONI
EROGATE

PARTECIPAZIONE ALLA SPESA
EVENTUALMENTE DOVUTA DAI
CITTADINI, INTROITI DERIVANTI
DALL'ESERCIZIO DELLA LIBERA
PROFESSIONE DEGLI OPERATORI,
SERVIZI INTEGRATIVI A
PAGAMENTO

LASCITI, DONAZIONI,
INVESTIMENTI, CONTRATTI,
CONVENZIONI

5. COMPETITIVITA' TRA PUBBLICO E PRIVATO

E' previsto che le prestazioni possano essere erogate sia dalle AUSL e Aziende Ospedaliere che da **strutture private**, a libera scelta del cittadino.

Era in tal modo incentivata la competitivita' al fine di stimolare il **miglioramento qualitativo** delle prestazioni offerte.

Le Regioni dovevano garantire **l'accreditamento** delle istituzioni private, i criteri di remunerazione delle prestazioni e il controllo qualitativo delle prestazioni.

NON PIU' CONVENZIONI MA ACCREDITAMENTO E CONTROLLO DI QUALITA'

Il Decreto prevede (art. 8 comma 7) che le Regioni determinino le modalità per il superamento degli attuali rapporti convenzionali (entro tre anni) e l'entrata in vigore dei nuovi rapporti con le strutture private basate sull'"**accreditamento**" delle strutture che erogano prestazioni specialistiche, sulla remunerazione di tali prestazioni e sull'adozione del **sistema di verifica e revisione della qualità** delle attività svolte dai Centri e delle prestazioni erogate

...Le regioni e le unità sanitarie locali per quanto di propria competenza adottano i provvedimenti necessari per la instaurazione dei nuovi rapporti previsti dal presente decreto fondati sul criterio dell'accreditamento delle istituzioni, sulla modalità di pagamento a prestazione e sull'adozione del sistema di verifica e revisione della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate...

6. REGIONALIZZAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO

Alle Regioni venivano attribuite maggiori responsabilità gestionali, organizzative e finanziarie.

Funzioni delle Regioni:

- Funzioni legislative e amministrative
- Organizzazione delle attività di tutela della salute
- Determinazione dei criteri di finanziamento della AUSL e delle Aziende Ospedaliere
- Programmazione, controllo e valutazione della qualità delle prestazioni erogate
- Determinazione dei livelli di assistenza superiori a quelli nazionali
- Organizzare le rete di Distretti, Presidi, Servizi territoriali e il sistema di Emergenza Sanitaria

7. PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI ALLA GESTIONE E ORGANIZZAZIONE DEL SSN

Lo scopo della partecipazione dei cittadini è valorizzare il rapporto con l'amministrazione in termini di trasparenza e qualità dei servizi.

A livello regionale si prevedeva l'utilizzo di indicatori per la verifica dello stato di attuazione degli obiettivi che vengono **resi pubblici**.

E' prevista inoltre la **consultazione** dei cittadini e delle associazioni di volontariato allo scopo di acquisire informazioni e proposte utili alla programmazione.

Mappa interattiva



Friuli Venezia Giulia

Clicca su uno degli indicatori della Griglia LEA e scopri il trend registrato dal 2001 al 2012 nella Regione.

Elenco degli indicatori:

- 1.1 - POL3 - Copertura vaccinale (%) nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) per polio
- 1.1 - DT-DTP3 - Copertura vaccinale (%) nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) per difterite, tetano e pertosse
- 1.1 - EpB3 - Copertura vaccinale (%) nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) per epatite B
- 1.1 - Hib3 - Copertura vaccinale (%) nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) per Hib
- 1.2 - Copertura vaccinale (%) nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)
- 1.3 - Copertura vaccinale (%) per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (≥ 65 anni)
- 2 - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per: cervice uterina, mammella e colon retto (score)
- 3 - Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro (€)
- 5.1 - Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza
- 5.2 - Percentuale di allevamenti controllati per BRUCellosi ovicaprino, bovino e bufalino
- 5.3 - Percentuale di aziende ovicaprino controllate (3%) per anagrafe ovicaprino
- 6.1 - Percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui
- 6.2 - Percentuale di campionamenti effettuati sul totale dei programmati, negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione, articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95
- 7 - Somma ponderata di tassi specifici normalizzati per alcune condizioni/patologie evitabili in ricovero

Approfondimenti:

- Leggi il documento "Analisi spazio-temporale 2001-2012 degli indicatori della Griglia LEA"
- Scarica le tabelle degli indicatori (formato .xls, formato .ods)
- Consulta la pagina "Monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza"

VISITA IL SITO:

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6_Lea.jsp?lingua=italiano&id=3990&menu=lea&idP=1302

8. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA DELLE AZIENDE SANITARIE

La gestione economica finanziaria delle Aziende USL e ospedaliere è di competenza delle Regioni.

Le Aziende godono di **autonomia patrimoniale** e devono chiudere il proprio bilancio in pareggio.

Le Aziende, per la gestione della contabilità analitica, sono dotate di **Centri di Costo**.

9. VERIFICA E GESTIONE DELLA QUALITA'

«Spettano in particolare alle regioni [...] la valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie»

Vengono identificati degli **indicatori di qualità** delle prestazioni erogate dai servizi.

Nel 1995, ad effetto della L.273 del 1995, viene introdotta la Carta dei Servizi, che è il documento con il quale ogni Ente erogatore di servizi assume una serie di impegni nei confronti della propria utenza riguardo i propri servizi, le modalità di erogazione di questi servizi, gli standard di qualità e informa l'utente sulle modalità di tutela previste.

10. RAPPORTI TRA UNIVERSITA' E SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

Viene superato il regime di convenzione finora in atto e introdotto un sistema più flessibile basato sulla stipulazione di specifici **protocolli d'intesa** fra Regione e Università e sulla stipulazione di accordi appositi fra Università, Aziende ospedaliere e AUSL.

Il riordino del SSN

D.Lgs. 7 dicembre 1993, n°517

Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

In seguito al D. Lgs. 502/1992 furono emanati numerosi decreti attuativi, modificativi e legislativi. Uno dei più rilevanti è stato il D.Lgs 517/1993 «Modificazioni del decreto legislativo 502/1992».

La riforma *bis* viene perciò definita, complessivamente, come il risultato della disciplina contenuta dal **D.Lgs. 502/1992 così come modificato del d. Lgs. 517/1993**

Alla Regione veniva demandata la riorganizzazione dei presidi ospedalieri, l'organizzazione in dipartimenti, la costituzione di nuovi presidi ospedalieri.

La Regione trasmette al Ministero della Sanità le proprie indicazioni per l'individuazione degli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione da costituire in Azienda Ospedaliera. Il MdS verifica i requisiti e formula le proprie proposte al Consiglio dei Ministri.

La gestione delle Aziende è informata al principio dell'autonomia economica, dei bilanci preventivi e consuntivi per centri di costo, basati sulle prestazioni effettuate. Le Aziende hanno vincolo di bilancio in pareggio.

Gli ospedali che non hanno i requisiti per essere costituiti in Aziende ospedaliere restano presidi dell'AUSL, con un dirigente medico ed un dirigente amministrativo, con autonomia economico-finanziaria

In relazione all'esercizio della libera professione si stabilisce che nei presidi ospedalieri e nelle aziende ospedaliere, vengono lasciati gli spazi per l'esercizio della libera professione intramuraria ed una quota di posti letto a pagamento.

BIBLIO-SITOGRAFIA

- SHARON PODESVA, MANUALE DI LEGISLAZIONE SANITARIA, SIMONE EDIZIONI, 2013
- (D.Lgs. 502/92)
<http://www.normattiva.it/atto/caricaDettaglioAtto?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1992-12-30&atto.codiceRedazionale=092G0549¤tPage=1>
- (DRG)
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=1349&area=ricoveriOspedalieri&menu=vuoto
- http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?id=66&area=I_Ssn
- <http://www.ipasvigorizia.it/riferimentiLegislativi.php>