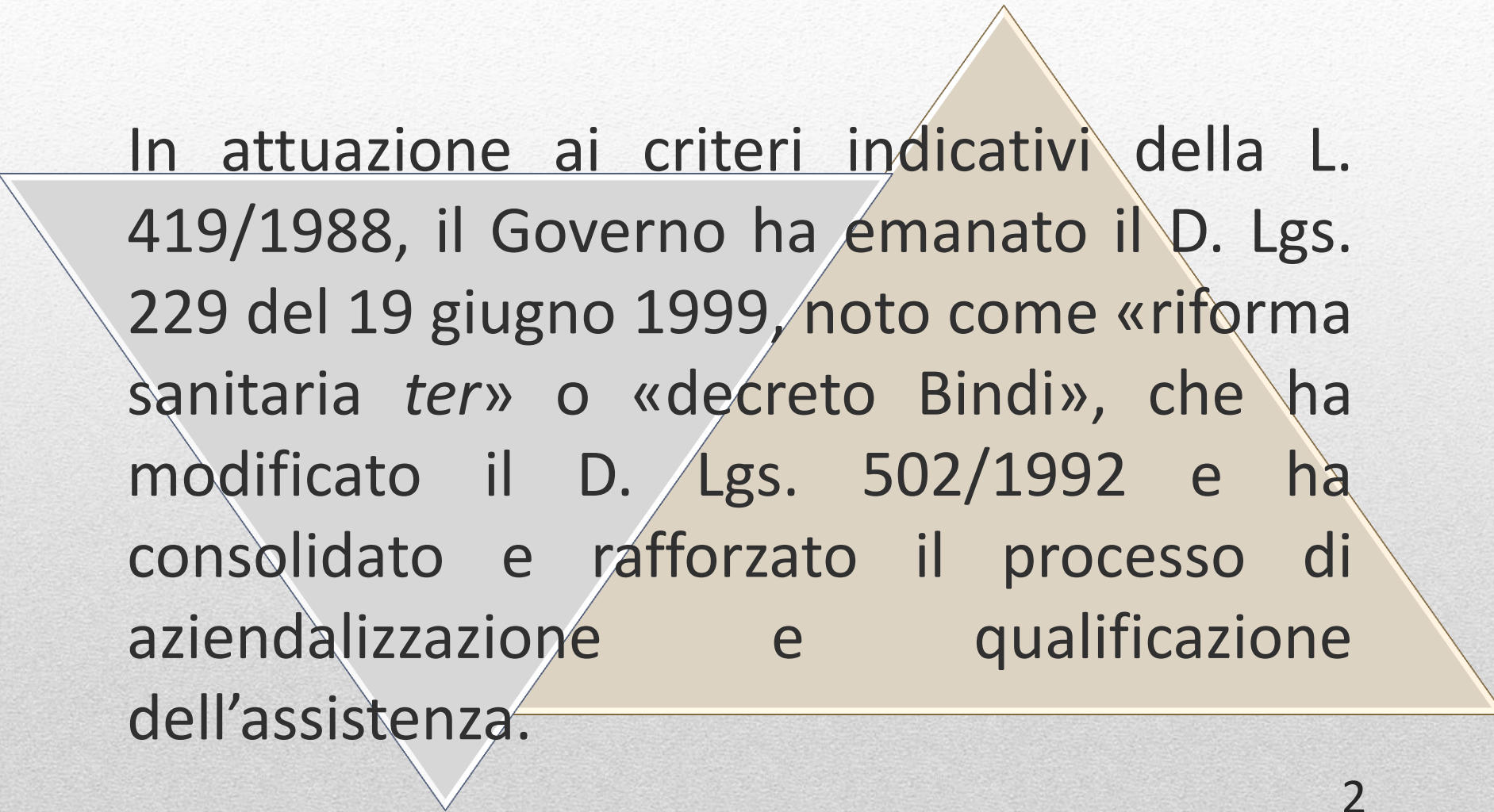


La Riforma Sanitaria *ter* (decreto Bindi)

D. Lgs. N°229/ 19 giugno 1999



In attuazione ai criteri indicativi della L. 419/1988, il Governo ha emanato il D. Lgs. 229 del 19 giugno 1999, noto come «riforma sanitaria *ter*» o «decreto Bindi», che ha modificato il D. Lgs. 502/1992 e ha consolidato e rafforzato il processo di aziendalizzazione e qualificazione dell'assistenza.

GLI ELEMENTI CHIAVE DELLA RIFORMA

1. AZIENDALIZZAZIONE E ORGANIZZAZIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE
2. IL RUOLO DELLE REGIONI
3. IL RUOLO DEI COMUNI
4. LA CONFERENZA PERMANENTE PER LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA E SOCIO SANITARIA REGIONALE
5. ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE
6. PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI
7. SPERIMENTAZIONE GESTIONALE
8. FONDI INTEGRATIVI
9. RIFORMA DELLA DIRIGENZA SANITARIA E RAPPORTO ESCLUSIVO
10. FORMAZIONE PERMANENTE E AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE
11. INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA
12. DEFINIZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA)
13. PROTOCOLLI D'INTESA TRA REGIONI-UNIVERSITA'-STRUTTURE DEL SSN
14. PIANO SANITARIO NAZIONALE



1. AZIENDALIZZAZIONE E ORGANIZZAZIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE

- Le Aziende Sanitarie si dotano di una propria organizzazione attraverso l'adozione di un **ATTO AZIENDALE**, che è atto di diritto privato.
- Il Direttore Generale è nominato dalla Giunta Regionale e a sua volta nomina il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario. Per ognuna di queste figure sono definite le funzioni, i criteri di nomina e di **valutazione**. I Direttori Generali delle Aziende sono valutati ogni anno sulle **funzionalità dei servizi e obiettivi di salute raggiunti**.
- Le AUSL sono articolate in Distretti sanitari, che provvedono all'assistenza primaria e coordinano le attività territoriali. Il distretto garantisce la **continuità assistenziale** attraverso: MMG, PLS, guardia medica, assistenza specialistica ambulatoriale e domiciliare, strutture ospedaliere e servizi specialistici, i dipartimenti della prevenzione e di salute mentale.

2. IL RUOLO DELLE REGIONI

La riforma valorizza il ruolo delle Regioni, organizzano ed erogano il Servizio Sanitario. Il SSN viene definito quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi Sanitari Regionali (SSR).

FUNZIONI DELLE REGIONI:

- Concorrono alla **programmazione** sanitaria nazionale attraverso l'elaborazione delle proposte per il piano Sanitario Nazionale
- Elaborano il **Piano sanitario Regionale** sulla base dei contenuti del PSN
- È previsto che, in caso di mancata adozione del PSR, il Governo può intervenire con la nomina di un **commissario ad acta**. *«L'intervento adottato dal Governo non preclude l'esercizio delle funzioni regionali per le quali si è provveduto in via sostitutiva ed è efficace sino a quando i competenti organi regionali abbiano provveduto»*
- Articola il territorio in **AUSL**
- Predisporre i principi e criteri per la stesura **dell'Atto Aziendale**
- Predisporre i criteri per la suddivisione delle AUSL in **Distretti**
- I criteri di **finanziamento**
- I criteri di **controllo e valutazione**

Articolo 1, comma 1

PROCESSO DI REGIONALIZZAZIONE DEL SSN

*La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività è 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 [...]*

E' rafforzato il ruolo dei Comuni:
Sono previste forme di concertazione con i Comuni per l'attuazione del Piano Sanitario Locale, i Piani attuativi locali (PAL) e del Programma delle attività territoriali (PAT).

4. LA CONFERENZA PERMANENTE PER LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA E SOCIO SANITARIA REGIONALE

La riforma istituisce la **Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale**, composta da rappresentanti regionali e comunali.

La Regione deve obbligatoriamente sottoporre all'attenzione della Conferenza il progetto di Piano Sanitario Regionale.

5. NORME PER L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

La realizzazione di strutture sanitarie e l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie sono subordinate al rilascio di **autorizzazione**.

Il secondo livello di qualificazione è **l'accreditamento istituzionale** che è rilasciato dalle Regioni alle singole strutture autorizzate pubbliche o private ed è subordinato al possesso di requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale, alla verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.

Terzo livello sono gli **accordi contrattuali**. Una volta ottenuto l'accreditamento istituzionale, la struttura privata stipula appositi **accordi contrattuali** con la Regione, mediante i quali si stabilisce il numero di prestazioni che il SSN "acquista" da quella struttura o da quel professionista privato accreditato. L'accreditamento individua così una sorta di "albo dei fornitori" del SSN.

L'esercizio delle attività sanitarie da parte di strutture accreditate prevede la verifica dell'attività svolta e l'adozione e utilizzazione della carta dei servizi per la comunicazione con i cittadini.

Il nuovo modello di accreditamento rappresenta un attestato di qualità da parte del SSN.

6. PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI

E' prevista la partecipazione dei cittadini all'attuazione del Servizio Sanitario Nazionale attraverso il coinvolgimento di essi nella programmazione e valutazione dei Servizi Sanitari.

7. SPERIMENTAZIONE GESTIONALE

La riforma prevede programmi di sperimentazione di nuovi modelli gestionali che prevedano forme di collaborazione tra strutture del Servizio sanitario nazionale e soggetti privati, anche attraverso la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato.

8. FONDI INTEGRATIVI

Si affiancano all'offerta di prestazioni garantite dai livelli di assistenza dal SSN, per potenziarla.

Con i fondi integrativi del SSN sarà possibile rimborsare alcune delle spese sostenute per cure odontoiatriche, prestazioni termali e terapie non convenzionali, non coperte dal SSN.



9. RIFORMA DELLA DIRIGENZA SANITARIA e RAPPORTO ESCLUSIVO

Viene operata la riforma della dirigenza sanitaria stabilendo la collocazione in un unico ruolo, distinto per profili professionali, e in un unico livello.

Si introduce il regime di **esclusività del rapporto di lavoro**. I medici sono chiamati a scegliere fra il rapporto di lavoro esclusivo e la libera professione fuori dal SSN. Il rapporto di lavoro esclusivo costituisce un requisito essenziale per **accedere alla direzione** delle strutture, solo i medici che lavorano in esclusiva per il SSN potranno dirigere reparti, dipartimento e unità operative.

Si incentiva l'opzione per il rapporto di lavoro pubblico, permettendo l'esercizio della libera professione all'interno delle strutture pubbliche, il rapporto esclusivo di lavoro consente l'attività libero professionale solo **all'interno della struttura**.

Viene istituita la

Commissione Nazionale per La Formazione Continua, che definisce gli obiettivi formativi di interesse nazionale, in linea con le priorità individuate dal Piano Sanitario Nazionale.

La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce un requisito preferenziale nei concorsi e nel conferimento degli incarichi.

Le Regioni:

- elaborano gli obiettivi formativi di interesse regionale
- concorrono ad individuare gli obiettivi di interesse nazionale
- accreditano i progetti formativi di rilievo regionale
- predispongono una relazione annuale

11. INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

La legge definisce **prestazioni sociosanitarie** tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

- Le **prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria** sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria
- Le **prestazioni sociali a rilevanza sanitaria** sono di competenza dei Comuni

12. DEFINIZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA)

Articolo 1, comma 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.*

Visita il sito del Ministero della Salute:

http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=111&area=Il_Ssn

12. DEFINIZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA)

I LEA si articolano in tre aree:

1. **Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e del lavoro**
2. **Assistenza distrettuale**
3. **Assistenza ospedaliera**

I LEA rappresentano il contenuto essenziale che il SSR deve garantire ai propri cittadini. Lo Stato individua i LEA tramite D.P.C.M. contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al SSN, nel rispetto della **compatibilità finanziaria**.

Le Regioni possono prevedere l'erogazione di LEA superiori rispetto a quelli nazionali, ma devono farvi fronte con risorse proprie.

Le prestazioni sanitarie, per essere comprese nei LEA devono:

- Rispondere a necessità assistenziali tutelate in base ai **principi** ispiratori dello SSN
- Soddisfare i requisiti di **efficacia e appropriatezza**, secondo le evidenze scientifiche disponibili, ed essere utilizzate per soggetti corrispondenti alle indicazioni della raccomandazione
- Soddisfare il principio di **economicità** nell'impiego delle risorse
- Prestazioni innovative ancora in fase di sperimentazione possono essere erogate solo in ambito ad appositi **programmi di ricerca** autorizzati dal MdS

- **Sono completamente esclusi dai LEA:**

Chirurgia estetica, circoncisione rituale maschile, medicina non convenzionale, vaccinazioni eseguite in occasione di soggiorni all'estero, certificazioni mediche per interesse privato, certe prestazioni fisioterapiche...

- **Sono parzialmente escluse dai LEA:**

Prestazioni che potranno essere erogate solo se ne viene riconosciuto il requisito di appropriatezza, es. certe prestazioni di assistenza odontoiatrica e protesica, densitometria ossea (MOC), alcune tecniche chirurgiche... (il Ministero e le Regioni decidono quali sono i casi in cui si potrà erogare tali prestazioni a spese del SSN)

- **Sono considerate ad alto rischio di inappropriatelyzza:**

Interventi e procedure eseguite in ricovero ordinario ma che potrebbero venire erogate in DH o ambulatorialmente (individuate con DPCM)

L'appropriatezza delle prestazioni erogate dal SSR è sottoposta a **verifica** del Ministero della Salute.

Viene confermata la disciplina sui protocolli d'intesa tra Università, Regioni e Strutture del SSN, ma vengono in più identificate le caratteristiche delle strutture universitarie che svolgono attività assistenziali e delle strutture per la formazione specialistica.

La riforma precisa che il **Piano Sanitario Nazionale** ha durata triennale
Piano Sanitario Nazionale è di durata triennale :

- Stabilisce le **linee generali** di indirizzo e le modalità di svolgimento delle attività istituzionali del SSN;
- indica gli **obiettivi** da realizzare nel triennio;
- fissa i **livelli** essenziali e uniformi di assistenza sanitaria da garantire a tutti i cittadini
- **determina l'importo del Fondo Sanitario Regionale** da iscrivere annualmente nel bilancio dello Stato.
- Indirizza in merito ai requisiti di **qualità** dell'assistenza
- Identifica **progetti-obiettivo**, anche di natura socio-assistenziale e di ricerca bio-medica
- Identifica le esigenze di **formazione** di base e continua del personale e il fabbisogno delle risorse umane
- Emette **linee guida** e **percorsi diagnostico-terapeutici**
- Fornisce i criteri e gli **indicatori per la verifica** dei livelli di assistenza erogata rispetto a quella programmata

UNO SGUARDO AI CAMBIAMENTI CHE ACCOMPAGNANO LA RIFORMA

2000 E DINTORNI

Le novità legislative introdotte dalla riforma «ter» devono essere collocate nell'ambito della Riforma del Titolo V della Costituzione e della nuova ripartizione delle competenze fra Stato e Regioni nel settore sanitario che ne è conseguita.

Di fondamentale importanza è stata la **legge n°59/1997 che ha introdotto il concetto di federalismo amministrativo**, cioè il perseguimento del decentramento amministrativo delle funzioni dello Stato verso gli enti territoriali. Vengono ampliate le funzioni amministrative demandate alle Regioni.

A completamento del processo di decentramento delle funzioni amministrative è stata operata la riforma del Titolo V della Costituzione (L. Cost. n°3/2001), che ha profondamente mutato l'assetto dei rapporti tra Stato, Regioni e enti locali, che ha **accresciuto i poteri delle Regioni**.

La riforma Costituzionale ha coinvolto anche la materia sanitaria.

Il previgente articolo 117 della Costituzione affidava alle Regioni competenze legislative in materia di **«assistenza sanitaria e ospedaliera»**, mentre la nuova formulazione dell'articolo 117 attribuisce alle Regioni competenza in materia di **«tutela della Salute»**.

Il concetto di **Sanità** è più **restrittivo** di quello di **Salute**:

la prima – da intendersi come l'assieme dei servizi sanitari messi a disposizione del paziente – è soltanto uno dei determinanti della salute che invece è "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o infermità". (definizione dell'OMS , 1948)





Nel 2001 il «MINISTERO DELLA SANITÀ» è stato ridenominato «MINISTERO DELLA SALUTE»,

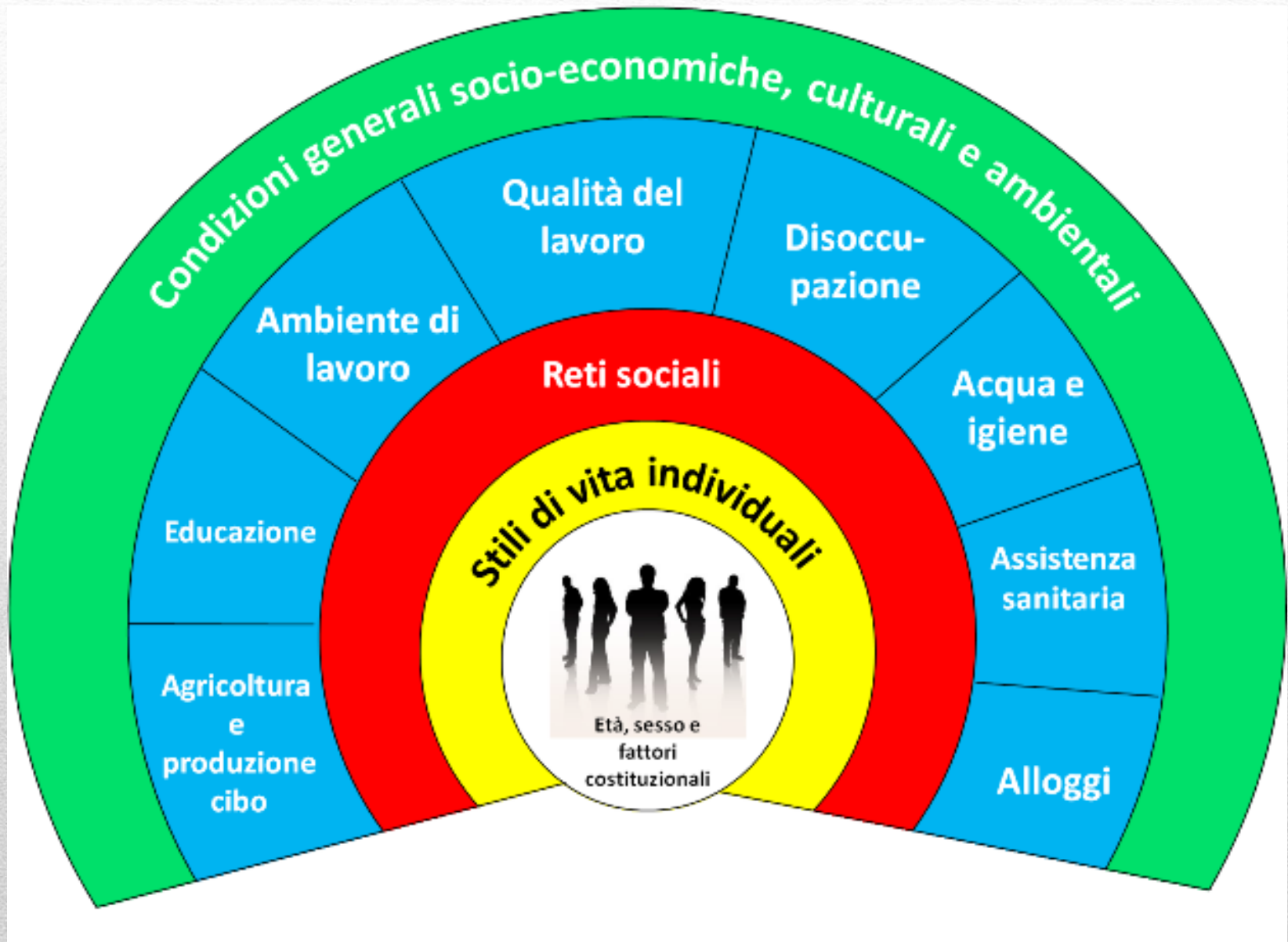
il piano sanitario nazionale 2001-2003 si è intitolato «**DALLA SANITÀ ALLA SALUTE**» e prevede un programma di sistema decentrato di responsabilità che attua il servizio sanitario nazionale nel federalismo.

La Riforma dell'Assistenza Sociale

Legge quadro 328/2000

Realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali

I DETERMINANTI NON SANITARI DI SALUTE



La legge n° 328 del 2000 –“**Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali**” ha ridefinito il profilo delle politiche sociali

Questa legge si colloca in un **vuoto legislativo di oltre 110 anni** in cui è mancata una regolamentazione organica dei servizi socio-assistenziali. Prima della 328, infatti, solo la Legge Crispi del 1890 aveva costituito la norma organica di riferimento per l’assistenza sociale. Tra le due norme numerosi sono stati i cambiamenti e le riforme ma solo con la legge del 2000 si è giunti alla creazione di un quadro normativo unitario valido per l’intero territorio nazionale.

Con questa riforma si supera l’accezione tradizionale di assistenza sociale, come luogo di realizzazione di interventi riparativi del disagio, e si abbraccia il concetto di **protezione sociale attiva**, luogo di rimozione delle cause di disagio, di prevenzione e valorizzazione delle capacità della persona.

La nuova organizzazione del sistema dei servizi sociali definisce le competenze dei **Comuni**, oltre che delle Province, Regioni e Stato.

Per quanto riguarda i Comuni la legge afferma che essi sono titolari delle funzioni amministrative riguardanti gli interventi sociali

Hanno funzioni di programmazione e progettazione da realizzare attraverso i Piani di Zona.

Al Comune spetta poi, oltre all'erogazione dei servizi e delle prestazioni economiche e la vigilanza e il controllo sui soggetti che costituiscono questo sistema che devono ottenere l'accreditamento.

Tutti i soggetti erogatori di servizi che intendono entrare nelle attività dei servizi socio-assistenziali devono entrarci infatti attraverso la strada di una **autorizzazione preventiva** e di una certificazione e di un **accreditamento** da parte del Comune.

Questi strumenti servono ad accertare la **qualità sociale dei servizi erogati** cioè la loro rispondenza ai requisiti minimi fissati a livello statale e sulla base dei quali le regioni definiscono i criteri per l'autorizzazione e l'accreditamento.

I servizi socio-assistenziali devono adottare la **Carta dei servizi sociali**.

Ne deriva un modello di welfare socio-assistenziale caratterizzato dalla capacità di mobilitare le risorse presenti sul territorio che viene detto "municipale" in riferimento al ruolo di regia attribuito al Comune.

Spetta infine ai Comuni l'elaborazione e l'approvazione dei **Piani di zona** di assistenza sociale.

I Piani di Zona

Il Piano di zona (PDZ) è lo strumento fondamentale per la definizione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali del territorio di competenza dei Comuni associati negli ambiti distrettuali, ovvero del Servizio sociale dei Comuni (SSC), ed è disciplinato dall'articolo 24 della LR 6/2006.

COSA SONO I PDZ

Il PDZ è lo strumento locale per favorire la riprogrammazione, il rafforzamento e la messa in rete di interventi e di servizi sociali e promuovono:

- il potenziamento della gestione associata dei servizi e degli interventi;
- la riqualificazione delle risorse disponibili;
- **la promozione dell'effettiva integrazione sociosanitaria;**
- il perseguimento di una concezione ampia di politica sociale che permetta di connettere le politiche socioassistenziali tradizionali con le forme di contrasto delle nuove povertà, le politiche attive del lavoro, della famiglia, della casa, ecc.

I SOGGETTI DEI PDZ

I soggetti del PDZ sono i **Servizi sociali dei Comuni (SSC)**, **le Aziende per i servizi sanitari (ASS)**, le Province, le Aziende pubbliche di servizi alla persona (ASP), nonché i soggetti del terzo settore e le eventuali altre istituzioni pubbliche locali.

- In attuazione della legge 328/2000

le IPAB vengono trasformate in Aziende Pubbliche di Servizi (ASP)

- Svolgono direttamente attività di assistenza alla persona e sono dotate di personalità giuridica di diritto pubblico, autonomia di Statuto, patrimoniale, contabile e vincolo di pareggio di bilancio.

Le IPAB che **non posseggono i requisiti** per poter essere trasformate in ASP, devono essere trasformate in **associazioni o fondazioni di diritto privato** e sono soggetti alla vigilanza della Regione.

BIBLIO-SITOGRAFIA

- SHARON PODESVA, MANUALE DI LEGISLAZIONE SANITARIA, SIMONE EDIZIONI, 2013
- <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/deleghe/99229dl.htm>
- http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=111&area=Il_Ssn
- http://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_6_1.jsp?label=cenni&menu=fin&id=546
- http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=47&area=Il_Ssn
- http://www.assistentsociali.org/servizio_sociale/legge-quadro-328-2000-sistema-integrato-servizi-sociali.htm
- <http://www.regione.fvg.it/rafvfg/cms/RAFVG/salute-sociale/sistema-sociale-sanitario/FOGLIA21/>