Corso di Preparazione al Concorso

Legislazione Sanitaria

Sbucafratta Alfredo Funzione Pubblica CGIL – Padova

EVOLUZIONE LEGISLATIVA DELLA FIGURA DI SUPPORTO

Ausiliario (Portantino)	D.P.R. 128/69
Ausiliario Socio-Sanitario	CCNL 1979
Ausiliario Socio Sanitario Specializzato	D.P.R. 348/83 - D.M. 1984
OTA Operatore Tecnico addetto all'Assistenza	D.P.R. 384/90 istituzione della figura D.M. 295/91 disciplina la formazione
OSS Operatore Socio Sanitario	Accordo Stato Regioni 22/2/01 G.U. del 19/04/01 n°91
OSS con F.C. Operatore Socio Sanitario specializzato	Accordo stato/regioni 16 gennaio 2003 G.U. del 03/03/03 n°51

L'Operatore Socio-Sanitario (O.S.S.)

La figura dell'O.T.A. si è dimostrata non adeguata sia per i limiti derivati dall'ambito di competenza, solo sanitaria, sia per il suo scarso inserimento nelle strutture Socio - sanitarie.
Così, dopo dieci anni, nasce un'altra figura: l'Operatore Socio Sanitario. Le motivazioni possono essere così enunciate:

1. La crescita della domanda sanitaria, determinata da una serie di elementi:
a) l'aumento della popolazione anziana, b) l'evoluzione scientifica e tecnologica;
c) domande di prestazioni sempre più qualificate.

2. La carenza del numero di Infermieri.

3. Lo sviluppo della Professione Infermieristica con un accrescimento del patrimonio delle conoscenze grazie anche alla formazione universitaria.

ACCORDO STATO-REGIONI DEL 22/02/2001

Dopo un lungo e travagliato dibattito, con un provvedimento definito, "necessario ed urgente" è stato emanato l'Accordo tra il Ministro della Salute, il Ministro per la Solidarietà Sociale, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano per la individuazione della figura e del relativo Profilo Professionale dell'Operatore Socio-Sanitario (O.S.S.) e per la definizione dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione.

Profilo professionale.
L' O.S.S. è l'operatore che, a seguito dell'attestato di qualifica conseguito al termine di specifica formazione professionale, svolge attività indirizzata a:

- **Soddisfare i bisogni primari della persona, nell'ambito delle proprie aree di competenza, in un contesto sia sociale che sanitario;**
- **Favorire il benessere e l'autonomia dell'utente.**

ACCORDO STATO-REGIONI DEL 16/01/2003

Disciplina la Formazione Complementare in assistenza sanitaria della figura dell'O.S.S. al fine di consentire allo stesso di COLLABORARE con l'Infermiere Professionale o l'Ostetrica e di svolgere alcune attività assistenziali in base all'organizzazione dell'Unità funzionale di appartenenza e conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica o ostetrica sotto la supervisione della stessa**.**
Profilo professionale dell'Operatore Socio-sanitario con formazione complementare (O.S.S. con F.C.):

- **Mantiene tutti i compiti previsti per l'O.S.S.**

- **Svolge alcune attività aggiuntive** in ambito assistenziale, igienico-sanitario, diagnostico e terapeutico.

ASPETTI STORICO – EVOLUTIVI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

ASPETTI STORICO – EVOLUTIVI DEL S.S.N.

In quella che sarebbe diventata l'Italia, le prime organizzazioni di assistenza di una certa importanza si svilupparono e diffusero a partire dal 1500

- I poveri erano in gran parte malati ed i malati in gran parte diventavano velocemente moribondi
- Le prime organizzazioni non fornivano assistenza sanitaria quanto carità tesa a togliere dalla strada i moribondi
- Lazzaretto, Ospedale degli incurabili, Ospedale della buona morte, sono solo alcuni esempi dei nomi sinistri attribuiti delle strutture "sanitarie" del '700.

I TRE PERIODI STORICI EVOLUTIVI

1- Origini (le prime leggi nazionali, le mutue volontarie e facoltative, ecc.);

2 - Sviluppo (diritto all'assistenza ospedaliera, l'assistenza mutualistica obbligatoria, i primi importanti progressi tecnologici, le tensioni finanziarie sia degli ospedali che delle mutue, ecc.);

3- Istituzione e successive riforme del Servizio sanitario nazionale.

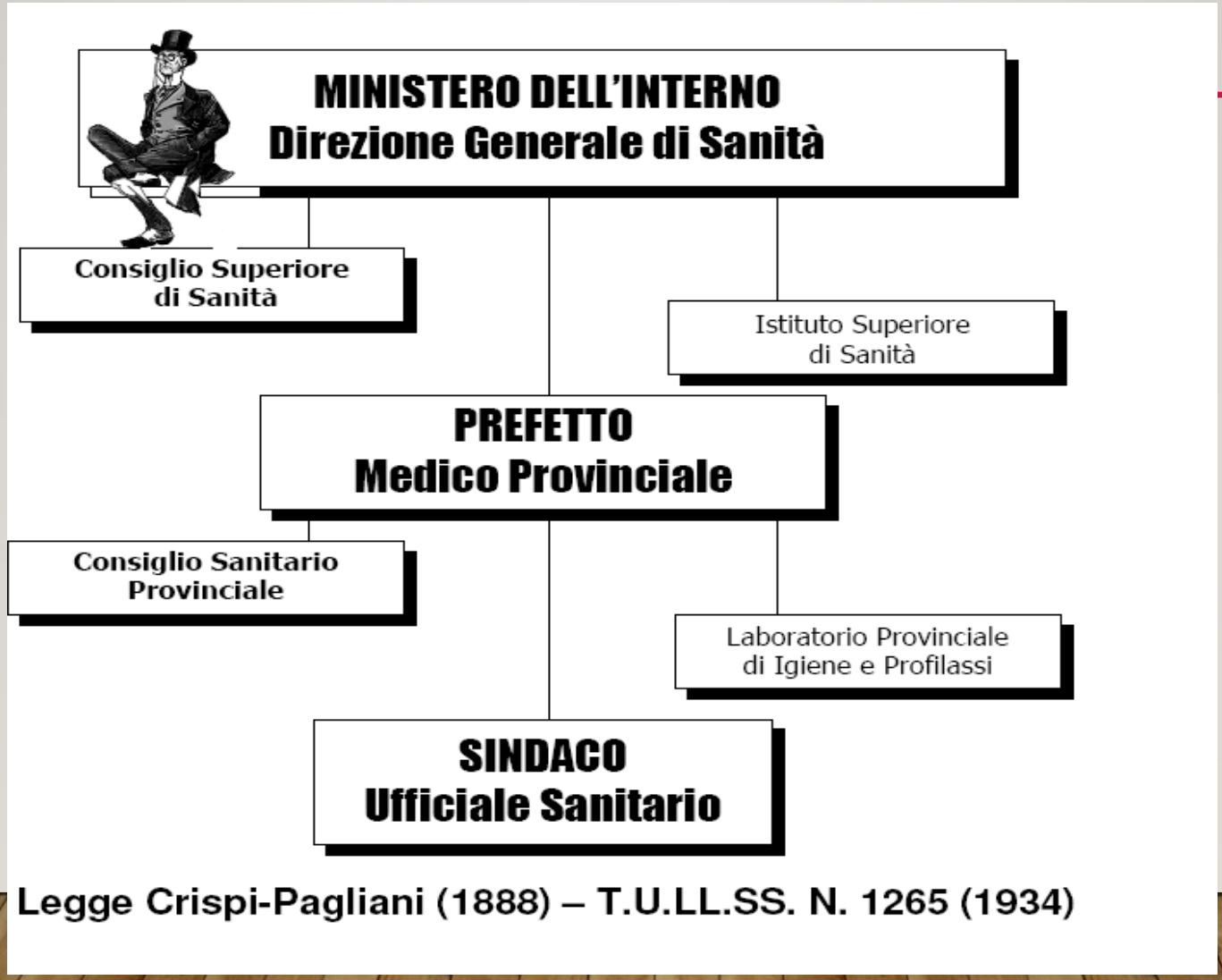
LE ORIGINI (1865 -1888)

- Regio decreto del 8 giugno 1865, n.2322 che dettava norme in tema di: salubrità di edifici ed alimenti; sepolture e cimiteri; epidemie e malattie endemiche e contagiose; ospedali; sanità animale.

- Il "modello inglese" di allora venne preso come riferimento (un'autorità sanitaria centrale sovraordinata ad autorità locali distribuite sul territorio e dotate di proprie risorse).

- Legge del 22 dicembre 1888, (organizzazione sanitaria; riconoscimento giuridico della condotta medica; assistenza farmaceutica, ostetrica, zooiatrica; igiene pubblica; vigilanza sulle professioni).

LE ORIGINI (1865 -1888)



Legge Crispi-Pagliani (1888) – T.U.LL.SS. N. 1265 (1934)

LO SVILUPPO (1888-1978) (I)

- Dal sistema austroungarico viene importata la figura del medico condotto, pagato dal Comune.
- Istituzione degli IPAB (Istituti pubblici di assistenza e beneficenza) che nei limiti del rispettivo patrimonio (frutto di lasciti e carità) fornivano assistenza ai poveri in malattia.
- Grazie all'evoluzione tecnologica, la sanità cessa di essere solo igiene pubblica per diventare assistenza sanitaria (diagnosi e terapia).
- Espansione del sistema mutualistico e sviluppo delle strutture ospedaliere che, con il Regio decreto del 30 dicembre 1923 n.2841, dovevano curare chiunque ne avesse bisogno anche se non potesse pagare (nel qual caso l'ospedale aveva diritto al rimborso delle spese da parte del comune di domicilio dell'assistito o della sua mutua).

LO SVILUPPO (1888-1978) (2)

- Negli anni ’30 maturò l’esigenza di garanzie rivolte non solo agli indigenti, ma all’intera popolazione grazie all’assistenza mutualistica obbligatoria (finanziata in parte dai lavoratori, in parte dai propri datori di lavoro, ed in parte dallo Stato).

- Nel 1958 venne istituito il ministero della Sanità (prima di allora la tutela della salute era sempre stata affidata al ministro dell’Interno).

- Nel 1970 vennero istituite le Regioni quali enti territoriali dotati di sovranità e competenze nei confronti della rispettiva popolazione residente.

- Legge del 17 agosto 1974, n.386 che sancì la fine del sistema mutualistico e pose le basi per la successiva istituzione del S.S.N.

- Si verificarono, prima dello scioglimento delle mutue, imponenti deficit degli enti ospedalieri e delle mutue stesse. Aspetto che da quel momento in avanti sarebbe divenuta una costante in questo settore e cioè: la sproporzione tra le garanzie date ai cittadini e le capacità finanziarie del “sistema”.

LO SVILUPPO (1888-1978) (3)



Legge Istituzione Ministero Sanità (1958)

SSN - Servizio Sanitario Nazionale (1978 - 1999) (1)

- Il Servizio sanitario nazionale (S.S.N.) fu istituito nel 1978 dalla legge del 23 Dicembre 1978, n.833 (per l'iniziativa del ministro della Sanità Tina Anselmi, nel governo Andreotti).

- Ispirato al National Health Service (NHS) del Regno Unito e alla Costituzione poggiava sui principi dell'universalità del servizio e dell'uguaglianza dei cittadini di fronte alla sua erogazione.

- La 833/78 articolava il sistema in tre livelli: quello centrale (lo Stato), quello periferico (i comuni), e quello intermedio tra i due suddetti (le Regioni).
  A livello centrale dovevano decidersi la programmazione e le risorse.
  A livello periferico spettava ai comuni, singolarmente o associati, esercitare le proprie funzioni in materia sanitaria attraverso apposite Unità sanitarie o socio-Sanitarie locali (USL o ULSS) guidata da un comitato di gestione composto da politici eletti nelle liste dei partiti.

SSN - Servizio Sanitario Nazionale (1978 - 1999) (2)



SSN - Servizio Sanitario Nazionale (1978 - 1999) (3)

Da allora il SSN è stato oggetto di tre riforme sanitarie:

1. nel 1992 (decreto legislativo del 30 dicembre 1992, n.502 - per l'iniziativa del ministro della Sanità Francesco De Lorenzo, nel governo Amato);
2. nel 1993 (decreto legislativo del 7 dicembre 1993, n.517 - per l'iniziativa del ministro della Sanità Maria Pia Garavaglia, nel governo Ciampi);
3. 1999 (decreto legislativo del 19 giugno 1999, n.229 - per l'iniziativa del ministro della Sanità Rosy Bindi, nel governo D'Alema).

SSN - Servizio Sanitario Nazionale (1978 - 1999) (4)

LEGGE 502/1992

Governo
PSN
Livelli uniformi di assistenza



Regioni
PSR – Linee organizzative dei servizi
Criteri di finanziamento delle USL
Indirizzo e controllo USL

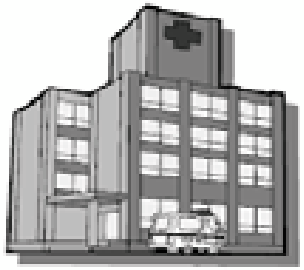


ASL
Enti strumentali delle Regioni dotati di personalità giuridica pubblica
Azienda Sanitaria Locale – dotata di autonomia organizzativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica



Ospedali
Aziende ospedaliere
- ospedali a rilievo nazionale e di alta specializzazione
- ospedali dotati di D.E.A.
- policlinici universitari
- ospedali con triennio clinico universitari

Ospedali presidi di ASL



AZIENDALIZZAZIONE DEL S.S.N.

La legge 833/78, mise in luce una serie di problematiche inerenti le modalità di gestione della sanità (complessità istituzionale in sede di attuazione della riforma sanitaria, carente gestione del personale sanitario, distinzione poco netta tra S.S.N. e settore privato, elevati deficit), che indussero il Governo ad emanare, negli anni, tre successive riforme sotto la spinta di due forti motivazioni:

a) una di tipo strutturale: la sanità aveva oramai raggiunto dimensioni tali da renderla ingestibile con gli strumenti di allora;

b)una di tipo gestionale: il sistema poteva sopravvivere solo se fossero state messe in atto politiche gestionali miranti all'efficienza .

L'AVVIO DELL'AZIENDALIZZAZIONE

Il 23 Ottobre 1992 fu emanata la Legge 421/92 che prevedeva criteri di revisione e razionalizzazione della disciplina in materia sanitaria. Successivamente il 30 Dicembre 1992, fu emesso il Dlgs 502/92, modificato in seguito dal Dlgs 517/93 e dal Dlgs 229/99, con i quali veniva inaugurata una nuova fase della sanità pubblica italiana, quella aziendalistica, dietro la spinta di emergenze economico-finanziarie che imposero un serio ridimensionamento dei costi.

I cambiamenti più significativi consistettero in:

- riconoscimento di una maggiore autonomia alle Regioni (cd. regionalizzazione);
- creazione di molti sistemi sanitari locali disomogenei tra di loro, ma omogenei nella struttura di base;
- Aziende Sanitarie rivolte si all'erogazione di servizi, ma altrettanto attente alla gestione delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie di cui dispone;

L'AVVIO DELL'AZIENDALIZZAZIONE

- le USL diventarono aziende dotate di personalità giuridica pubblica e trasformate in Aziende Sanitarie Locali (ASL);
- gli ospedali di importanza nazionale, di alta specializzazione e di riferimento alla rete di servizi di emergenza, furono dotati di personalità giuridica, di funzioni autonome e trasformati in Aziende Sanitarie Ospedaliere (A.O.);
- Il cambiamento rispondeva all'esigenza di seguire caratteri di efficacia ed efficienza relativamente alle attività svolte, al fine di contenere il più possibile gli sperperi dovuti alla mancata managerialità di chi amministrava.

I NUOVI SOGGETTI ISTITUZIONALI ALLA GUIDA DELLE ULSS

Direttore Generale

Posto al vertice dell'organigramma aziendale, nominato dalla Regione, rappresenta legalmente l'Azienda Sanitaria, titolare di tutti i poteri gestionali e responsabile dei risultati conseguiti dalla struttura.

Collegio dei Revisori poi Collegio Sindacale (Dlgs 229/1999)

Composto da cinque membri, due designati dalla Regione, uno dal Dicastero del Tesoro, uno dal Dicastero della Sanità e l'ultimo dalla Conferenza dei Sindaci. I compiti di tale collegio sono relativi al controllo amministrativo degli atti ed al controllo aziendale da un punto di vista economico.

I NUOVI SOGGETTI ISTITUZIONALI ALLA GUIDA DELLE ULSS

Direttore Amministrativo
Colui che con il Direttore Sanitario coadiuvava la gestione dell'Azienda con funzioni di dirigere i servizi amministrativi delle ASL conferendo potere al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di competenza.

Direttore Sanitario
Svolge le funzioni di direzione dei servizi sanitari fornendo supporto al Direttore Generale sugli atti di competenza.

Il Direttore dei Servizi Sociali
è nominato dal Direttore Generale con provvedimento motivato, sentito l'Esecutivo della Conferenza dei Sindaci, ai sensi dell'art. 16 della L.R. n. 56/1994, e risponde allo stesso del raggiungimento degli obiettivi e della gestione delle risorse assegnati. Sovrintende l'area dei servizi sociali in integrazione con quelli sanitari presenti nel territorio. Alla sua direzione afferiscono le problematiche relative alla famiglia, all'infanzia e adolescenza, alla disabilità, agli anziani, alla salute mentale, alle tossicodipendenze.

LE TRE RIFORME DEL NUOVO S.S.N.

La 1° riforma (Dlgs 502/92)

Fu sicuramente quella che disegnò il modello più lontano dall'impianto della 833/78: il 502/92 infatti dava al cittadino la possibilità di uscire dal SSN per aderire ad uno schema di copertura (di natura assicurativa o mutualistica) alternativo, riconosceva grande discrezionalità alle Regioni in tema di ordinamento, organizzazione, finanziamento.

La 2° riforma (Dlgs 517/93)

Ridimensionò il ruolo dei fondi sanitari extra-SSN istituendo un unico fondo integrativo rispetto al SSN. Confermata l'impostazione dello scorporo delle attività produttive da quelle organizzative finalizzate al governo locale del servizio.

La 3° riforma (Dlgs 229/99)

Ha fatto segnare un deciso riavvicinamento al modello della 833/78, ridimensionando la discrezionalità sia del livello regionale che delle aziende sanitarie, privilegiando la pianificazione e l'unitarietà degli interventi ispirati oltre che al principio dell'economicità, soprattutto a quello dell'appropriatezza e della garanzia dei LEA.

DIFFERENZE DEL CONTESTO ISTITUZIONALE

CONTESTO L. 833/78

- Maggior ruolo dello Stato
- USL come strutture operative dei Comuni
- USL prive di personalità giuridica
- USL con autonomia limitata
- Gestione politico/amministrativa (Comuni)

DIFFERENZE DEL CONTESTO ISTITUZIONALE

Contesto D. lgs 502/92 e 229/99

- Maggior ruolo delle Regioni " Regionalizzazione "
- ULSS ed Aziende ospedaliere come Aziende strumentali delle Regioni.
- ULSS ed Aziende ospedaliere con personalità giuridica.
- ULSS ed AO con autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale contabile, gestionale, tecnica e imprenditoriale.
- Direttore Generale nominato dalla Regione e con contratto di diritto privato.
- Il D.G. nomina il Direttore Sanitario, Amministrativo e Territoriale.

DIFFERENZE DEI CRITERI DI FINANZIAMENTO

Contesto L. 833/78

- Sistema di finanziamento a piè di lista e sulla spesa storica
- Più spese = più entrate
- Sistema di contabilità finanziaria

Contesto D. lgs 502/92 e 229/99

- Sistema di finanziamento su base capitaria e tariffe a prestazione
- Più prestazioni = più entrate
- Sistema di contabilità analitica

DIFFERENZE DEI CRITERI GESTIONALI

- **Contesto L. 833/78**

- Gestione burocratica/contabile basata sulla correttezza formale dell'atto invece che sul risultato dell'atto stesso
- Responsabilizzazione per norme
- La qualità dei servizi non è rilevata
- Non evidenzia i vantaggi per investimenti in tecnologie, formazione, ecc. ma solo i costi
- Riduzione dell'attività per ridurre
- le spese.
- Preventivo = Consuntivo

- **Contesto D. lgs 502/92 e 229/99**

- Gestione della produttività basata sulla valutazione dei risultati.
- Responsabilizzazione per obiettivi
- Misurazione dell'attività in unità non solo contabili ma secondo indicatori.
- Investire in tecnologie, formazione ecc. per aumentare la produttività.
- Riduzione delle spese e/o aumento della produzione per ridurre i costi unitari.
- Budget versus consuntivo.

Due catene organizzative a confronto





Le 3 riforme del S.S.N. a confronto



PIANO SANITARIO NAZIONALE E REGIONALE

FP CGIL PADOVA

E' preferibile esaminare preliminarmente alcuni termini comunemente utilizzati quando si parla di prendere decisioni per il futuro a livello aziendale.

- **PROGRAMMA** Individuazione di obiettivi specifici da conseguire attraverso un efficiente e appropriato uso delle risorse attuali e future.
  Quando si tratta di AZIONE PROGRAMMATA (rif. Legge 595-85 art.2) l'Azienda lo predispone autonomamente utilizzando proprie risorse. Es.: "Monitoraggio dei tempi d'attesa".
- **PROGETTO** Insieme di attività predisposte per realizzare un obiettivo specifico entro un lasso di tempo prescritto e un ammontare definito di risorse. Quando si tratta di PROGETTO OBIETTIVO (rif. Legge 595-85 art.2) si presuppone il coinvolgimento settoriale e trasversale di altre Amministrazioni in base a politiche di ordine generale. Es.: "la tutela materno-infantile".
- **PIANO** Individuazione di obiettivi generali, con la definizione delle strategie, delle politiche e dei programmi per conseguirli. Il tempo di attuazione è generalmente superiore all'anno.

PIANO SANITARIO NAZIONALE E REGIONALE

POLITICA SANITARIA Attuazione di un modello di assistenza sanitaria ispirato a criteri formalmente dichiarati. Es.: politica sanitaria rivolta alla prevenzione delle malattie dell'anziano.

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA Programmazione integrata degli interventi sociali e sanitari, inclusi i servizi alla persona e ai nuclei familiari. (DLgs 229/99 - Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale Legge n. 328/00 - Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

DPCM 14.02.01 - Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio- sanitarie).

PIANO SANITARIO NAZIONALE E REGIONALE

a Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Art. 32, c1 Costituzione Italiana

PIANO SANITARIO NAZIONALE E REGIONALE

Principi ispiratori nell'erogazione delle prestazioni sanitarie (Legge 833 / 1978)

UNIVERSALITA'

Assistenza sanitaria garantita a tutti

UNIFORMITA'

Assistenza sanitaria erogata allo stesso modo

PIANO SANITARIO NAZIONALE E REGIONALE

In termini economico-istituzionali i principi citati possono essere così rappresentati:

BISOGNI
Variabile indipendente del S.S.N.

SPESA
Variabile dipendente del S.S.N.

PIANO SANITARIO NAZIONALE E REGIONALE

Tale impostazione conduceva ad una certa sottostima di alcuni fenomeni responsabili della crescita senza limiti della spesa sanitaria:

- sviluppo scientifico e tecnologico
- crescita del tasso di scolarizzazione
- destrutturazione del tessuto sociale e familiare

I livelli uniformi di assistenza non divenne mai strumento finalizzato all'individuazione di quali prestazioni sanitarie dovevano essere garantite e finanziate. Il Fondo Sanitario Nazionale (FSN) e quello regionale (FSR), ripartiti entrambi sulla base della spesa storica, condussero ad una crescita esponenziale della spesa sanitaria e dei disavanzi delle UU.SS.LL.

PIANO SANITARIO NAZIONALE E REGIONALE

Durante la metà degli anni ’80, per arginare tale situazione, furono introdotti vari correttivi, tra i quali quello più significativo fu l’introduzione del ticket con la Legge 109/88, ma che non portò i risultati sperati.

Fu così che ’92 venne emanato il D. Lgs. 502 che, ribaltando totalmente la logica delle politiche economiche istituzionali, fino ad allora seguite riformulò la relazione BISOGNI-SPESA nel modo seguente:

SPESA

Variabile indipendente del S.S.N

BISOGNI

Variabile dipendente del S.S.N.

PIANO SANITARIO NAZIONALE E REGIONALE

- Le aree prioritarie di intervento, anche ai fini di una progressiva riduzione delle diseguaglianze sociali e territoriali nei confronti della salute;
- I livelli essenziali di assistenza (LEA) sanitaria da assicurare per il triennio di validità del Piano;
- La quota capitaria di finanziamento assicurata alle regioni per ciascun anno di validità del Piano e la sua disaggregazione per livelli di assistenza;
- Gli indirizzi finalizzati a orientare il Servizio sanitario nazionale verso il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, anche attraverso la realizzazione di progetti di interesse sovra-regionale;

IL PIANO SANITARIO NAZIONALE (PSN)

Ha durata triennale (anche se può essere modificato nel corso del triennio) ed è adottato dal Governo, su proposta del Ministro della salute, sentite le commissioni parlamentari competenti, nonché le confederazioni sindacali maggiormente rappresentative, tenendo conto delle proposte trasmesse dalle regioni. Esso indica:

PIANO SANITARIO NAZIONALE E REGIONALE

IL PIANO SANITARIO REGIONALE (PSR)

Rappresenta il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale anche in riferimento agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale.

Le regioni, entro centocinquanta giorni dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale, adottano o adeguano i piani sanitari regionali.

GLOSSARIO MINIMO DEL S.S.N. (1)

Appropriatezza: Misura della capacità di fornire, al livello di assistenza più idoneo, un intervento efficace per uno specifico soggetto (paziente) nel rispetto delle sue preferenze individuali e dei suoi valori culturali e sociali.

Atto aziendale E' un atto di diritto privato che disciplina l'organizzazione e il funzionamento delle Aziende Sanitarie; individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica (art. 3 comma 1 bis D. Lgs. 229/99).

Azienda sanitaria Soggetto giuridico, pubblico o privato, che offre attività o prestazioni sanitarie.
Azienda sanitaria pubblica: azienda senza finalità di reddito (no profit). Si prefigge
come scopo l'acquisizione e/o l'erogazione di servizi di interesse collettivo primario.

Bisogno: stato di insoddisfazione determinato nell'individuo dall'impossibilità di detenere o fruire di determinati beni e/o servizi nella misura desiderata. E' lo scarto tra ciò che esiste e ciò che è desiderabile in termini di stato di salute e servizi sanitari.

GLOSSARIO MINIMO DEL S.S.N. (2)

Bilancio: Compendio della situazione patrimoniale, economica e finanziaria di un' Azienda.

Budget: strumento di controllo aziendale inteso come documento annuale di pianificazione, programmazione e controllo dell'attività. In tale sede si decide quale obiettivo raggiungere e quali risorse allocare.

Carta dei servizi: patto fra soggetto erogatore e cittadino, finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi offerti nell'interesse della collettività e dei singoli.Viene dichiarata la mission, gli obiettivi, gli impegni assunti, la modalità di misurazione del grado di soddisfazione, la mappa dei servizi.

Centro di costo: Unità organizzativa dell'Azienda che svolge lavori ed operazioni omogenee. Individuata per rendere sistematica la rilevazione dei costi.

Cliente: Destinatario di un prodotto e/o di un servizio. Può essere una unità interna, un fruitore specifico intermedio rispetto al prodotto finale (in questo caso si parla di "cliente interno").

Consenso informato: Espressione della volontà dell'avente diritto che, opportunamente informato, autorizza il professionista ad effettuare uno specifico trattamento sanitario.

GLOSSARIO MINIMO DEL S.S.N. (3)

Contabilità: Parte del sistema informativo della gestione che si basa sull'analisi del
"conto" ossia su un insieme omogeneo di rilevazioni economico-contabili.

Contabilità analitica: Contabilità rivolta all'analisi dei costi e dei ricavi di gestione.

Contabilità economica: Contabilità rivolta all'analisi dell'acquisizione e dell'impiego
delle risorse.

Contabilità finanziaria: Contabilità rivolta all'analisi delle entrate e delle uscite finanziarie in termini di flussi monetari (controlli, rendiconti, bilanci).

Dipartimento: Articolazione operativa delle organizzazioni sanitarie pubbliche i, funzionale alla razionalità organizzativa, polispecialistica e multiprofessionale. E' composto da Unità Operative appartenenti alla stessa area funzionale.

Distretto: Il Distretto Socio Sanitario è la struttura tecnico-funzionale mediante la quale l'ULSS assicura nel proprio ambito territoriale l'erogazione dell'assistenza primaria attraverso un elevato livello di integrazione tra i
diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali in modo da consentire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione.

Domanda: richiesta di servizi da parte degli utenti. Si ricava da appositi studi effettuati sulla base di indicatori standardizzati che misurano specifici fenomeni sanitari.

GLOSSARIO MINIMO DEL S.S.N. (4)

DRG (Diagnosis related Groups): rappresentano un sistema di classificazione dell'attività di ricovero per acuti che porta alla individuazione di categorie finali di pazienti, clinicamente significative e omogenee rispetto alla quantità di risorse assorbite (sistema isorisorse).

Efficacia: capacità di raggiungere un determinato risultato (desiderato); "fare solo ciò che serve"; è riferito agli esiti del processo assistenziale.

Efficienza: capacità di produrre i migliori risultati a parità di risorse: "fare lo stesso con meno".

Gestione (Management): Insieme delle attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo un'organizzazione.

Governo Clinico: modalità attraverso la quale si gestiscono le procedure finalizzate al miglioramento dei processi clinici.

Inchiesta: metodo per raccogliere informazioni nella ricerca sociale e valutativa, consistente nell'interrogare individui appartenenti a un campione mediante una procedura standardizzata (solitamente un questionario) per potere poi studiare le relazioni i dati ottenuti. Si distingue dal sondaggio per il fatto di essere collegata ad una prospettiva di concreto intervento sociale.

GLOSSARIO MINIMO DEL S.S.N. (5)

Indicatore: caratteristica qualitativa o quantitativa di un fenomeno che consente di ricavare ipotesi o giudizi sul suo andamento.
LEA (Livelli Essenziali di Assistenza):(D. Lgs. 229/99 e L. 328/00, modifica del titolo V della Costituzione) LIVEAS in campo socio-assistenziale. Definiscono le prestazioni (sociali e sanitarie) che devono essere garantite a tutti i cittadini in tutte le Regioni italiane.
Linee guida: Insieme di indicazioni procedurali suggerite, prodotte attraverso un processo sistematico, finalizzate ad assistere gli operatori a decidere quali siano le modalità assistenziali più adeguate in specifiche circostanze cliniche.
Logistica: pianificazione, attuazione, regolazione dei flussi (movimento) e della allocazione di persone e/o di beni e delle attività di supporto a queste correlate, all'interno di un sistema orientato al raggiungimento di obiettivi specifici.
Mission: motivo per cui una organizzazione (azienda), un processo, una azione esiste. Per l'organizzazione è la ragione d'essere: ciò che essa sceglie di fare per rendersi visibile all'esterno e per soddisfare i bisogni (le richieste) dei suoi utenti- clienti.

GLOSSARIO MINIMO DEL S.S.N. (6)

Monitoraggio: misurazioni ripetute e continuative di una varietà di indicatori, operate per identificare potenziali problemi (WHO), per presidiare un fenomeno, per misurare l'evoluzione e il miglioramento continuo.
Obiettivo: risultato espresso in termini quantitativi, da raggiungere in un periodo di tempo predefinito.
Offerta sanitaria: quantità e tipologia dei servizi sanitari resi disponibili per la cittadinanza (es.: numero dei posi letto per acuti , per lungodegenti, ecc.).
Organigramma: modo di rappresentare la configurazione di una organizzazione per livelli di responsabilità.
PIL (prodotto interno lordo): misura del volume di beni e servizi che possono essere acquistati con il reddito di cui dispongono tutti gli individui.
Presidio (o Stabilimento)Ospedaliero: insieme di una o più strutture (unità operative, servizi) in cui si erogano prestazioni in regime di ricovero.
Procedura: insieme di azioni professionali finalizzate ad un obiettivo (DPR 14.01.97). E' il metodo codificato per svolgere un'attività o un processo.

GLOSSARIO MINIMO DEL S.S.N. (7)

- ***Processo***: successione strutturata di attività amministrative finalizzate a produrre un risultato (prodotto, servizio, ecc.) che ha valore per il cliente finale.

- ***Protocollo***: schema pre-definito, localmente concordato, di comportamento ottimale per attività operative.
- ***Qualità***: Insieme delle qualità e delle caratteristiche di un prodotto e/o di un servizio, che gli conferiscono la capacità di soddisfare i bisogni del cliente.

- ***Qualità attesa***: caratteristiche che i cittadini si attendono di vedere espresse in un prodotto servizio.

Qualità percepita: caratteristiche che i cittadini riescono ad apprezzare in un prodotto servizio.
Questionario: metodologia di rilevazione delle opinioni caratterizzata da un insieme strutturato di domande e categorie di risposta, definite a priori sotto forma di domande chiuse (prevedono risposte predeterminate) e/o di domande aperte (a risposta libera).
Risorsa: Ogni elemento disponibile e/o attivabile per il raggiungimento degli obiettivi.

GLOSSARIO MINIMO DEL S.S.N. (8)

Risultato: Indica il grado di raggiungimento di un obiettivo. Output = prodotto o servizio erogato. Outcome = comportamento nel tempo del prodotto o servizio erogato.

Screening: Progetto di ricerca finalizzato alla prevenzione di una particolare malattia di grande impatto socio-sanitario.

Validazione: Conferma, sostenuta da evidenze oggettive, che i requisiti di conformità relativi ad una specifica procedura soddisfano le norme che la regolano.

Valore atteso: Valore assunto quale standard che si vorrebbe raggiungere

Valore minimo accettabile: Valore soglia, minimo di accettabilità

Valore verificato: Risultato raggiunto

Valutazione: Giudizio di valore nei confronti di prodotto o servizio in riferimento ad uno standard.

Verificare: Accertare situazioni di fatto, senza esprimere giudizi di valore. Operazione che precede la valutazione dei risultati.

Vision: Descrizione dell'obiettivo che l'Azienda vuole realizzare. Traduce la Mission in un piano realizzabile e condiviso da tutti i membri della Organizzazione.