



Servizio Sanitario

Prof. Adabella Gratani



LA PROGRAMMAZIONE

Ministero della Salute

PSN

PSR

Piano Programmatico
Piano strategico

**EROGAZIONE
SERVIZI PER SSR**

IL FINANZIAMENTO

FSN+TASSE

FSR+TASSE

Finanziamenti
+entrate proprie
+reinvestimenti patrimoniali



LA PROGRAMMAZIONE

Ministero della Salute

Piano Sanitario Nazionale

Piano Sanitario Regionale

Piano Programmatico o
Piano strategico

è l'organo centrale del SSN Sistema Sanitario Nazionale preposto alla funzione di indirizzo e programmazione in materia sanitaria, alla definizione degli obiettivi da raggiungere per il miglioramento dello stato di salute della popolazione e alla determinazione dei livelli di assistenza da assicurare a tutti i cittadini in condizioni di uniformità sull'intero territorio nazionale (LEA).

Il PSN **ha durata triennale** ed è predisposto dal GOVERNO su proposta del ministro della salute sentite

- le commissioni parlamentari competenti per materia che si esprimono entro 30gg dalla trasmissione dell'atto
- nonchè le confederazioni sindacali maggiormente rappresentative le quali comunicano il loro parere entro 20 gg.

Nell'ipotesi in cui il Governo si discosta dal parere espresso dalle Commissioni deve darne adeguata motivazione; deve inoltre tenere conto delle **proposte di piano formulate dalle Regioni entro il 31 luglio dell'ultimo anno di valenza con riferimento alle esigenze territoriali.**

Quando è terminato il predetto iter il PSN viene adottato d'intesa con la conferenza unificata entro il 30 novembre dell'ultimo anno di vigenza. Nel corso del triennio il PSN può essere modificato con lo stesso procedimento.

segue



Piano Sanitario Nazionale

Aree collaborative

Aree formative

Aree dei controlli

Lo **scopo principale del PSN** è quello di determinare e programmare **le priorità in materia di salute** traducendole in precisi obiettivi tra cui:

- (a) le **aree prioritarie di intervento** anche ai fini delle disuguaglianze sociali e territoriali per quel che riguarda la salute
- (b) la definizione dei **LEA** condizioni di uniformità su tutto il territorio, all'intera collettività e a parità di condizioni
- (c) la **quota capitaria** di finanziamento per ciascun anno di validità del piano e la sua disaggregazione per livelli di assistenza
- (d) **gli indirizzi finalizzati ad orientare il SSN verso il miglioramento della qualità dell'assistenza** anche con progetti sovraregionali
- (e) i progetti obiettivo adottati dal ministro (con decreto di natura non regolamentare) di concerto con gli altri ministri competenti per materia, d'intesa con la conferenza unificata da realizzare anche mediante l'integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali
- (f) le finalità generali ed i settori principali della **ricerca biomedica e sanitaria** prevedendo altresì il relativo programma di ricerca
- (g) **formazione di base e formazione continua** del personale nonché al fabbisogno ed alla valorizzazione delle risorse umane
- (h) le linee guida ed i relativi percorsi diagnostico-terapeutici allo scopo di **favorire all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica ed assistenziale e di assicurare l'applicazione dei lea**
- (i) i criteri e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza assicurati in rapporto a quelli previsti



LA PROGRAMMAZIONE

Ministero della Salute

Piano Sanitario Nazionale

Piano Sanitario Regionale

Piano Programmatico o Piano strategico

Le finalità **che ciascuna regione** deve raggiungere in materia sanitaria sono incluse nei **PSR**, attraverso i quali vengono individuati gli aspetti strategici degli interventi da porre in essere per la tutela della salute nonché per il migliore funzionamento dei servizi.

☐ deve essere predisposto tenendo conto degli **obiettivi** individuati dal **PSN**; che al fine di assicurarne il coordinamento le regioni inviano i progetti di piano al ministro della salute onde acquisirne il parere.

Le regioni entro 150 gg dall'entrata in vigore del PSN devono adottare il proprio PSR la cui predisposizione è di competenza della **giunta regionale**.

Un importante ruolo partecipativo è svolto dalle autonomie locali, dalle formazioni sociali private senza scopo di lucro, impegnate nella assistenza sociale e sanitaria, dalle organizzazioni sindacali degli operatori sanitari pubblici e privati ed infine dalle strutture accreditate dal SSN.

Tale collaborazione è garantita anche dalla sottoposizione del progetto del PSR alla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale. Nell'ipotesi in cui il piano sanitario non venga adottato dalla Regione, si applicano le disposizioni contenute nel PSN (applicazione assicurata da intervento sostitutivo del governo).



Piano Sanitario Regionale

PSR

La **Legge 229/99 Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale**, ha confermato tutti i **poteri della regione** prevedendo tuttavia che il loro esercizio nella funzione programmatica si realizzi in rapporto più immediato con i comuni.

A tal fine ha previsto la costituzione con legge regionale di una **CONFERENZA PERMANENTE PER LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA E SOCIO-SANITARIA REGIONALE** per creare in tal modo un equivalente tra regioni e comuni di quello già operante tra stato e regioni.

Fanno parte della conferenza per ciascuna AUSL alcuni rappresentanti delle autonomie locali : il sindaco (o il presidente della conferenza dei sindaci o il presidente di circoscrizione a seconda delle dimensioni dell'azienda stessa) e i rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali.

La conferenza esamina il progetto di **PSR**, verifica i Piani Attuativi Metropolitani e delle aziende ospedaliere ed esprime eventuali osservazioni in merito.

Il PSR il cui contenuto deve uniformarsi alle indicazioni del **PSN** ha la finalità di definire gli obiettivi da realizzare in un arco di tempo triennale (coincidente con il triennio del PSN)



LA PROGRAMMAZIONE

Ministero della Salute

Piano Sanitario Nazionale

Piano Sanitario Regionale

Piano Programmatico o
Piano strategico

Il dlgs 229/99 stabilisce che spetta alla legislazione regionale disciplinare il rapporto tra **programmazione regionale e programmazione attuativa locale PAL**, definendo l'iter procedurale di adozione del PAL, nonché le modalità di partecipazione ad essa degli enti locali interessati.

Il **Programma delle attività territoriali** è un documento col quale viene organizzata la **localizzazione ed il funzionamento dei servizi per garantire l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria avendo definito gli obiettivi di salute e le risorse per perseguirli.**

In caso di mancata attuazione del **PAL**, il sindaco o la conferenza dei sindaci possono chiedere alla regione la revoca o la non conferma del DG.

Un ruolo fondamentale è svolto quindi dal DG della AUSL e dal Sindaco; quest'ultimo per garantire il soddisfacimento delle esigenze sanitarie della popolazione nell'ambito della programmazione regionale provvede alla definizione delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività; ne verifica l'andamento generale e contribuisce alla definizione dei piani programmatici, trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al DG ed alla Regione.

Sempre alle Regioni è affidato il compito di costituire appositi organi che elaborino per le aree metropolitane **il Piano attuativo metropolitano**. Nell'ipotesi in cui la Regione non provveda e non istituisca la CPPSSR il Ministro della salute sentita la Regione interessata e l'agenzia per i servizi sanitari regionali fissa un termine per provvedere, decorso il quale il Ministro propone al Consiglio dei Ministri di attuare un intervento sostitutivo anche con un commissario ad acta. L'intervento del governo non impedisce però alle regioni di esercitare le funzioni loro attribuite fino a quando gli organi regionali non abbiano provveduto in materia per quel che riguarda l'attività di programmazione svolta a livello locale.

Nella regione Emilia Romagna invece dei PAL viene adottato il PIANO PROGRAMMATICO (O STRATEGICO).



IL FINANZIAMENTO

FSN+TASSE

FSR+TASSE

**Finanziamenti
+entrate proprie
+reinvestimenti patrimoniali**

Il FSN di parte corrente e in conto capitale è alimentato interamente da stanziamenti a carico del bilancio dello Stato ed il suo importo è annualmente determinato dalla legge finanziaria tenendo conto, limitatamente alla parte corrente del 90% del gettito presunto dell'IRAP (imposta regionale sulle attività produttive) e dell'addizionale regionale sull'IRPEF. Una quota pari al 1% del FSN complessivo prelevata dalla quota iscritta nel bilancio del Ministero dell'Economia e delle Finanze ed utilizzata per il finanziamento di attività di ricerca o sperimentazione nonché per i rimborsi alle Aziende sanitarie per le spese per le prestazioni erogate a cittadini stranieri che si trasferiscono per cure in Italia. Il FSN (al netto della quota di cui sopra) è ripartito annualmente dal CIPE su proposta del Ministero della salute d'intesa con la CPSRPA.

La quota capitaria di finanziamento da assicurare alle Regioni viene determinata sulla base di un sistema di coefficienti parametrici in relazione ai LEA in tutto il territorio nazionale determinati con riferimento ai seguenti elementi:

- (a) **popolazione residente** (a1) frequenza dei consumi sanitari per sesso ed età (a2) tassi di mortalità della popolazione (a3) indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti idonei al fine di definire i bisogni sanitari delle regione (a4) indicatori epidemiologici territoriali
- (b) **mobilità sanitaria per tipologia di prestazioni**
- (c) **consistenza e stato di conservazione delle strutture immobiliari, degli impianti tecnologici e delle dotazioni strumentali.**

La ripartizione viene effettuata dal CIPE a titolo di acconto, entro febbraio dell'anno successivo, provvederà all'assegnazione definitiva del FSN effettivamente spettante sulla base del gettito definitivo di IRAP e IRPEF.



Fondo Sanitario Regionale (FSR)+TASSE

d.lgs 56/00 "Disposizioni in materia di federalismo fiscale"

ha cessato tutti i trasferimenti erariali in favore delle Regioni a statuto ordinario, ad eccezione di quelli relativi

- (1) prevenzione e lotta AIDS
- (2) assistenza sanitaria immigrati
- (3) fibrosi cistica
- (4) malattie infettive degli animali
- (5) formazione dei medici specialisti
- (6) investimenti in materia ospedaliera
- (7) Finanziamenti per specifici obiettivi del PSN
(es tutela salute materno infantile, salute mentale anziani ecc).

A compensazione di quanto tolto, oltre alla IRAP, l'incremento delle entrate tributarie si è verificato con

- (1) compartecipazione regionale all'Iva (46,1% del gettito complessivo)
- (2) aumento aliquota addizionale IRPEF (da 0,9 a 1,4%)
- (3) aliquota di compartecipazione regionale all'accisa sulle benzine (0,129 per litro).

Per assicurare il rispetto di standard essenziali ed uniformi di assistenza il dlgs 56/00 ha previsto procedure di monitoraggio e verifica dell'assistenza erogata alle regioni.

ha previsto che le REGIONI facciano fronte con risorse proprie a

- (1) erogazione di LEA superiori a quelli previsti dal PSN
- (2) Ripercussioni finanziarie conseguenti all'adozione di modelli organizzativi diversi da quelli del PSN
- (3) eventuali disavanzi aziendali.

Le Regioni possono far fronte a tali oneri aumentando le risorse nei seguenti modi:

- (1) riduzione dei limiti massimi di spesa per gli esenti previsti dai LEA
- (2) aumentare la quota fissa sulle singole prescrizioni farmaceutiche e sulle ricette relative a prestazioni sanitarie (con eccezione per i farmaci salvavita)
- (3) prevedere forme di partecipazione alla spesa per eventuali altre prestazioni da porre a carico dei cittadini (con esclusione degli esenti).

favorire il passaggio graduale dal ricovero ordinario al Dh e da questo alla prestazione ambulatoriale.



dlgs 229/99 Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale

**Finanziamenti
+ entrate proprie
+ reinvestimenti patrimoniali**

Spetta alle regioni disciplinare il finanziamento della AUSL sulla base di una quota capitaria considerati i caratteri di popolazione e territorio.

Le singole fonti di finanziamento sono:

- (1) una quota del FSR ripartito annualmente dalla Regione
- (2) rendite, lasciti, donazioni e quant'altro sia acquisito al patrimonio aziendale per effetto di contratti e convenzioni
- (3) ricorso a mutui o ad altre forme di credito di durata non superiore a dieci anni per il finanziamento di spese di investimento e previa autorizzazione regionale fino ad un ammontare complessivo delle relative rate (per capitale ed interessi) non superiore al 15% delle entrate proprie correnti ad esclusione della quota di FSN di parte corrente attribuita alla regione, anche se la Regione può autorizzare anche oltre tali limiti previa motivata ed analitica valutazione dell'idoneità dell'azienda stessa a sostenerne i conseguenti oneri
- (4) anticipazioni da parte del tesoriere che non superi un dodicesimo dell'ammontare annuo del valore dei ricavi, ivi compresi i trasferimenti iscritti nel bilancio preventivo annuale.

Reinvestimenti Patrimoniali: allo scopo di abbreviare i tempi per la realizzazione di progetti di investimento utilizzando i finanziamenti derivanti da alienazioni patrimoniali, è istituito un apposito fondo, con legge di approvazione del bilancio regionale, per provvedere ad anticipazioni finanziarie a favore delle Aziende, con vincolo di reintegro ad avvenuta acquisizione dei proventi conseguenti alle alienazioni medesime.



IL FINANZIAMENTO DELLE AUSL

azienda sanitaria locale (ASL

o AUSL = azienda unità sanitaria locale)

AZ.OSPedaliere
ed i Punti Operativi.

raggruppamento omogeneo di diagnosi (ROD) = (**DRG** diagnosis-related group)= un sistema che permette di classificare tutti i pazienti dimessi da un ospedale (ricoverati in regime ordinario o day hospital) in gruppi omogenei per assorbimento di risorse impegnate (isorisorse)

Le entrate proprie di cui le AUSL possono pienamente disporre sono

- (1) ticket pagati dagli assistiti per le prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio
- (2) entrate derivanti da lasciti e donazioni
- (3) erogazione di prestazioni tariffabili e servizi a pagamento
- (4) introiti dell'attività Ip degli operatori
- (5) eventuali avanzi di gestione.

Per quanto riguarda le AZ.OSP ed i P.O. non costituiti in aziende il loro finanziamento è basato essenzialmente sulla **remunerazione a tariffa della prestazione sanitaria erogata** attraverso i DRG individuati dalla Regione sulla base di criteri uniformi stabiliti a livello nazionale.

Ciascun **DRG** raggruppa categorie di pazienti ospedalieri definite in modo che presentino caratteristiche cliniche analoghe e richiedano per il loro trattamento volumi omogenei di risorse ospedaliere; l'assegnazione di ciascun paziente ad uno specifico DRG avviene sulla base della scheda di dimissione (diagnosi principale di dimissione, diagnosi secondarie, interventi chirurgici ecc).

A ciascun DRG è stata associata una tariffa (che fa riferimento sia ai costi di natura strettamente clinica che ai costi gestionali) che rappresenta la remunerazione massima da corrispondere ai soggetti erogatori a fronte delle singole prestazioni rese agli assistiti.



PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA

sorveglianza
e protezione
nutrizionale

Valuta-
zione
medico
legale

salute
animale e
igiene
urbana
veterina-
ria

sorveglianza,
prevenzione e
controllo delle
malattie infet-
tive e parassi-
tarie inclusi i
programmi
vaccinali

sorveglianza e preven-
zione primaria delle ma-
lattie croniche, inclusi la
promozione di stili di vita
sani ed i programmi or-
ganizzati di screening

tutela della salute e
della sicurezza
degli ambienti
aperti e confinati

sorveglianza,
prevenzione e
tutela della
salute e si-
curezza sui
luoghi di
lavoro

sicurezza alimen-
tare - tutela della
salute dei consu-
matori

LEA

MACROAREF

ASSISTENZA DISTRETTUALE

Assistenza
sanitaria di
base

Attività di
emergenza
sanitaria
territoriale

Assistenza
protesica

Assistenza
integrativa

Assistenza
sociosanitaria
residenziale e
semiresidenziale

Assistenza
sociosanitaria
domiciliare e
territoriale

Assistenza
termale

Assistenza
specialistica
ambulatoriale

Assistenza
farmaceutica
(farmacie
territoriali)

ASSISTENZA OSPEDALIERA

degenza

Riabilitazione e
lungodegenza

Procreazione
assistita

Attività tra-
sfusionali

PS

DaySurgery

Centro anti
veleni CAV

DH

Attività di
prelievo, con-
servazione,
distribuzione
di tessuti



LEA

Il **SSN** provvede ad erogare a tutti i cittadini le prestazioni sanitarie comprese nei LEA, sono in pratica le garanzie che il SSN si impegna ad assicurare nei confronti dei cittadini al fine di realizzare la coerenza fra l'obiettivo generale di tutela della salute ed il finanziamento a disposizione del SSN.

I LEA sono erogati:

- (A) senza oneri a carico dell'utente al momento della fruizione del servizio (es: le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, i trattamenti erogati nel corso di un ricovero, l'assistenza specialistica ai fini dell'avviamento al lavoro ecc);
- (B) dietro pagamento di una quota limitata per le prestazioni soggette a compartecipazione alla spesa.



LEA

**azienda sanitaria
locale (ASL
o AUSL = azienda unità
sanitaria locale)**

FUNZIONI DELL'AUSL

A) Le regioni provvedono a garantire i livelli uniformi di assistenza definiti nello standard minimo della programmazione nazionale ed eventualmente rielaborati nei PSR. I lea comprendono le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni garantite dal SSN a tutti i cittadini. Il DPCm 23/04/08 e smi individua le seguenti macroaree

- 1) prevenzione collettiva e sanità pubblica (assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro)**
- 2) assistenza distrettuale**
- 3) assistenza ospedaliera**

La verifica dell'erogazione dei LEA è affidata ad apposito comitato istituito presso il Ministero.

Alle AUSL compete anche L 419/98 art 2 c 1 lett I

l'erogazione di servizi e prestazioni contemplati dai livelli aggiuntivi di assistenza previsti dai comuni in coerenza con la programmazione sanitaria regionale e finanziati con risorse proprie del Comune stesso

B) L'integrazione socio-sanitaria considera la globalità della persona in tutte le sue dimensioni e le prestazioni socio-sanitarie sono tutte le attività dirette a soddisfare mediante percorsi assistenziali integrati bisogni di salute 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.



LEA

Le prestazioni sociosanitarie a norma del DPCM 14/02/01 comprendono

1) Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite ed acquisite. Dette prestazioni sono di competenza delle AUSL ed a carico delle stesse

2) Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Tali attività sono di competenza dei Comuni e sono prestate con partecipazione alla spesa da parte dei cittadini nella misura stabilita dall'amministrazione comunale

3) Prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica ed intensità della componente sanitaria, le quali attengono prevalentemente alle aree di integrazione sociosanitaria, cioè: (a) **materno-infantile**, (b) **anziani**, (c) **handicap**, (d) **patologie psichiatriche** (e) **dipendenze da droga, alcool e farmaci**, (f) patologie per infezioni da HIV (g) patologie in fase terminale. Dette prestazioni sono erogate dalle aziende sanitarie locali e sono a carico del FSN.

L'integrazione sociosanitaria deve essere attuata a tre livelli: (1) istituzionale (si realizza attraverso collaborazioni fra le diverse istituzioni come Ausl Comuni, Regioni ed attuate mediante strumenti giuridici quali convenzioni, accordi di programma ecc, volte al conseguimento di obiettivi comuni nell'ambito della salute); (2) gestionale (che riguarda specificamente le strutture operative nel senso che le stesse devono essere organizzate in modo da garantire l'efficacia delle attività e delle prestazioni); (3) professionale (che riguarda l'adozione di politiche aziendali finalizzate alla produzione di servizi sanitari domiciliari intermedi e residenziali).



1) PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA

Nel livello assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro rientrano le seguenti prestazioni:

- a) sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- b) tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- c) sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- d) salute animale e igiene urbana veterinaria;
- e) sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;
- f) sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening;
- g) Sorveglianza e prevenzione nutrizionale
- h) Valutazione medico legale degli stati di disabilita' e per finalità pubbliche



2) ASSISTENZA DISTRETTUALE rientrano seguenti prestazioni:

a) assistenza sanitaria di base,

SSN garantisce, attraverso i propri servizi ed attraverso i medici ed i pediatri convenzionati, la gestione ambulatoriale e domiciliare delle patologie acute e croniche secondo la migliore pratica ed in accordo con il malato, inclusi gli interventi e le azioni di promozione e di tutela globale della salute;

a) attività di emergenza sanitaria territoriale

SSN garantisce la continuità assistenziale per assicurare la realizzazione delle prestazioni assistenziali territoriali non differibili anche nelle ore serali e notturne e nei giorni prefestivi e festivi. Nell'ambito della continuità assistenziale, in relazione al quadro clinico prospettato dall'utente o dalla centrale operativa, il servizio assicura tutti gli interventi appropriati.

Assistenza ai turisti

SSN garantisce nelle località a forte afflusso turistico individuate sulla base di apposite determinazioni regionali, l'assistenza sanitaria rivolta alle persone non residenti nella regione stessa, dietro pagamento della tariffa fissata dalla normativa regionale.

Emergenza sanitaria territoriale

SSN garantisce l'attività di emergenza sanitaria territoriale nell'arco delle 24 ore per interventi di primo soccorso, per attività di coordinamento operativo e risposta sanitaria nella Centrale Operativa 118, per interventi di soccorso in caso di maxi-emergenze o disastro e, ad integrazione, nelle attività dei D.E.A./Pronto soccorso e aree afferenti. Nell'ambito dell'attività di emergenza sanitaria territoriale sono assicurati in particolare: a) interventi di assistenza e di soccorso avanzato esterno al presidio ospedaliero, con mezzo attrezzato secondo la vigente normativa; b) attività assistenziali e organizzative in occasioni di maxi-emergenze e NBCR; c) trasferimento assistiti a bordo di autoambulanze attrezzate; d) attività presso centrali operative anche nell'ambito dei dipartimenti di emergenza e urgenza.



2) ASSISTENZA DISTRETTUALE SEGUE

c) **assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali**

SSN garantisce attraverso le **farmacie** convenzionate la fornitura dei medicinali e dei preparati galenici appartenenti alla classe a) di cui all'articolo 8, comma 10, della legge 23 dicembre 1993, n.537

SSN garantisce altresì la fornitura dei medicinali aventi uguale composizione in principi attivi, nonché forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio e dosaggio unitario uguali, identificati dall'Agenzia Italiana del Farmaco, fino alla concorrenza del prezzo più basso del corrispondente prodotto disponibile nel normale ciclo distributivo regionale.

SSN garantisce attraverso i propri servizi territoriali e ospedalieri i medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale nonché i farmaci per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, sulla base di direttive regionali. Il Servizio sanitario nazionale garantisce altresì, qualora non esista valida alternativa terapeutica, i medicinali innovativi la cui commercializzazione è autorizzata in altri Stati ma non sul territorio nazionale, i medicinali non ancora autorizzati ma sottoposti a sperimentazione clinica e i medicinali da impiegare per un'indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata, inseriti in un elenco predisposto e periodicamente aggiornato dall'Agenzia Italiana del Farmaco, conformemente alle procedure ed ai criteri adottati dalla stessa.



LEA

2) ASSISTENZA DISTRETTUALE SEGUE

d)assistenza integrativa

Nell'ambito dell'assistenza integrativa **SSN** garantisce le prestazioni che comportano l'erogazione dei dispositivi medici monouso, dei presidi per diabetici e dei prodotti destinati ad un'alimentazione particolare

d)assistenza specialistica ambulatoriale

Nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale il **SSN** garantisce le prestazioni elencate nel nomenclatore. Il nomenclatore riporta, per ciascuna prestazione, il codice identificativo, la definizione, eventuali condizioni di erogabilità in relazione ai requisiti necessari a garantire la sicurezza del paziente, eventuali indicazioni cliniche volte a migliorare l'appropriatezza della prescrizione. Al solo fine di consentire l'applicazione delle disposizioni legislative relative ai limiti di prescrivibilità delle prestazioni per ricetta e di partecipazione al costo da parte dei cittadini, il nomenclatore riporta altresì le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale raggruppate per branche specialistiche.

d)assistenza protesica

SSN garantisce alle persone di cui all'articolo 18 le prestazioni assistenziali che comportano l'erogazione di protesi, ortesi ed ausili tecnologici nello ambito di un progetto riabilitativo individuale volto alla prevenzione, alla correzione o alla compensazione di menomazioni o disabilità funzionali conseguenti a patologie o lesioni, al potenziamento delle abilità residue nonché alla promozione dell'autonomia dell'assistito. Il nomenclatore di cui all'allegato 5 contiene gli elenchi delle prestazioni e dei dispositivi, inclusi i dispositivi provvisori, temporanei e di riserva di cui all'articolo 18, commi 2 e 3, erogabili dal Servizio sanitario nazionale nei limiti e secondo le indicazioni cliniche e d'uso riportate nel medesimo nomenclatore

d)assistenza termale

SSN garantisce l'erogazione delle prestazioni di assistenza termale previste dalla normativa vigente ai soggetti affetti dalle patologie che possono trovare reale beneficio da tali prestazioni, identificate con decreto del Ministro della salute, nonché agli assicurati dell'INPS e dell'INAIL



2) ASSISTENZA DISTRETTUALE SEGUE

L'erogazione è garantita nel limite di un ciclo annuo di prestazioni, fatta eccezione per gli invalidi di guerra e di servizio, dei ciechi, dei sordomuti e degli invalidi civili che possono usufruire di un secondo ciclo annuo per il trattamento della patologia invalidante

h) assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale

Percorsi assistenziali integrati I percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali.

Nell'ambito delle **cure domiciliari**

SSN garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita.

Le cure domiciliari prestazionali sono attivate dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta o da altri servizi distrettuali; b) cure domiciliari integrate (ADI) di I^a e II^a livello: costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati articolati sino a 5 giorni (I^a livello) o su 6 giorni (II^a livello) in relazione alla criticità e complessità del caso. Le cure domiciliari di primo e secondo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la "presa in carico" della persona e la definizione di un "Progetto di assistenza individuale" (PAI), e sono attivate con le modalità definite dalle regioni anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assume la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia; cure domiciliari integrate a elevata intensità (III^a livello): costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati articolati sui 7 giorni anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver.



LEA

2) ASSISTENZA DISTRETTUALE SEGUE

i) assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale

Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario.

SSN garantisce trattamenti residenziali intensivi di cura, recupero e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario ed assistenziale alle persone con patologie non acute, incluse le condizioni di responsività minimale e le gravi patologie neurologiche, caratterizzate da complessità, instabilità clinica e/o gravissima disabilità, che richiedono supporto alle funzioni vitali e continuità assistenziale con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24h. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, psicologico, riabilitativo, infermieristico e tutelare, assistenza farmaceutica ed accertamenti diagnostici.



LEA

3) ASSISTENZA OSPEDALIERA

Il livello dell'assistenza ospedaliera si articola nelle seguenti aree di attività:

- 1) pronto soccorso;
- 2) degenza ordinaria;
- 3) day surgery;
- 4) day hospital;
- 5) riabilitazione e lungodegenza;
- 6) attività trasfusionali
- 7) attività di trapianto di organi e tessuti

L'AUSL adempie alle sue funzioni di erogatore di prestazioni sanitarie avvalendosi di:

- (a) propri presidi ospedalieri non costituiti in azienda
- (b) aziende ospedaliere
- (c) istituzioni sanitarie pubbliche (es ospedali militari) o private autorizzate e accreditate (acquistando cioè prestazioni)
- (d) presso i distretti anche per il tramite di professionisti in regime di convenzione.



Servizio Sanitario e programmazione

Grazie dell'attenzione