



università di ferrara
DA SEICENTO ANNI GUARDIAMO AVANTI.

Organizzazione e Storia del Servizio Sanitario Nazionale

ARTICOLO 32 DELLA COSTITUZIONE

- ✓ 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 in nessun caso può violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

SANITÀ DAL 1948 AL 1978

- ✓ Organizzazione e gestione statale
- ✓ Assicurazioni mutualistiche (INAM etc.)
- ✓ Ospedali
- ✓ Uffici provinciali igiene

1972: COSTITUZIONE DELLE REGIONI

- D.P.R. 14 gennaio 1972 n. 4
- Le funzioni amministrative esercitate dagli organi centrali e periferici dello Stato in materia di assistenza sanitaria, nelle sue fasi di intervento preventivo, curativo e riabilitativo, sono trasferite alle Regioni a statuto ordinario.

Legge 23 dic.1978 n.833:

Istituzione del Servizio
Sanitario Nazionale (SSN)

CHE COSA È IL SSN?

- ✓ E' lo strumento operativo per garantire la tutela della salute.
- ✓ Art. 1 legge 833 " la Repubblica tutela la salute come fondamentale **diritto dell'individuo e interesse della collettività** mediante il SSN".

DA COSA È COSTITUITO IL SSN?

- Il SSN è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture e delle attività che concorrono a promuovere, a mantenere e a recuperare la salute fisica e psichica di tutta la popolazione.

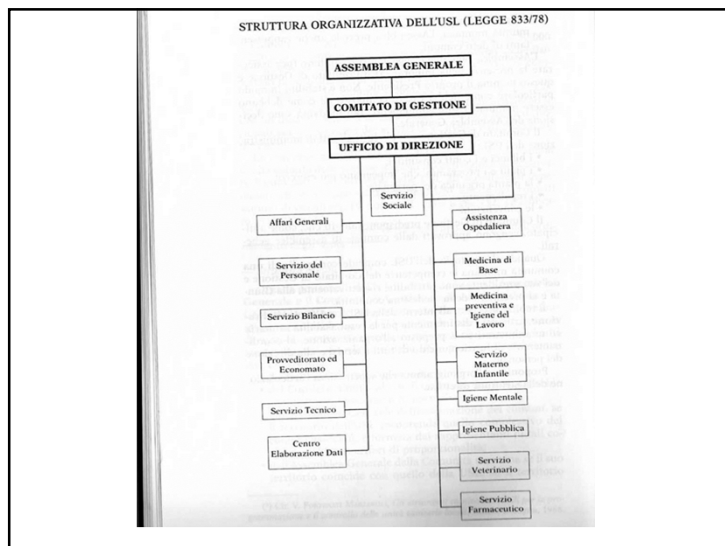
OBIETTIVI DEL SSN

- ✓ Uniformita' delle condizioni di salute su tutto il territorio nazionale, garantendo a tutti i **livelli uniformi di assistenza.**
- ✓ I livelli uniformi di assistenza sono "l'insieme delle attività che devono essere erogate dal SSN" (psn 94-96)

A CHI COMPETE L'ATTUAZIONE DEL SSN?

- ✓ Nella legge 833 /78 vi sono tre livelli di intervento: lo stato - le regioni - gli enti locali.
- ✓ Dalla legge 502/92 e successive modificazioni vi sono due livelli di intervento :
 - ✓ **lo stato**
 - ✓ **le regioni.**

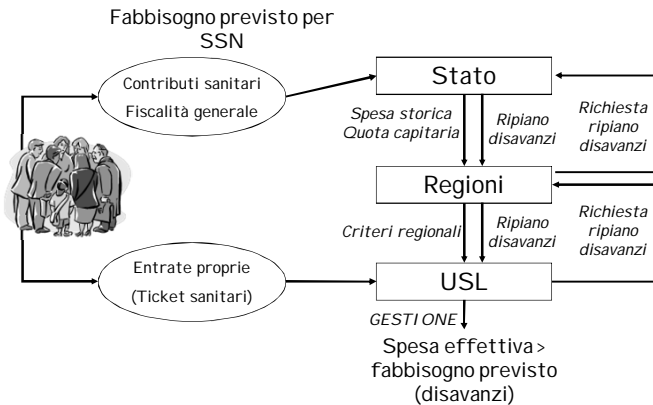
Lo strumento operativo del SSN nella 833 è rappresentato dalle Unità Sanitarie Locali.



LE USL NELLA L. 833/78

- ✓ Sono Strutture operative dei Comuni
 - ✓ Sono lo Strumento per realizzare gli obiettivi per la tutela della salute
- Gestiscono :
- a) le strutture ospedaliere del territorio
 - b) la medicina di base
 - c) il servizio farmaceutico
 - d) l'igiene pubblica
 - e) l'igiene mentale
 - f) il Servizio veterinario
 - g) la Medicina preventiva e igiene del lavoro
- ✓ Effettuano la Gestione contabile e amministrativa

SISTEMA DI FINANZIAMENTO ACCENTRATO

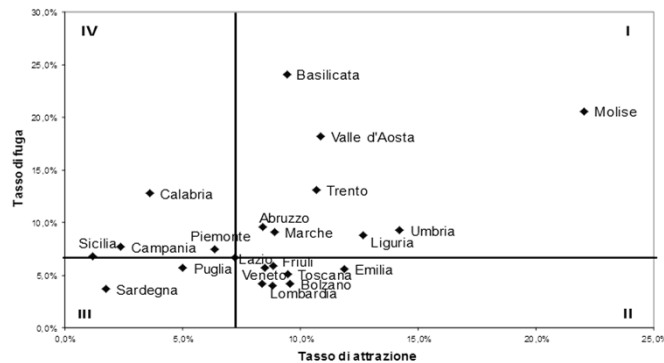


DALLA L. 833/78 AL D.L. 502/92

- ✓ "Burocratizzazione" delle USL
- ✓ Formalizzazione dell'attività (autoreferenzialità)
- ✓ Intervento della politica nella gestione
- ✓ Mancanza di autonomia e direzione "manageriale"
- ✓ Remunerazione del personale non correlata ai risultati
- ✓ Deresponsabilizzazione finanziaria USL e Regioni
- ✓ Ritardi nella definizione e ripartizione del FSN
- ✓ Separazione tra responsabilità di spesa (USL) e finanziamento (Stato)
- ✓ Ripiano dei disavanzi
- ✓ Differenze regionali nell'utilizzo dei servizi

DALLA 833/78 AL D.L. 502/92

Differenze regionali: i flussi di mobilità



DALLA 833/78 AL D.L. 502/92

- Legge 833/78
- Decreti Legislativi 502/92 e 517/93
- Decreto Legislativo 229/99 (Bindi)
- Federalismo fiscale (D. lgs 56/2000)
- Accordo Stato - Regioni 8/8/01 (D. lgs 347/01 convertito in L. 405/01)

AZIENDALIZZAZIONE: PUNTO CARDINE DEL D.L. 502/92

- ✓ Si passa dalla gestione politica alla gestione tecnica.
- ✓ Le Usi diventano Aziende Sanitarie Locali (ASL).
- ✓ Vengono create le Aziende Ospedaliere e le Aziende Ospedaliere Universitarie.
- ✓ Vengono ridefiniti gli ambiti territoriali delle Aziende sanitarie su base provinciale.
- ✓ La funzione di indirizzo e controllo dei Comuni viene meno (USL autonome e cambiano referente politico)
- ✓ Regionalizzazione del SSN
- ✓ Maggiore autonomia nel governo e coordinamento dei SSR (dimensione territoriale delle ASL; "quasi-mercato"; nomina DG)
- ✓ Finanziamento (in parte)
- ✓ Copertura dei disavanzi (in parte)

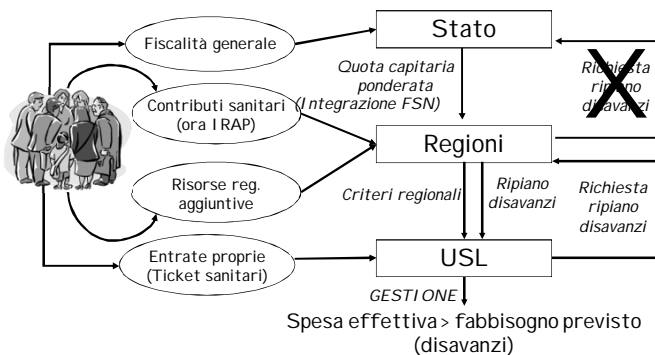
✓ La struttura del Servizio Sanitario Nazionale, articolato nei Servizi Sanitari Regionali, è articolata in: Stato, Regioni, ASL e AO *gestite dai Direttori Generali* o managers, assunti con contratto di diritto privato.

✓ La Regione svolge, sulle Aziende sanitarie presenti sul proprio territorio, un'opera di indirizzo, di coordinamento e di controllo, nel rispetto dell'autonomia organizzativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica loro attribuita dalla legge.

✓ Le Regioni sono inoltre tenute, nel rispetto delle linee guida nazionali, a emanare norme per la gestione economico-finanziaria e patrimoniale delle Aziende USL e delle Aziende ospedaliere.

NUOVO MODELLO DI FINANZIAMENTO

Fabbisogno previsto per SSN (livelli uniformi - essenziali di assistenza)



FINANZIAMENTO DEL SSN

- In ottemperanza alla 833/78, il finanziamento del SSN avviene attraverso la fiscalità generale.
- Possono essere aggiunti eventuali fondi integrativi, per rispondere ad esigenze eventuali.

FINANZIAMENTO DEL SSN

Modelli di finanziamento delle strutture sanitarie nell'ambito di un sistema sanitario regionale:

- I. Quota capitaria;
- II. Meccanismo tariffario;
- III. Il finanziamento per funzioni;
- IV. I finanziamenti straordinari;
- V. I finanziamenti vincolati

FINANZIAMENTO DEL SSN

- I. Quota capitaria tende a:
 - a. Garantire l'equità nell'accesso ai servizi sanitari a parità di bisogno;
 - b. Tenere sotto controllo la dinamica della spesa sanitaria.

- II. Quota capitaria: finalità
Raggiungimento di livelli uniformi di assistenza quale criterio di finanziamento dei sistemi sanitari sia nazionali che regionali, aventi impronta solidaristica.

FINANZIAMENTO DEL SSN

- III. Quota capitaria: strumenti
- ✓ Tale obiettivo può essere perseguito mediante un'equa distribuzione delle risorse destinate al finanziamento dei servizi sanitari su base territoriale, in funzione della **variabilità** dei livelli di **bisogno assistenziale** delle popolazioni locali.

 - ✓ La definizione di bisogno solitamente adottata è quella di quella epidemiologica che si basa sulla considerazione del carico di patologie presenti in una popolazione.

FINANZIAMENTO DEL SSN

La variabilità nell'utilizzo dei servizi sanitari da parte delle diverse popolazioni può dipendere da diversi fattori fra cui:

- 1) Le caratteristiche sociali, demografiche ed epidemiologiche delle singole popolazioni;
- 2) Le caratteristiche qualitative e quantitative nell'offerta di servizi sanitari.

FINANZIAMENTO DEL SSN

IV. Quota capitaria: **differenziazione**

- ✓ **Semplice:** risponde all'intento di garantire uguali risorse a ciascun individuo, indipendentemente dal suo bisogno di assistenza. La ripartizione del fondo per l'assistenza sanitaria viene effettuata, in questo caso, tenendo conto della numerosità delle popolazioni considerate.
- ✓ **Ponderata:** Ponderando la popolazione in relazione ad indicatori del relativo livello di bisogno sanitario e, quindi del potenziale domanda di assistenza, in relazione alle caratteristiche epidemiologiche, demografiche e sociali sua composizione

FINANZIAMENTO DEL SSN

IV. Quota capitaria: **differenziazione ponderata**

- a) **Consumi sanitari** per età e sesso (per la definizione dei relativi pesi la popolazione residente viene suddivisa in otto classi);
- b) **Tassi di mortalità** relativi alle classi di età tra 1 e 75 anni (applicati al 20% del fondo sanitario nazionale);
- c) Alcuni indicatori epidemiologici territoriali (applicati al 3% del fondo sanitario nazionale);
- d) I dati relativi alla distribuzione a livello regionale dei **casi di Aids**, dei soggetti in trattamento di **dialisi**, dei **trapianti** e degli **infortuni sul lavoro** (applicati in percentuali molto ridotte del fondo sanitario nazionale variabili dallo 0,5 all'1%);
- e) Alcuni indicatori relativi a situazioni territoriali aventi effetti sul bisogno di assistenza sanitaria (applicati all'1% del fondo sanitario nazionale), quali ad esempio la **densità della popolazione**.

FINANZIAMENTO DEL SSN

Strumenti di governo del livello della spesa e/o di controllo dell'appropriatezza → l'introduzione di meccanismi tariffari può rappresentare un incentivo a comportamenti virtuosi, ma implica anche alcuni rischi

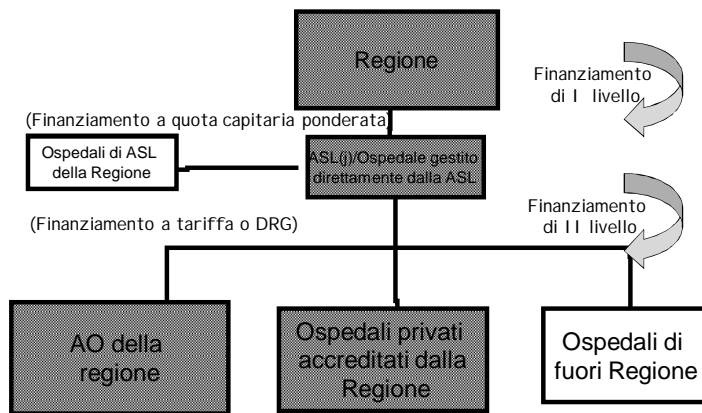
<i>Dimensioni assistenza</i>	<i>Rischi</i>	<i>Opportunità</i>
Volumi	Aumento ricoveri impropri	Riduzione lista d'attesa
Accessibilità	Selezione pazienti	Specializzazione attività, aumento appropriatezza uso risorse ed efficienza operativa
Durata della degenza	Dimissioni precoci	Efficienza operativa
Profili di cura	Riduzione servizi necessari e dimissioni precoci	Aumento appropriatezza uso risorse
Livello di assistenza	Trasferimenti impropri - spostamento dell'attività verso i livelli più remunerativi	Sviluppo di livelli alternativi di assistenza

FINANZIAMENTO DEL SSN

I finanziamenti straordinari

- ✓ Non si basano né sul meccanismo capitario, né su quello tariffario, né sul finanziamento di funzioni.
- ✓ Si collocano in una posizione strategica rispetto al superamento del modello tradizionale di finanziamento.

Rapporti di finanziamento dei servizi ospedalieri nel sistema sanitario regionale



MODELLI DI FINANZIAMENTO DEGLI OSPEDALI

- d. **L'ASL svolge soltanto funzioni di acquisto:** scorporando tutte le strutture di ricovero consentendo lo sviluppo di una più equa competizione sulla qualità e/o prezzo fra tutti i fornitori di una generica ASL.

ORGANIZZAZIONE DEL LIVELLO STATALE

La L. 833/78:

- Stabilisce la programmazione sanitaria nazionale
- Indirizzi generali per la tutela della salute
- Livelli di prestazione da garantire a tutti i cittadini
- Norme per garantire uniformità di assistenza
- Coordina attività amministrative regionali
- Funzioni amministrative generali
- Stabilisce il Fondo Sanitario Nazionale e il riparto alle Regioni
- Redige il Piano Sanitario Nazionale
- Recepisce direttive internazionali

Nel D.L. 502/92 e succ. modificazioni:

- Indirizzi generali per la tutela della salute
- Stabilisce la programmazione nazionale con la partecipazione delle Regioni
- **Fissa d'intesa con le Regioni i LEA**
- **Stabilisce l'entità del Fondo Sanitario Nazionale** e lo ripartisce d'intesa con le Regioni
- Redige il Piano Sanitario Nazionale con la partecipazione delle Regioni
- Recepisce direttive internazionali

PIANO SANITARIO NAZIONALE

- ✓ La programmazione sanitaria è prerogativa del livello statale, esplicitata con il Piano Sanitario Nazionale nel quale:
- si delineano le procedure di programmazione e attuazione del SSN, la promozione della salute,
 - si individuano le priorità realizzate con obiettivi chiari, correlati con le disponibilità economiche, i livelli essenziali di assistenza.

PIANO SANITARIO NAZIONALE: OBIETTIVI

- ✓ **Educazione sanitaria**
- ✓ **Prevenzione**
- ✓ **Diagnosi e cure**
- ✓ **Riabilitazione**
- ✓ **Igiene ambiente di vita**
- ✓ **Igiene ambiente lavoro**
- ✓ **Igiene alimenti**
- ✓ **Igiene veterinaria**
- ✓ **Disciplina farmaci**
- ✓ **Formazione**
- ✓ **Ricerca scientifica**

LA RIFORMA BINDI (D.L. 229/99)

- Riaffermazione dei principi e dell' impostazione della L. 833/78.
- Definizione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (novembre 2001):
 - Cosa può permettersi di offrire il SSN (efficacia, appropriatezza, economicità).
 - Quanto si dovrebbe spendere per tali livelli.
 - Sviluppo dei fondi integrativi.

Livelli Essenziali di Assistenza(LEA)

- ✓ I Livelli sono definiti essenziali perché necessari e appropriati per rispondere ai bisogni fondamentali di tutela della salute.
- ✓ I LEA devono essere anche uniformi su tutto il territorio nazionale.
- ✓
- ✓ L'individuazione dei LEA è effettuata, per il periodo di validità del PSN contestualmente alla individuazione delle risorse finanziarie destinate al SSN.
- ✓ Le prestazioni comprese nei LEA sono garantite dal SSN gratuitamente o con quota a carico del cittadino.

LISTA POSITIVA DEI LEA

I LEA comprendono:

1. assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro,
2. assistenza distrettuale,
3. assistenza ospedaliera.

LISTE D'ATTESA:
SCHEMA D'INTESA STATO-REGIONI 28/03/06

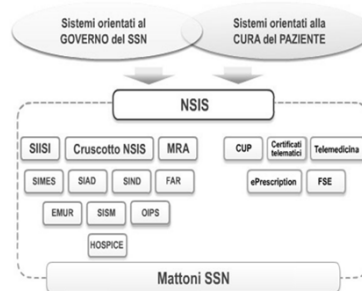
- ✓ Ha individuato 100 prestazioni stabilendone tempi massimi d'attesa.
- ✓ Ogni ASL indica le strutture presso le quali tali tempi sono assicurati.
- ✓ Promuove la realizzazione del CUP (Centro Unico di prenotazione).
- ✓ Attivazione di uno specifico flusso nel NSI S (Nuovo sistema informativo sanitario).
- ✓ Istituzione cooperative iscritte a CNA.
- ✓ Il divieto di sospensione della attività di prenotazione.
- ✓ Obbligo del registro di prenotazione.
- ✓ Applicazione di sanzioni.

LISTA NEGATIVA DEI LEA

- Prestazioni completamente escluse dai LEA
- Prestazioni parzialmente escluse dai LEA
- Prestazioni incluse nei LEA, ma con profilo organizzativo inappropriato da modificare

LISTE D'ATTESA
SCHEMA D'INTESA STATO-REGIONI 28/03/06

- Ha individuato 100 prestazioni stabilendone tempi massimi d'attesa.
- Ogni ASL indica le strutture presso le quali tali tempi sono assicurati.
- Promuove la realizzazione del CUP.
- Attivazione di uno specifico flusso nel NSIS.
- Istituzione CNA (Commissione nazionale Aids).
- Il divieto di sospensione della attività di prenotazione.
- Obbligo del registro di prenotazione.
- Applicazione di sanzioni.



- MRA: Monitoraggio rete Assistenza
- SIAD: Assistenza domiciliare
- SIND: Dipendenze
- SIMES: Monitoraggio errori in sanità

ORGANIZZAZIONE DEL LIVELLO REGIONALE
NEL D.L. 502/92 E MODIFICHE

- Legislativa
- Amministrativa propria e delegata
- Controllo
- Stabilisce l'ambito territoriale dell'ASL
- Individua le Aziende Ospedaliere
- Agenzia sanitaria e sociale regionale
- Ripartizione del Fondo Regionale
- Piano Sanitario Regionale
- Vara i Protocolli d'intesa con le Università

- Comunità, equità e partecipazione
- Governance della ricerca
- Governo clinico
- Osservatorio regionale per l'innovazione
- Rischio infettivo
- Sviluppo delle professionalità per l'assistenza e la salute
- Valutazione del farmaco
- Valutazione e sviluppo dell'assistenza e dei servizi

L'AZIENDA SANITARIA LOCALE (ASL)

- Le ASL assicurano i LEA.
- Le ASL sono aziende di diritto pubblico con personalità giuridica al fine di dotare l'organizzazione sanitaria di efficienza, efficacia ed economicità.
- Le ASL hanno dimensione infraregionali.
- Le funzioni dell'ASL vengono svolte con atto aziendale.

L'AZIENDA SANITARIA LOCALE (ASL)

- L'**Autonomia organizzativa** individua autonomamente la struttura organizzativa dell'Azienda sia come sistema organizzativo interno (staff di direzione), sia come livelli di decentramento (poteri di gestione, di controllo).
- L'**Autonomia amministrativa** è il potere di adottare autonomamente provvedimenti amministrativi che implicano potestà pubblica.
- L'**Autonomia contabile** comprende l'area di gestione economica, finanziaria e patrimoniale.
- L'**Autonomia patrimoniale** è il disporre del patrimonio sia con atti di acquisizione, sia con atti di cessione, sia con atti di amministrazione.

L'AZIENDA SANITARIA LOCALE (ASL)

- L'**Autonomia gestionale** è il potere di
 - determinare in piena autonomia gli obiettivi dell'azione
 - programmare le attività
 - provvedere alla allocazione delle risorse umane, strumentali e finanziarie
 - procedere al conferimento dei poteri e alle attribuzioni delle responsabilità
 - controllare l'andamento della gestione
 - verificare i risultati.
- L'**Autonomia tecnica** verifica le procedure e le modalità di impiego delle risorse.

COMPLESSITÀ GESTIONALE DELLE ASL

	Popolazione media	ASL provinc.	ASL subprovinc.	Asl comunali	ASL senza presidi a gest. dir.	Asl con almeno 1 AO* sul territorio
Piemonte	194.885	5	13	4 (TO)	-	6
Valle d' Aosta	120.343	1	-	-	-	-
Lombardia	604.363	9	5	1 (MI)	8***	13
Trento	473.714	1	-	-	-	-
Bolzano	115.636	-	4	-	-	-
Veneto	214.844	-	21	-	-	2
Friuli VG	197.529	3	3	-	1	3
Liguria	325.174	3	2	-	-	2
Emilia Romagna	306.242	7	5	1 (BO)	-	5
Toscana	294.699	8	4	-	-	3
Umbria	208.872	1	3	-	-	2
Marche	112.384	-	13	-	-	4
Lazio	438.673	4	3	5 (RM)**	-	5
Abruzzo	213.169	2	4	-	-	-
Molise	81.997	-	4	-	-	1
Campania	444.689	1	11	1 (NA)	-	5
Puglia	340.437	2	10	-	-	7
Basilicata	121.237	-	5	-	-	2
Calabria	186.407	2	9	-	-	3
Sicilia	565.310	9	-	-	-	9
Sardegna	206.486	1	7	-	-	2
Italia	292.791	59	126	12	9	74

IL FEDERALISMO FISCALE

Articolo 119 (L. cost. 3/2001) :

- I Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni hanno **autonomia finanziaria di entrata e di spesa**.
- Stabiliscono e applicano **tributi ed entrate propri**, in armonia con la Costituzione e secondo i principi di coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario.
- La legge dello Stato istituisce un **fondo perequativo**, senza vincoli di destinazione, per i territori con minore capacità fiscale per abitante.
- Le risorse derivanti dalle fonti di cui ai commi precedenti consentono ai Comuni, alle Province, alle Città metropolitane e alle Regioni di finanziare integralmente le funzioni pubbliche loro attribuite.

IL FEDERALISMO FISCALE

- Risorse totalmente raccolte dalle regioni
 - Soppressione trasferimenti erariali (soprattutto abolizione dell'integrazione Fondo Sanitario Nazionale).
 - Sostituzione con compartecipazione IRPEF (da 0,5 s 0,9%), aumento accisa sulla benzina e compartecipazione all'IVA (25,7%).
- ... quindi risorse complessive regionali legate allo sviluppo del reddito e dei consumi!

IL FEDERALISMO FISCALE

- Finanziato attingendo alle compartecipazioni IVA ed eventualmente all'accisa sulla benzina.
- Concorso / assegnazione in base a capacità fiscale (90% distanza tra gettito standardizzato regionale e medio, esclusi aumento aliquote tributi propri) e criterio del fabbisogno (quota capitaria ponderata + correzione per costo delle piccole dimensioni).
- L'importanza attribuita alla spesa storica (peso decrescente fino ad esaurimento nel 2013).

IL FEDERALISMO FISCALE

- Eliminazione del vincolo di impegno pari alla quota capitaria fissata dal PSN.
- Sostituito da procedure di monitoraggio e di verifica dell'effettiva assistenza sanitaria erogata da ciascuna regione in termini quali-quantitativi.
- Le AUSL e le AOU concorrono, nella specificità propria del ruolo e dei compiti di ciascuna, allo sviluppo a rete del sistema sanitario attraverso la programmazione interaziendale di **area vasta**.
- Vengono costituiti **Dipartimenti di coordinamento tecnico interaziendali** al fine di assicurare l'ottimizzazione delle risorse e la continuità dei percorsi assistenziali, nonché per garantire l'omogeneità delle procedure operative e l'integrazione tra le prestazioni erogate in regimi diversi.

IL FEDERALISMO FISCALE

- **Obiettivi dell'Area Vasta:**
 - Elaborazione di programmi integrati di attività che si relazionino ai quadri epidemiologici di area e ai fabbisogni di attività relativi alla specializzazione.
 - Definizione dei livelli di offerta dei servizi necessari nonché modalità di gestione integrata dei percorsi assistenziali individuali.
- **Competenze dell'Area vasta:**
 - Valutazione epidemiologica dei bisogni del bacino di riferimento.
 - Valutazione delle necessità d'intervento e formulazione di proposte.
 - Predisposizione di percorsi assistenziali integrati.
 - Linee guida e protocolli operativi.
 - Proposte sui criteri di accreditamento e valutazione dei risultati.
 - Proposte su fabbisogni e percorsi formativi.
 - Proposte finalizzate all'ottimizzazione dell'impiego delle risorse disponibili.
 - Proposte e strumenti di verifica sulle modalità di utilizzo del personale in forma integrata in relazione ai percorsi assistenziali, alla dislocazione territoriale dei servizi e alla tipologia di attività svolta.

IL FEDERALISMO FISCALE



La **Regione Emilia-Romagna** ha una popolazione di circa 4.000.000 di abitanti, ed è composta da: 11 Aziende Sanitarie Locali; 1 Azienda Ospedaliera; 4 Aziende Ospedaliero-Universitarie; 1 IRCSS

→ 3 Aree Vaste senza personalità giuridica

Aree Vaste sono associazioni volontarie tra Aziende sanitarie (AVEN / AVEC / AREA VASTA ROMAGNA)

- AVEN (Associazione Area Vasta Emilia Nord) costituita dalle seguenti aziende: AUSL di Piacenza; AUSL di Parma; AOU di Parma; AUSL di Reggio Emilia; AO di Reggio Emilia; AUSL di Modena; AOU di Modena
- AVEC (Area vasta Emilia Centro) costituita dalle seguenti aziende: AUSL di Bologna; AOU di Bologna - Policlinico S. Orsola - Malpigi; Istituti ortopedici Rizzoli; AUSL di Imola; AUSL di Ferrara; AOU di Ferrara
- AREA VASTA ROMAGNA costituita dalle seguenti aziende: AUSL di Cesena; AUSL di Forlì; AUSL di Ravenna; AUSL di Rimini

La **Regione Veneto** ha una popolazione di circa 4.500.000 di abitanti, ed è composta da: 21 Aziende Sanitarie Locali; 2 Aziende Ospedaliero-Universitarie; 1 IRCSS

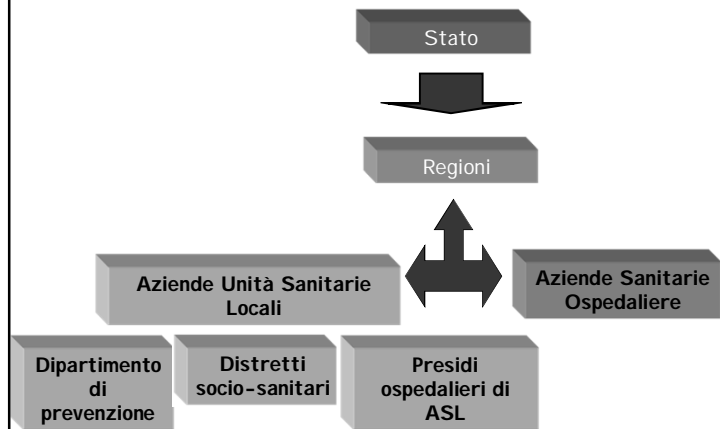
2006 Costituzione di **cinque Aree Vaste senza personalità giuridica** (Vicenza; Treviso e Belluno; Venezia e Rovigo; Padova; Verona)

- AV TREVISO: ASL Belluno; ASL Feltre; ASL Treviso; ASL Pieve di Soligo; ASL Asolo;
- AV VICENZA: ASL Vicenza; ASL Bassano del Grappa; ASL Thiene; ASL Arzigliano
- AV VENEZIA: ASL Venezia; ASL S. Donà del Piave; ASL Mirano; ASL Chioggia; ASL Rovigo; ASL Adria;
- AV PADOVA: ASL Padova; Azienda Ospedaliera di Padova; ASL Cittadella; ASL Este
- AV VERONA: ASL Verona; Azienda Ospedaliera di Verona; ASL Legnano; ASL Bussolengo

2008 Istituzione Centro Regionale Acquisti per la Sanità

L'organizzazione interna dell'Azienda Sanitaria Locale

LA STRUTTURA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

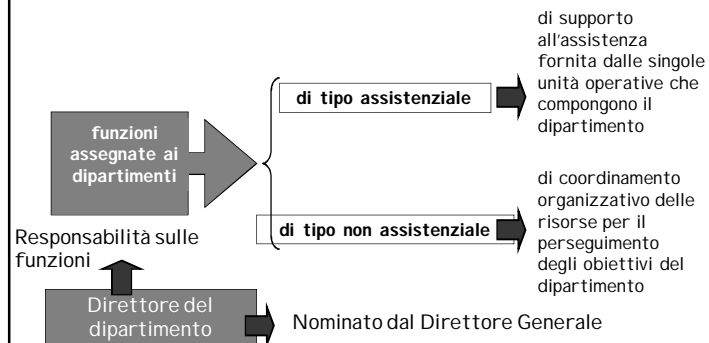


L'ORGANIZZAZIONE INTERNA DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE

- ✓ La precedente organizzazione delle aziende sanitarie (strutturazione specialistica per divisioni e servizi) era **caratterizzata da elevata frammentazione e scarso coordinamento** a causa dell'elevata specializzazione delle unità operative.
- ✓ Con le riforme, la riorganizzazione delle aziende sanitarie ha seguito la **logica dipartimentale**, che ha interessato le strutture ospedaliere ("L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende sanitarie" - art 17-bis del d.lgs. 502/1992, così come introdotto dal d.lgs. 229/1999).

dipartimenti

Aggregazioni di unità organizzative caratterizzate da omogeneità, affinità o complementarità dell'attività svolta, da finalità comuni e da interdipendenza, e da autonomia funzionale e responsabilità professionale.



CRITERI DI AGGREGAZIONE DELLE UNITÀ OPERATIVE IN DIPARTIMENTI

Spetta al management aziendale l'identificazione del criterio di aggregazione delle unità operative per la costituzione dei dipartimenti secondo:

- ✓ **Aggregazione per area nosologica.** Nel dipartimento convergono unità operative che si occupano del trattamento di pazienti riconducibili a determinate categorie diagnostiche principali (es. dip. cardiovascolare, dip. di salute mentale, ecc.).
- ✓ **Aggregazione per branca specialistica.** L'aggregazione delle unità operative avviene in base all'area specialistica di riferimento di ciascuna di esse (medicina, chirurgia, diagnostica per immagini, ecc.).
- ✓ **Aggregazione per apparato o organo.** Le unità operative che convergono nel dipartimento sono omogenee in relazione alla diagnosi, cura e recupero di condizioni morbose a carico di un determinato organo del corpo umano (es. dip. cardiologico, dip. delle neuroscienze, ecc.).

CRITERI DI AGGREGAZIONE DELLE UNITÀ OPERATIVE IN DIPARTIMENTI

Spetta al management aziendale l'identificazione del criterio di aggregazione delle unità operative per la costituzione dei dipartimenti secondo:

- ✓ **Aggregazione per intensità delle cure.** Tale criterio prevede che i dipartimenti si caratterizzino per il diverso grado di intensità assistenziale (terapia intensiva, semi-intensiva, riabilitativa, ecc.) impiegato per il trattamento del paziente.
- ✓ **Aggregazione per età.** Nel dipartimento vengono aggregate tutte le unità operative coinvolte nel trattamento di pazienti appartenenti a determinate fasce di età (es. dip. materno-infantile, dip. geriatrico).

GLI ORGANI DEL DIPARTIMENTO

Il legislatore individua i seguenti organi di dipartimento:

- ✓ **Il direttore di dipartimento.** È nominato dal direttore generale fra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento. Egli è titolare della struttura complessa cui è preposto. La legge gli attribuisce sia responsabilità professionali in materia clinico-organizzativa e della prevenzione, sia responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti.
- ✓ **Il comitato di dipartimento.** È un organo collegiale e spetta alla Regione il compito di definirne la struttura e le funzioni. Essendo l'organo di delibera del dipartimento, dovrebbe essere costituito dai responsabili delle diverse unità operative e il direttore del dipartimento.

L'ORGANIZZAZIONE SUL TERRITORIO

Per quanto riguarda le ASL, il legislatore ne ha definito l'articolazione interna prevedendo la presenza di tre strutture deputate, ciascuna per il proprio ambito di competenza, alla soddisfazione dei bisogni di salute della collettività.

Le strutture operative attraverso le quali le aziende sanitarie provvedono ad erogare l'assistenza sanitaria sono:

- ✓ I distretti socio-sanitari;
- ✓ Il dipartimento di prevenzione;
- ✓ I presidi ospedalieri (della Asl) non costituiti in Aziende Ospedaliere.

I DISTRETTI SOCIO-SANITARI

- Già previsti dalla legge istitutiva del SSN, la funzione dei distretti è stata potenziata dal d.lgs 229/1999.
- **Il distretto ha una propria autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria ed assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie.**
- L'ambito di operatività del distretto si riferisce ad una popolazione minima di almeno 60.000 abitanti (salvo che la Regione disponga diversamente).
- Il distretto è configurabile come l'articolazione organizzativa e funzionale della Asl a livello territoriale che, attraverso risorse proprie e in modo coordinato con le altre strutture di offerta sanitaria, è chiamata ad assicurare una serie di servizi di assistenza di base, specialistica ambulatoriale e domiciliare alla popolazione residente.

I DISTRETTI SOCIO-SANITARI

Al distretto spetta il ruolo di garantire:

- ✓ L'assistenza primaria, compresa la continuità assistenziale, ambulatoriale e domiciliare, MMG e PLS, servizi di guardia medica notturna e festiva;
- ✓ L'assistenza specialistica ambulatoriale;
- ✓ I servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;
- ✓ I servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- ✓ I servizi rivolti ai disabili ed anziani;
- ✓ I servizi di assistenza domiciliare integrata;

I DISTRETTI SOCIO-SANITARI



I DISTRETTI SOCIO-SANITARI

Al distretto spetta il ruolo di garantire:

- ✓ I servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale;
- ✓ L'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale;
- ✓ Il coordinamento dei MMG e dei PLS con le strutture operative a gestione diretta, con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extra-ospedaliere accreditate;
- ✓ Il coordinamento delle proprie attività con quelle dei Dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i Presidi ospedalieri.

IL DIRETTORE DI DISTRETTO

Il direttore di distretto:

- ✓ Realizza le indicazioni della Direzione aziendale;
- ✓ Gestisce le risorse assegnate al Distretto in modo da garantire l'accesso della popolazione alle strutture e ai servizi, l'integrazione tra i servizi e la continuità assistenziale;
- ✓ Supporta la Direzione generale nei rapporti con i sindaci del Distretto;
- ✓ Si avvale di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali di cui sono membri di diritto un rappresentante dei medici di medicina generale, uno dei pediatri di libera scelta e uno degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel Distretto;
- ✓ Predisporre il programma delle attività territoriali.

IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Il dipartimento di prevenzione rappresenta la struttura operativa dell'Unità Sanitaria Locale che garantisce la tutela della salute collettiva.

Il dipartimento di prevenzione si occupa di erogare prestazioni di sanità pubblica, svolgendo funzioni di prevenzione collettiva e perseguendo obiettivi di promozione della salute.

Il dipartimento promuove azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti, con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere.

Partecipa alla formulazione del programma di attività della unità sanitaria locale, formulando proposte d'intervento nelle materie di competenza e indicazioni in ordine alla loro copertura finanziaria.

I PRESIDI OSPEDALIERI DELLA ASL

I presidi della Asl erogano prestazioni ospedaliere cioè prestazioni sanitarie in regime di ricovero ordinario, di day-hospital o ambulatoriale.

La presenza di presidi ospedaliere all'interno dell'Asl dipende dalle scelte fatte dalla Regione in merito all'assetto complessivo del sistema sanitario regionale.

Il presidio, in termini funzionali ed operativi, ha caratteristiche del tutto simili a quelle delle Aziende Ospedaliere. Pur non assurgendo al livello di autonomia istituzionale propria delle AO, il presidio è caratterizzato da un elevato livello di autonomia direzionale, economico-finanziaria, tecnico-gestionale e contabile.

È prevista, infatti, nel presidio ospedaliero la presenza di una direzione amministrativa e di una direzione sanitaria preposte al governo dei correlati aspetti della gestione ospedaliera.

Nelle aziende sanitarie:

Il vertice strategico

è rappresentato dal Direttore Generale o, diversamente, viene rappresentato sia dal Direttore Generale, sia dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, determinando una configurazione più allargata del vertice che può arrivare a comprendere anche il Collegio di Direzione.

Il vertice strategico è responsabile di fare le scelte di indirizzo e decidere quali servizi offrire per soddisfare nel miglior modo possibile la domanda sanitaria, dovendo operare nei limiti finanziari stabiliti dall'autorità nazionale e regionale e non potendo esimersi dal fornire certe prestazioni preventive e di tutela.

GLI ORGANI DI GOVERNO DELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI

II Direttore Generale

“al direttore generale sono riservati tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza dell'azienda sanitaria”
Art. 3, comma 6, d.lgs. n. 502

Tra i poteri di gestione rientrano quelli di nomina dei suoi collaboratori diretti (direttore sanitario e direttore amministrativo) e dei responsabili delle strutture direzionali e operative dell'azienda.

Egli ha una duplice competenza: è l'organo gestionale dell'ASL o dell'azienda ospedaliera (a lui compete il controllo di tipo economico) ma è anche l'organo di amministrazione attivo (a lui compete il controllo sul buon andamento e sull'imparzialità dell'azione amministrativa)

II Direttore Generale

I direttori generali delle aziende sanitarie sono nominati dalle Regioni tra coloro che ne abbiano presentato domanda e che siano in possesso di determinati requisiti prescritti:

- età inferiore ai 65 anni;
- diploma di laurea;
- possesso dei requisiti che attestino l'attività di direzione tecnica o amministrativa almeno quinquennale in strutture pubbliche o private di medie o grandi dimensioni.

Nelle sue funzioni è coadiuvato dal direttore amministrativo e dal Direttore sanitario, che sono da lui nominati e partecipano alla direzione dell'Azienda con la formulazione di proposte e pareri, assumendo per le funzioni attribuite alla loro competenza, responsabilità diretta.

II Direttore Generale

Funzioni attribuite al Direttore generale in quanto organo di governo:

- ✓ Definisce gli obiettivi ed i programmi aziendali da attuare, indicandone le priorità, anche sulla base delle proposte dei direttori sanitario ed amministrativo e del coordinatore dei servizi sociali.
- ✓ Emanare le direttive generali per l'azione amministrativa e per la gestione.
- ✓ Verifica la rispondenza dei risultati della gestione alle direttive generali impartite tramite apposito servizio di controllo di gestione.
- ✓ Adotta: gli atti di alta amministrazione e soggetti ad approvazione della Giunta regionale; il piano programmatico, il bilancio pluriennale di previsione, il bilancio di esercizio, il documento di budget.

II Direttore Generale

Funzioni attribuite al Direttore generale in quanto organo di governo:

- ✓ Approva gli atti concernenti la struttura organizzativa dell'azienda, compresi quelli concernenti l'individuazione dei distretti e l'accorpamento degli ospedali.
- ✓ Approva la pianta organica e sue modificazioni, previa adozione dei criteri per la verifica dei carichi di lavoro.
- ✓ Approva tutti i regolamenti interni dell'azienda in particolare quelli concernenti l'organizzazione dell'azienda, la gestione del personale e delle attività di acquisizione di beni e servizi.

II Direttore Generale

- ✓ Nomina e revoca:
 - I direttori sanitario ed amministrativo, nonché il coordinatore dei servizi sociali;
 - I dirigenti responsabili dei Presidi Ospedalieri, dei Distretti, dei Dipartimenti Aziendali e delle funzioni di staff alla direzione generale;
 - I dirigenti di 2° livello del ruolo sanitario
 - Gli altri dirigenti su proposta dei direttori amministrativo e sanitario e del coordinatore dei servizi sociali, sentiti i Responsabili di Presidio, di Distretto e di Dipartimento aziendale.
- ✓ Nomina il Collegio dei Revisori.
- ✓ Attiva le procedure per le elezioni del Consiglio dei Sanitari e prende atto della sua composizione.
- ✓ Delega i dirigenti allo svolgimento delle funzioni gestionali e di rappresentanza di sua competenza e delegabili.
- ✓ Adotta tutti quegli atti che la legge attribuisce alla sua diretta competenza in quanto titolare delle funzioni di direzione strategica, finanziamento e controllo di gestione.

II Direttore Sanitario

Nominato dal Direttore generale, il direttore sanitario è un medico che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione.

Egli dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi e igienico-sanitari e, sugli atti relativi alle materie di competenza, fornisce parere obbligatorio al Direttore generale.

II Direttore Amministrativo

Nominato dal Direttore generale, il direttore amministrativo è un laureato in discipline giuridiche o economiche che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione.

Egli dirige i servizi amministrativi dell' Unità Sanitaria Locale (si occupa di tutte quelle attività di tipo legale, contabili e relative all'amministrazione del personale).

Il rapporto di lavoro del Direttore generale, del direttore sanitario e di quello amministrativo è esclusivo ed è regolato da un contratto di diritto privato. Può avere una durata compresa tra 3 e 5 anni ed è rinnovabile.

II Collegio di Direzione

Il collegio è composto dal Direttore amministrativo, dal Direttore sanitario, dai Direttori di Distretto, dai Direttori di Dipartimento e dai Direttori di Presidio.

Il Direttore generale si avvale del Collegio per:

- ✓ il governo delle attività cliniche;
- ✓ la programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria;
- ✓ l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi;
- ✓ l'utilizzazione delle risorse umane.

Il Collegio di direzione concorre inoltre alla formulazione dei programmi di formazione delle soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici.

Nelle aziende sanitarie:

Il **gruppo dirigente intermedio/linea intermedia** è solitamente rappresentato:

- dai responsabili di distretto,
- dai responsabili di presidio, inteso come aggregazione di stabilimenti ospedalieri,
- dai responsabili degli stabilimenti ospedalieri (se esistenti) e da eventuali responsabili di dipartimento.

Nelle aziende sanitarie:

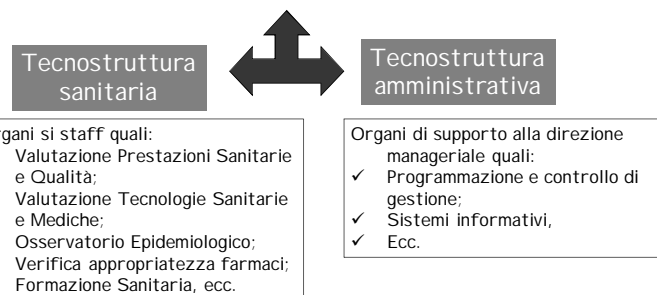
Il nucleo operativo

è rappresentato dai vari settori in cui si articolano i distretti e le strutture complesse e semplici, in cui si articolano i dipartimenti ospedalieri e territoriali.

Nelle aziende sanitarie:

La tecnostruttura

Potrebbe essere caratterizzata da una tecnostruttura sanitaria ed una tecnostruttura amministrativa.



I SERVIZI DELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI

Sul territorio

- Dipartimento di salute mentale (psichiatria territoriale)
- SERT
- Nefrologia e dialisi territoriale
- ADI
- Assistenza infermieristica
- Farmaceutica territoriale
- Materno Infantile e consultori
- Certificazioni medico-sanitarie
- Fornitura di presidi

Sul territorio

- UVM
- Disabilità
- Anziani
- Ricoveri in Istituti Socio-Assistenziali
- MMG e PLS
- Specialistica ambulatoriale (convenzionata e dipendente)
- Continuità assistenziale

Tipologie di servizi: aspetti legislativi

- Le regioni disciplinano l'organizzazione del distretto in modo da garantire:
 - *l'assistenza primaria*, ivi compresa la *continuità assistenziale*.
 - il *coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta* con le strutture operative a gestione diretta, con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;
 - *l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale*, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni.

Tipologie di servizi: aspetti legislativi

- Il distretto garantisce:
 - assistenza specialistica ambulatoriale;
 - attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;
 - attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
 - attività o servizi rivolti a disabili e anziani;
 - attività o servizi di assistenza domiciliare integrata;
 - attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale.
- Trovano inoltre collocazione funzionale nel distretto le articolazioni organizzative del dipartimento di salute mentale e del dipartimento di prevenzione, con particolare riferimento ai servizi alla persona.

Sul territorio (previsti per legge):

- **Dipartimento di salute mentale**
 - Centri Salute Mentale (CSM)
 - Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC)
 - Comunità
 - Ecc.
- **Dipartimento di prevenzione**
 - Igiene e sanità pubblica
 - Igiene degli alimenti e della nutrizione
 - Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro
 - Servizio veterinario
 - Igiene degli alimenti di origine animale
 - Igiene degli allevamenti e produzioni zootecniche

