

D.Lgs. 502 del 30 dicembre 1992 e successive integrazioni e modificazioni “Riordino della disciplina in materia Sanitaria”

Breve cenno agli eventi normativi più rilevanti riguardanti il Sistema Sanitario Nazionale (SSN)

Legge n. 833/1978 Legge istitutiva del Sistema Sanitario Nazionale, i cui principi fondativi sono: 1) la **universalità** (di accesso per la popolazione presente sul territorio italiano); 2) **l'equità**, ossia da ciascuno per quanto può (riferito al sistema di finanziamento) a ciascuno per quanto ha bisogno (riferito alla fruizione di assistenza).

D.Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992 Ministro della Salute “De Lorenzo”. Si tratta della riforma mediante la quale **si passa dalle Unità Sanitarie Locali, alle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere** (la cosiddetta aziendalizzazione della Sanità). Con la Legge 833 non esisteva distinzione tra prerogative politico istituzionali e gestione delle USL, che erano definite strutture dei Comuni ed erano amministrate da Comitati di gestione.

Il D.Lgs. 502/92 ha subito negli anni diverse integrazioni e modificazioni, sempre mediante lo strumento legislativo del decreto legge; i più rilevanti sono:

D.Lgs. n. 517 del 7 dicembre 1993 Ministro della Salute “Garavaglia”. Si tratta essenzialmente di integrazioni riguardanti i rapporti con le Università (Aziende Ospedaliere Universitarie).

D.Lgs. n. 229 del 19 giugno 1999 Ministro della Salute “Bindi”. Si tratta di modifiche e variazioni di grande rilievo, che - tranne piccoli interventi dei Ministri della Salute succedutisi - disegnano il Sistema così come è oggi, e in sintesi introducono: i) i Livelli essenziali e uniformi di assistenza (LEA); ii) la possibilità di commissariamento delle Regioni in Sanità qualora inadempienti e/o in grave disavanzo; iii) l'Atto aziendale; iv) la distinzione tra sanitario e socio-assistenziale; v) l'autorizzazione, l'accreditamento e gli accordi contrattuali; vi) l'inquadramento dei laureati medici, veterinari e sanitari nel ruolo unico della dirigenza; vii) l'esclusività del rapporto di lavoro con l'SSN, a cui si collega la distinzione dell'attività libero professionale *intramoenia* ed *extramoenia*; altro (si veda sotto per articolo l'impianto complessivo).

TITOLO 1 – ORDINAMENTO

Articolo 1. Tutela del diritto alla Salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza

Sintesi. I principi del SSN sono: universalità; equità; dignità della persona; appropriatezza; efficacia; efficienza; economicità. L'SSN garantisce i livelli essenziali e uniformi di assistenza (LEA).

I 3 macro LEA assicurati sono: 1) l'assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro (ovvero la Sanità Pubblica); 2) l'assistenza distrettuale (ovvero le cure primarie erogate dalle strutture territoriali, compresa l'assistenza specialistica ambulatoriale, la Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, i programmi materno infantile); 3) l'assistenza ospedaliera (in regime di ricovero ordinario e di ricovero diurno).

I LEA ospedalieri sono misurati e valorizzati con il sistema DRG (vedi sotto); sono erogati a carico del SSN solo quelli con comprovate evidenze di efficacia clinica e/o a determinate indicazioni diagnostico-terapeutiche.

In tema di programmazione, lo Stato elabora e adotta il Piano Sanitario Nazionale (PSN), che ha validità triennale. Il Piano pone gli obiettivi di Salute per l'intero territorio nazionale ed è altresì teso a ridurre le disuguaglianze tra i diversi territori regionali.

Entro 150 giorni dall'entrata in vigore del PSN, le Regioni elaborano e adottano (o adeguano se non ancora scaduti) i rispettivi Piani Sanitari Regionali (PSR) che indirizzano e governano per un triennio i Sistemi Sanitari Regionali.

Definizione. **DRG** - ossia Diagnosis-related group - è l'equivalente in italiano di Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi (**ROD**): si tratta di un sistema di classificazione dei pazienti ospedalieri, le cui diagnosi comportano un trattamento terapeutico che ha lo stesso costo ("isorisorse").

Articolo 2. Competenze regionali

Sintesi. Spettano alle regioni, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali, le funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera.

Sostanzialmente in Sanità il sistema è effettivamente federale pressoché dagli anni '70, essendo le competenze più rilevanti attribuite alle Regioni. La competenza regionale è progressivamente aumentata: ad oggi manca esclusivamente la totale autonomia regionale nel finanziamento del SSR, che si otterrà con il federalismo fiscale. Lo Stato mantiene: le prerogative di indirizzo; alcune attribuzioni di controllo; la determinazione e ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale, in genere concertato in Conferenza Stato-Regioni; la possibilità di commissariamento degli Assessorati alla Sanità regionali nei casi di gravi inadempienze. All'origine la 502 ridusse molto le attribuzioni degli Enti Locali, poi riviste e reintrodotta dalla 229. Fin dall'entrata in vigore della 502 spettò alle Regioni la individuazione degli ambiti aziendali, prerogativa il cui esercizio doveva essere teso a razionalizzare/ridurre il numero delle USL e a chiudere/accorpare i piccoli ospedali. La Regione Emilia Romagna con la prima Legge regionale in materia (n. 19 del 1994) fece di norma coincidere gli ambiti aziendali con gli ambiti provinciali.

Testualmente

La legge regionale disciplina il rapporto tra programmazione regionale e programmazione attuativa locale, definendo in particolare le procedure di proposta, adozione e approvazione del Piano attuativo locale e le modalità della partecipazione ad esse degli enti locali interessati. La regione disciplina altresì:

- a) l'articolazione del territorio regionale in unità sanitarie locali, le quali assicurano attraverso servizi direttamente gestiti l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera, salvo quanto previsto dal presente decreto per quanto attiene alle aziende ospedaliere di rilievo nazionale e interregionale e alle altre strutture pubbliche e private accreditate;*
- b) i principi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale*
- c) la definizione dei criteri per l'articolazione delle unità sanitarie locali in distretti, tenendo conto delle peculiarità delle zone montane e a bassa densità di popolazione;*
- d) il finanziamento delle unità sanitarie locali, sulla base di una quota capitaria corretta in relazione alle caratteristiche della popolazione residente;*
- e) le modalità di vigilanza e di controllo, da parte della regione medesima, sulle unità sanitarie locali, nonché di valutazione dei risultati delle stesse, prevedendo in quest'ultimo caso forme e modalità di partecipazione della Conferenza dei sindaci; (...).*

Articolo 3. Organizzazione delle unità sanitarie locali

Sintesi. Le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale.

Definizione. L'**azienda** è l'ordine economico, costitutivo e operativo di un istituto posto in essere in una data configurazione, per la soddisfazione dei bisogni umani, la realizzazione di fini in comune e la creazione di un sistema di valori condivisi, sia tangibili sia intangibili.

Definizione. L'**impresa**, sotto il profilo giuridico, è un'attività economica professionalmente organizzata, al fine della produzione o dello scambio di beni o di servizi.

Di per sé, né il concetto di azienda né il concetto di impresa comportano una vocazione *profit* dell'Organizzazione (ossia di orientamento al profitto), bensì ineriscono modi e strumenti della gestione.

Sintesi. Sono organi dell'Azienda il Direttore Generale e il Collegio Sindacale

Definizione. Per **Organo** si intende la persona fisica e/o l'insieme delle persone fisiche che agisce per la persona giuridica (l'Azienda) compiendo atti giuridici; nel caso di persona fisica si parla di organo monocratico (ad es. il Direttore Generale); nel caso di insieme di persone fisiche si parla di organo collegiale (ad es. Collegio sindacale; Collegio di Direzione). Gli atti giuridici compiuti dall'organo sono imputati alla persona giuridica come fossero compiuti dalla stessa, ovvero tra persona fisica e persona giuridica esiste una relazione di immedesimazione (il Direttore Generale agisce ed è all'interno e all'esterno per l'Azienda).

Articolo 3-bis. Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario

Sintesi. I provvedimenti di nomina dei direttori generali delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere spettano alla Regione. Gli aspiranti devono essere in possesso dei seguenti requisiti: a) diploma di laurea; b) esperienza almeno quinquennale di direzione tecnica o amministrativa in enti, aziende, strutture pubbliche o private, in posizione dirigenziale con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, svolta nei dieci anni precedenti la pubblicazione dell'avviso; c) certificato di frequenza di Master in materia di organizzazione e gestione sanitaria.

Con l'atto di nomina la Regione attribuisce ai Direttori Generali gli obiettivi da conseguire entro il termine dei loro mandati: trascorsi diciotto mesi dalla nomina di ciascun direttore generale, la regione verifica i risultati aziendali conseguiti e lo stato di raggiungimento degli obiettivi, sentito il parere del sindaco o della conferenza dei sindaci (in Emilia Romagna, il parere è espresso dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria). Quando ricorrano gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o del principio di buon andamento e di imparzialità della amministrazione, la regione risolve il contratto dichiarando la decadenza del direttore generale e provvede alla sua sostituzione.

Il sindaco o la Conferenza dei sindaci (ovvero in RER, la CTSS), nel caso di manifesta mancata attuazione del Piano attuativo locale (PAL), possono chiedere alla regione di revocare il direttore generale, o di non disporre la conferma, ove il contratto sia già scaduto.

Il rapporto di lavoro del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario è esclusivo ed è regolato da contratto di diritto privato, di durata non inferiore a tre e non superiore a cinque anni, rinnovabile.

Il direttore amministrativo e il direttore sanitario sono nominati dal direttore generale.

Tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza dell'azienda, sono riservati al direttore generale.

Il direttore sanitario è un medico che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e 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. Il direttore sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi e igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle

materie di competenza. Il direttore amministrativo è un laureato in discipline giuridiche o economiche, che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa in enti o strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione. Il direttore amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'azienda.

Articolo 3.ter. Collegio Sindacale

Sintesi. Il collegio sindacale: a) verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico; b) vigila sull'osservanza della legge; c) accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa; d) riferisce almeno trimestralmente alla regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità; e) trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'azienda unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera rispettivamente alla Conferenza dei sindaci o al sindaco del comune capoluogo della provincia dove è situata l'azienda stessa.

Il collegio sindacale può procedere ad atti di ispezione e controllo, anche mediante l'iniziativa dei singoli componenti.

In Emilia Romagna il Collegio Sindacale delle Aziende è composto da 3 membri: uno designato dalla regione, con funzione di presidente; uno che può essere designato dallo Stato; uno designato dalla CTSS (legge regionale n. 29/2004).

Articolo 3-quater. Il Distretto; Articolo 3-quinquies. Funzioni e risorse del Distretto; Articolo 3-sexies. Direttore di Distretto; Articolo 3-septies. Integrazione socio sanitaria

Non trattati. Si rinvia all'incontro riguardante l'Atto aziendale

Articolo 3-octies. Area delle Professioni sociosanitarie

Non trattato

Articolo 4. Aziende ospedaliere e presidi ospedalieri

Sintesi. Nell'ambito della riorganizzazione della rete dei servizi conseguente al riordino del sistema sanitario, le regioni possono costituire aziende ospedaliere, trasformando in tal senso lo *status* giuridico dei presidi ospedalieri in possesso di tutti i seguenti requisiti:

- a) organizzazione dipartimentale di tutte le unità operative presenti nella struttura;
- b) disponibilità di un sistema di contabilità economico patrimoniale e di una contabilità per centri di costo;
- c) presenza di almeno tre unità operative di alta specialità;
- d) dipartimento di emergenza di secondo livello;
- e) ruolo di ospedale di riferimento in programmi integrati di assistenza su base regionale e interregionale, così come previsto dal Piano sanitario regionale e in considerazione della mobilità infraregionale e della frequenza dei trasferimenti da presidi ospedalieri regionali di minore complessità;
- f) attività di ricovero in degenza ordinaria, nel corso dell'ultimo triennio, per pazienti residenti in regioni diverse, superiore di almeno il 10% cento rispetto al valore medio regionale;
- g) indice di complessità della casistica dei pazienti trattati in ricovero ordinario, nel corso dell'ultimo triennio, superiore ad almeno il 20% rispetto al valore medio regionale;

h) disponibilità di un proprio patrimonio immobiliare adeguato e sufficiente per consentire lo svolgimento delle attività istituzionali di tutela della salute e di erogazione di prestazioni sanitarie.

In ogni caso, non si procede alla costituzione o alla conferma in azienda ospedaliera qualora questa costituisca il solo presidio ospedaliero pubblico presente nella azienda unità sanitaria locale.

I policlinici universitari sono aziende dell'università dotate di autonomia organizzativa, gestionale, patrimoniale e contabile, in analogia ai principi del presente decreto fissati per l'azienda ospedaliera. I presidi ospedalieri in cui insiste la prevalenza del corso formativo del triennio clinico della facoltà di medicina, costituiti in aziende ospedaliere, si dotano del modello gestionale secondo quanto previsto dal presente decreto per le aziende ospedaliere; il direttore generale è nominato d'intesa con il rettore dell'università. La gestione dell'azienda deve essere informata anche all'esigenza di garantire le funzioni istituzionali delle strutture universitarie che vi operano.

Le aziende ospedaliere devono chiudere il proprio bilancio in pareggio. L'eventuale avanzo di amministrazione è utilizzato per gli investimenti in conto capitale, per oneri di parte corrente e per eventuali forme di incentivazione al personale da definire in sede di contrattazione.

Gli ospedali che non siano costituiti in azienda ospedaliera conservano la natura di presidi della azienda unità sanitaria locale. Nelle aziende unità sanitarie locali nelle quali sono presenti più ospedali, questi possono essere accorpati ai fini funzionali (ad esempio, l'AUSL di Imola ha un unico presidio ospedaliero, composto da 2 stabilimenti, ossia l'ospedale di Imola e l'ospedale di Castel S. Pietro).

All'interno dei presidi ospedalieri e delle aziende ospedaliere sono riservati spazi adeguati per l'esercizio della libera professione intramuraria e una quota non inferiore al 5% e non superiore al 10% dei posti-letto per la istituzione di camere a pagamento.

In caso di documentata impossibilità di assicurare gli spazi necessari alla libera professione all'interno delle proprie strutture, gli spazi stessi sono reperiti, previa autorizzazione della regione, anche mediante appositi contratti tra le aziende unità sanitarie locali e case di cura o altre strutture sanitarie, pubbliche o private.

I contratti sono limitati al tempo strettamente necessario per l'approntamento degli spazi per la libera professione all'interno delle strutture pubbliche.

Articolo 5. Patrimonio e contabilità

Sintesi. Il patrimonio delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere è costituito da tutti i beni mobili e immobili ad esse appartenenti, ivi compresi quelli da trasferire o trasferiti loro dallo Stato o da altri enti pubblici.

Le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere hanno disponibilità del patrimonio secondo il regime della proprietà privata: gli atti di trasferimento a terzi di diritti reali su immobili "disponibili" sono assoggettati a previa autorizzazione della regione. I beni mobili e immobili che le aziende unità sanitarie locali, le aziende ospedaliere e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico utilizzano per il perseguimento dei loro fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile degli stessi.

Le regioni emanano norme per la gestione economico finanziaria e patrimoniale delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, prevedendo:

- a) la tenuta del libro delle deliberazioni del direttore generale;
- b) l'adozione del bilancio economico pluriennale di previsione nonché del bilancio preventivo economico annuale relativo all'esercizio successivo;
- c) la destinazione dell'eventuale avanzo e le modalità di copertura degli eventuali disavanzi di esercizio;

- d) la tenuta di una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati;
- e) l'obbligo delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere di rendere pubblici, annualmente, i risultati delle proprie analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati per centri di costo e responsabilità (in Emilia Romagna, corrisponde all'obbligo del Bilancio di Esercizio e del Bilancio di Missione);
- f) il piano di valorizzazione del patrimonio immobiliare anche attraverso eventuali dismissioni e conferimenti.
- La contabilità finanziaria è soppressa.

Articolo 5-bis. Ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico; Articolo 6. Rapporti tra SSN e Università; Articolo 6-bis. Protocolli d'intesa tra le Regioni, le Università e le strutture del SSN; Articolo 6-ter. Fabbisogno di personale Sanitario

Non trattati

Articolo 7. Dipartimenti di prevenzione; Articolo 7-bis. Dipartimento di prevenzione; Articolo 7-ter. Funzioni del dipartimento di prevenzione; Articolo 7-quater. Organizzazione del dipartimento di prevenzione

Non trattati. Si rinvia all'incontro riguardante l'Atto aziendale

Articolo 7-quinquies. Coordinamento con le agenzie regionali per l'ambiente; Articolo 7-sexies. Istituti zooprofilattici sperimentali e Uffici veterinari del Ministero della Sanità; Articolo 7-septies. Funzioni di profilassi internazionale; Articolo 7-octies. Coordinamento delle attività di prevenzione nei luoghi di lavoro

Non trattati

TITOLO II – PRESTAZIONI

Articolo 8 – Disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali

Sintesi. Riguarda le modalità con cui l'SSN collabora, integra e finanzia i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta, la Guardia medica e i Sumaisti. Si tratta di Liberi professionisti che agiscono per e entro l'SSN mediante accordi tra lo Stato e le Rappresentanze Sindacali Nazionali degli stessi, e ulteriori accordi locali regionali tra la Regione le Rappresentanze Sindacali Regionali degli stessi: in tal senso si parla complessivamente di Medici convenzionati.

Articolo 8-bis. Autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali; Articolo 8-ter. Autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie; Articolo 8-quater. Accreditamento istituzionale; Articolo 8-quinquies. Accordi contrattuali; Articolo 8-sexies. Remunerazione

Sintesi. Le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti privati accreditati

I cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito dei soggetti accreditati con cui siano stati definiti appositi accordi contrattuali.

La realizzazione di strutture sanitarie e l'esercizio di attività sanitarie, l'esercizio di attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale e l'esercizio di attività sanitarie a carico del Servizio sanitario nazionale sono subordinate, in prima applicazione, al rilascio delle autorizzazioni, e a regime al rilascio dell'accreditamento istituzionale, nonché alla stipulazione degli accordi contrattuali

Autorizzazioni alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie. La realizzazione di strutture e l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie sono subordinate ad autorizzazione. Tali autorizzazioni si applicano alla costruzione di nuove strutture, all'adattamento di strutture già esistenti e alla loro diversa utilizzazione, all'ampliamento o alla trasformazione nonché al trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate, con riferimento alle seguenti tipologie:

- a) strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti;
- b) strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio;
- c) strutture sanitarie e sociosanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo o diurno.

L'esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie da parte delle strutture pubbliche e private di cui sopra presuppone il possesso dei requisiti minimi, strutturali, tecnologici e organizzativi.

Accreditamento istituzionale. L'accreditamento istituzionale è rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.

Accordi contrattuali. Le regioni definiscono l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali e individuano i soggetti interessati, con specifico riferimento ai seguenti aspetti:

- a) individuazione delle responsabilità riservate alla regione e di quelle attribuite alle aziende unità sanitarie locali nella definizione degli accordi contrattuali e nella verifica del loro rispetto;
- b) indirizzi per la formulazione dei programmi di attività delle strutture interessate, con l'indicazione delle funzioni e delle attività da potenziare e da depotenziare, secondo le linee della programmazione regionale e nel rispetto delle priorità indicate dal Piano sanitario nazionale;
- c) determinazione del piano delle attività relative alle alte specialità e alla rete dei servizi di emergenza;
- d) criteri per la determinazione della remunerazione delle strutture ove queste abbiano erogato volumi di prestazioni eccedenti il programma preventivo concordato, tenuto conto del volume complessivo di attività e del concorso allo stesso da parte di ciascuna struttura.

In attuazione di quanto sopra previsto, la regione e le aziende unità sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche, e stipulano contratti con quelle private, che indicano:

- a) gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi;
- b) il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima azienda unità sanitaria locale si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza;
- c) i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica e organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;
- d) il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte.

Remunerazione. Le strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale sono finanziate secondo un ammontare globale predefinito indicato negli accordi contrattuali di cui sopra e determinato in base alle funzioni assistenziali e alle attività svolte nell'ambito e per conto della rete dei servizi di riferimento.

Le regioni definiscono le funzioni assistenziali nell'ambito delle attività che rispondono alle seguenti

caratteristiche generali: a) programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento alla assistenza per patologie croniche di lunga durata o recidivanti; b) programmi di assistenza a elevato grado di personalizzazione della prestazione o del servizio reso alla persona; c) attività svolte nell'ambito della partecipazione a programmi di prevenzione; d) programmi di assistenza a malattie rare; e) attività con rilevanti costi di attesa, ivi compreso il sistema di allarme sanitario e di trasporto in emergenza, nonché il funzionamento della centrale operativa; f) programmi sperimentali di assistenza; g) programmi di trapianto di organo, di midollo osseo e di tessuto, ivi compresi il mantenimento e monitoraggio del donatore, l'espianto degli organi da cadavere, le attività di trasporto, il coordinamento e l'organizzazione della rete di prelievi e di trapianti, gli accertamenti preventivi sui donatori.

I criteri generali per la definizione delle funzioni assistenziali e per la determinazione della loro remunerazione massima sono stabiliti con apposito decreto del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sulla base di standard organizzativi e di costi unitari predefiniti dei fattori produttivi, tenendo conto, quando appropriato, del volume dell'attività svolta. La remunerazione delle attività assistenziali è determinata in base a tariffe predefinite, limitatamente agli episodi di assistenza ospedaliera per acuti erogata in regime di degenza ordinaria e di day hospital, e alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

Il Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, con apposito decreto individua i sistemi di classificazione che definiscono l'unità di prestazione o di servizio da remunerare e determina le tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate, in base ai costi standard di produzione e di quote standard di costi generali, calcolati su un campione rappresentativo di strutture accreditate, preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità della assistenza. Lo stesso decreto stabilisce i criteri generali in base ai quali le regioni adottano il proprio sistema tariffario, articolando tali tariffe per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività, verificati in sede di accreditamento delle strutture stesse.

Sono effettuati periodicamente la revisione del sistema di classificazione delle prestazioni e l'aggiornamento delle relative tariffe, tenendo conto della definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza e delle relative previsioni di spesa, dell'innovazione tecnologica e organizzativa, nonché dell'andamento del costo dei principali fattori produttivi.

Il Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, con apposito decreto, definisce i criteri generali per la compensazione dell'assistenza prestata a cittadini in regioni diverse da quelle di residenza (mobilità sanitaria). Nell'ambito di tali criteri, le regioni possono stabilire specifiche intese e concordare politiche tariffarie, anche al fine di favorire il pieno utilizzo delle strutture e l'autosufficienza di ciascuna regione, nonché l'impiego efficiente delle strutture che esercitano funzioni a valenza interregionale e nazionale.

Articolo 8-septies. Prestazioni erogate in forma indiretta; Articolo 8-octies. Controlli

Non trattati

Articolo 9. Fondi integrativi del SSN

Sintesi. Al fine di favorire l'erogazione di forme di assistenza sanitaria integrative rispetto a quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale e, con queste comunque direttamente integrate, possono essere istituiti fondi

integrativi per l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza.

L'ambito di applicazione dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale è rappresentato da:

- a) prestazioni aggiuntive, non comprese nei livelli essenziali e uniformi di assistenza e con questi comunque integrate, erogate da strutture accreditate;
- b) prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, per la sola quota posta a carico dell'assistito, inclusi gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria e per la fruizione dei servizi alberghieri;
- c) prestazioni sociosanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare, per la quota posta a carico dell'assistito.

Fra le prestazioni di cui alla lettera a), sono comprese:

- le prestazioni di medicina non convenzionale, ancorché erogate da strutture non accreditate;
- le cure termali, limitatamente alle prestazioni non a carico del Servizio sanitario nazionale;
- l'assistenza odontoiatrica, limitatamente alle prestazioni non a carico del SSN e comunque con l'esclusione dei programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva e dell'assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità.

Articolo 9-bis. Sperimentazioni gestionali; Articolo 10. Controllo di qualità

Non trattati

TITOLO III – FINANZIAMENTO

Articolo 11. Versamento contributi assistenziali; Articolo 12. Fondo Sanitario Nazionale; Articolo 12-bis. Ricerca sanitaria; Articolo 13. Autofinanziamento regionale

Sintesi. L'SSN è finanziato con la fiscalità generale (da ciascuno per quanto può) e garantisce per tutta la popolazione la copertura economica dei LEA (a tutti in base al bisogno), tramite un meccanismo di finanziamento alle Regioni di tipo assicurativo (cosiddetta quota capitaria, pari a circa 1.400/500 euro pro-capite medi).

Il Fondo sanitario nazionale di parte corrente e in conto capitale è alimentato interamente da stanziamenti a carico del bilancio dello Stato e il suo importo è annualmente determinato dalla legge finanziaria.

Una quota pari all'1% del Fondo sanitario nazionale complessivo è trasferita nei capitoli da istituire nello stato di previsione del Ministero della sanità ed è utilizzata per il finanziamento di:

- a) attività di ricerca corrente e finalizzata svolta da: 1) Istituto superiore di sanità per le tematiche di sua competenza; 2) Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro per le tematiche di sua competenza; 3) istituti di ricovero e cura di diritto pubblico e privato il cui carattere scientifico sia riconosciuto a norma delle leggi vigenti; 4) istituti zooprofilattici sperimentali per le problematiche relative all'igiene e sanità pubblica veterinaria;
- b) iniziative previste da leggi nazionali o dal Piano sanitario nazionale riguardanti programmi speciali di interesse e rilievo interregionale o nazionale, per ricerche o sperimentazioni attinenti gli aspetti gestionali, la valutazione dei servizi, le tematiche della comunicazione e dei rapporti con i cittadini, le tecnologie e biotecnologie sanitarie;
- c) rimborsi alle unità sanitarie locali ed alle aziende ospedaliere, tramite le regioni, delle spese per

prestazioni sanitarie erogate a cittadini stranieri che si trasferiscono per cure in Italia, previa autorizzazione del Ministro della sanità d'intesa con il Ministro degli affari esteri.

Il Fondo sanitario nazionale, al netto della quota dell'1% di cui sopra, è ripartito tra le regioni e le province autonome per quota capitaria "pesata", sulla base dei seguenti parametri:

- a) popolazione residente, pesata per età e altre variabili;
- b) mobilità sanitaria per tipologia di prestazioni, da compensare, in sede di riparto, sulla base di contabilità analitiche per singolo caso, fornite dalle aziende unità sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere, attraverso le regioni e le province autonome;
- c) consistenza e stato di conservazione delle strutture immobiliari, degli impianti tecnologici e delle dotazioni strumentali.

Autofinanziamento regionale. Le regioni fanno fronte con risorse proprie agli effetti finanziari conseguenti all'erogazione di livelli di assistenza sanitaria superiori a quelli uniformi, all'adozione di modelli organizzativi diversi da quelli assunti come base per la determinazione del parametro capitario di finanziamento, nonché agli eventuali disavanzi di gestione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere. A tal fine, le regioni hanno facoltà di prevedere la riduzione dei limiti massimi di spesa per gli esenti previsti dai livelli di assistenza, l'aumento della quota fissa sulle singole prescrizioni farmaceutiche e sulle ricette relative a prestazioni sanitarie, fatto salvo l'esonero totale per i farmaci salva-vita, nonché variazioni in aumento dei contributi e dei tributi regionali; le regioni, nell'ambito della propria disciplina organizzativa dei servizi e della valutazione in merito alla domanda espressa per specifiche prestazioni, possono altresì prevedere forme di partecipazione alla spesa per eventuali altre prestazioni da porre a carico dei cittadini (cosiddetti ticket), con esclusione dei soggetti a qualsiasi titolo esenti, nel rispetto dei principi del SSN.

TITOLO IV – PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI

Articolo 14. Diritti dei cittadini

Non trattato. Si rinvia alla Legge Regionale 29/2004

TITOLO V – PERSONALE

Articolo 15. Disciplina della dirigenza medica e delle professioni sanitarie; Articolo 15-bis. Funzioni dei dirigenti responsabili di struttura; Articolo 15-ter. Incarichi di natura professionale e di direzione di struttura; Articolo 15-quater. Esclusività del rapporto di lavoro dei dirigenti del ruolo sanitario; Articolo 15-quinquies. Caratteristiche del rapporto di lavoro esclusivo dei dirigenti sanitari; Articolo 15-sexies. Caratteristiche del rapporto di lavoro dei dirigenti sanitari che svolgono attività libero-professionale extramuraria

Sintesi. La dirigenza sanitaria è collocata in un unico ruolo, distinto per profili professionali, e in un unico livello, articolato in relazione alle diverse responsabilità professionali e gestionali. In sede di contrattazione collettiva nazionale sono definiti i criteri generali per la graduazione delle funzioni dirigenziali nonché per l'assegnazione, valutazione e verifica degli incarichi stessi e per l'attribuzione del relativo trattamento economico accessorio, correlato alle funzioni attribuite e alle connesse responsabilità del risultato.

L'attività dei dirigenti sanitari è caratterizzata, nello svolgimento delle proprie mansioni e funzioni, dall'autonomia tecnico-professionale i cui ambiti di esercizio, attraverso obiettivi momenti di valutazione e verifica, sono progressivamente ampliati.

Il dirigente, in relazione all'attività svolta, ai programmi concordati da realizzare e alle specifiche funzioni allo stesso attribuite, è responsabile del risultato anche se richiedente un impegno orario superiore a quello contrattualmente definito.

All'atto della prima assunzione, al dirigente sanitario sono affidati compiti professionali con precisi ambiti di autonomia da esercitare nel rispetto degli indirizzi del dirigente responsabile della struttura e sono attribuite funzioni di collaborazione e corresponsabilità nella gestione delle attività. Al dirigente, con 5 anni di attività e con valutazione positiva possono essere attribuite funzioni di natura professionale, anche di alta specializzazione, di consulenza, studio e ricerca, ispettive, di verifica e di controllo, nonché incarichi di direzione di strutture semplici. Il dirigente è sottoposto a verifica triennale; quello con incarico di struttura, semplice o complessa, è sottoposto a verifica anche al termine dell'incarico. Le verifiche concernono le attività professionali svolte e i risultati raggiunti e sono effettuate da un collegio tecnico, nominato dal direttore generale e presieduto dal direttore del dipartimento. L'esito positivo delle verifiche costituisce condizione per il conferimento o la conferma degli incarichi di maggior rilievo, professionali o gestionali.

Ai dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa sono attribuite, oltre a quelle derivanti dalle specifiche competenze professionali, funzioni di direzione e organizzazione della struttura, da attuarsi, nell'ambito degli indirizzi operativi e gestionali del dipartimento di appartenenza, anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa, e l'adozione delle relative decisioni necessarie per il corretto espletamento del servizio e per realizzare l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, attuati nella struttura loro affidata. Il dirigente è responsabile dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite. I risultati della gestione sono sottoposti a verifica annuale tramite il Nucleo di Valutazione.

Alla dirigenza sanitaria si accede mediante concorso pubblico per titoli ed esami. Gli incarichi sono attribuiti a tempo determinato, dal direttore generale, nei limiti del numero degli incarichi professionali e delle strutture stabiliti nell'atto aziendale.

Gli incarichi hanno durata non inferiore a tre anni e non superiore a sette, con facoltà di rinnovo.

L'attribuzione dell'incarico di direzione di struttura complessa è effettuata dal direttore generale, previo avviso da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, sulla base di una rosa di candidati idonei selezionata da una apposita commissione. Gli incarichi hanno durata da cinque a sette anni, con facoltà di rinnovo per lo stesso periodo o per periodo più breve. La commissione, nominata dal direttore generale, è composta dal direttore sanitario, che la presiede, e da due dirigenti dei ruoli del personale del Servizio sanitario nazionale, preposti a una struttura complessa della disciplina oggetto dell'incarico, di cui uno individuato dal direttore generale e uno dal Collegio di direzione.

Gli incarichi sono revocati, secondo le procedure previste dalle disposizioni vigenti e dai contratti collettivi nazionali di lavoro, in caso di: inosservanza delle direttive impartite dalla direzione generale o dalla direzione del dipartimento; mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati; responsabilità grave e reiterata; in tutti gli altri casi previsti dai contratti di lavoro. Nei casi di maggiore gravità, il direttore generale può recedere dal rapporto di lavoro, secondo le disposizioni del codice civile e dei contratti collettivi nazionali di lavoro.

I dirigenti sanitari, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato o a tempo determinato, che abbiano optato per l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria al momento dell'entrata in vigore del D.Lgs. 229/99, sono assoggettati al rapporto di lavoro esclusivo. Il rapporto di lavoro esclusivo comporta l'esercizio della libera professione intramoenia nelle seguenti tipologie:

a) LP individuale o in équipe, al di fuori dell'impegno di servizio, nell'ambito delle strutture aziendali

individuate dal direttore generale d'intesa con il collegio di direzione;

b) LP individuale o in équipe, al di fuori dell'impegno di servizio, in strutture di altra azienda del SSN o di altra struttura sanitaria non accreditata, previa convenzione dell'azienda con le predette aziende e strutture;

c) LP individuale o in équipe, al di fuori dell'impegno di servizio, richiesta dalla propria azienda per attività rivolte ai propri assistiti, per la riduzione dei tempi di attesa. In questo caso l'attività è libero professionale per il dirigente medico, mentre è istituzionale per gli assistiti e l'azienda di appartenenza. Tale tipologia definita SimilAlp ha carattere temporaneo e non continuativo.

Per assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero professionale e al fine anche di concorrere alla riduzione progressiva delle liste di attesa, l'attività libero professionale non può comportare, per ciascun dipendente, un volume di prestazioni superiore a quella assicurato per i compiti istituzionali. La disciplina contrattuale nazionale definisce il corretto equilibrio fra attività istituzionale e attività libero professionale nel rispetto dei seguenti principi: l'attività istituzionale è prevalente rispetto a quella libero professionale, che viene esercitata nella salvaguardia delle esigenze del servizio e della prevalenza dei volumi orari di attività necessari per i compiti istituzionali; devono essere comunque rispettati i piani di attività previsti dalla programmazione regionale e aziendale e conseguentemente assicurati i relativi volumi prestazionali e i tempi di attesa concordati con le équipe; l'attività libero professionale è soggetta a verifica da parte di appositi organismi e sono individuate penalizzazioni, consistenti anche nella sospensione del diritto all'attività stessa, in caso di violazione delle disposizioni normative e contrattuali.

Gli incarichi di direzione di struttura, semplice o complessa, implicano il rapporto di lavoro esclusivo. Per struttura ai fini del presente decreto, si intende l'articolazione organizzativa per la quale è prevista responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie.

Il rapporto di lavoro dei dirigenti sanitari che abbiano comunicato al direttore generale l'opzione per l'esercizio della libera professione extramuraria e che non intendano revocare detta opzione, comporta la totale disponibilità nell'ambito dell'impegno di servizio, per la realizzazione dei risultati programmati e lo svolgimento delle attività professionali di competenza. Le aziende stabiliscono i volumi e le tipologie delle attività e delle prestazioni che i singoli dirigenti sono tenuti ad assicurare, nonché le sedi operative in cui le stesse devono essere effettuate.

Articolo 15-septies. Contratti a tempo determinato; Articolo 15-octies. Contratti per l'attuazione di progetti finalizzati; Articolo 15-nonies. Limite massimo di età per il personale della dirigenza medica e per la cessazione dei rapporti convenzionali; Articolo 15-decies. Obbligo di appropriatezza; Articolo 15-undecies. Applicabilità al personale di altri enti; Articolo 15-duodecies. Strutture per l'attività libero professionale
Non trattati

Articolo 15-terdecies. Denominazione

I dirigenti con incarico di struttura complessa sono denominati "Direttori"; i dirigenti con incarico di struttura semplice sono denominati "Responsabili".

Articolo 15-quattordices. Osservatorio per l'attività libero-professionale

Non trattato

Articolo 16. Formazione; Articolo 16-bis. Formazione continua; Articolo 16-ter. Commissione nazionale per la

formazione continua; Articolo 16-quater. Incentivazione della formazione continua; Articolo 16-quinquies. Formazione manageriale; Articolo 16-sexies. Strutture del SSN per la formazione

Non trattati

Articolo 17. Collegio di Direzione

Sintesi. In ogni azienda è costituito il Collegio di direzione, di cui il direttore generale si avvale per il governo delle attività cliniche, la programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria. Il Collegio di direzione concorre alla formulazione dei programmi di formazione, delle soluzioni organizzative per l'attuazione della attività libero-professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici. Il direttore generale si avvale del Collegio di direzione per la elaborazione del programma di attività dell'azienda, nonché per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, anche in attuazione del modello dipartimentale e per l'utilizzazione delle risorse umane.

Con LR n.29/2004 in Emilia Romagna il Collegio di Direzione ha assunto lo *status* di organo aziendale; per composizione e attribuzioni si fa rinvio all'Atto aziendale.

Articolo 17-bis. Dipartimenti

Sintesi. L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende sanitarie. Il direttore di dipartimento è nominato dal direttore generale fra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento; il direttore di dipartimento rimane titolare della struttura complessa cui è preposto. La preposizione ai dipartimenti strutturali, sia ospedalieri che territoriali e di prevenzione, comporta l'attribuzione sia di responsabilità professionali, in materia clinico-organizzativa e delle prevenzione, sia di responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione della risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti.

TITOLO VI – NORME FINALI E TRANSITORIE

Non trattate