

## ***SANITA': per capirne di più, glossario e non solo ...***

- L.** Legge dello Stato
- D.P.R.** Decreto Presidente della Repubblica
- D.L.** Decreto Legge
- D.Lgs** Decreto Legislativo — nel nostro caso citiamo il 502/1992 e 517/1993 che sono di fatto la riforma della riforma sanitaria (L.833) nei quali e dai quali partono le indicazioni per un diverso concetto della gestione sanità con le sue articolazioni in ULSS — DSS — PDZ —ecc... E infatti siamo arrivati al decreto legislativo 229/1999, denominato anche Riforma T.E.R.
- D.P.C.M.** Decreto Presidente Consiglio dei Ministri
- L.R.** Legge Regionale
- D.G.R.** Delibera Giunta Regionale. Quando è D.G.R. è di fatto un provvedimento da applicare.
- D.G.R. / C.R.** Delibera che è una specie di d.d.l. (disegno di legge) e come tale deve essere discusso e approvato dal Consiglio Regionale per diventare esecutivo. In prima istanza la DGR/CR è esaminata dalla Commissione Consiliare competente. Per le materie socio sanitarie è competente la 5 Commissione.
- O.M.S.** Organizzazione Mondiale Sanità
- S.S.N.** Servizio Sanitario Nazionale. Rappresenta la sigla che definisce l'insieme delle modalità e degli erogatori delle prestazioni sanitarie pubbliche
- F.S.N.** Fondo Sanitario Nazionale. E' la parte del bilancio nazionale che la legge hanno destinato alle politiche della salute
- F.S.R.** Fondo Sanitario Regionale. Come lo Stato destina quote del proprio bilancio al FSN così si deve fare a livello regionale già oggi che c'è un trasferimento dello Stato
- P.S.N.** Piano Sanitario Nazionale. Di solito è triennale ed è la norma che definisce i tipi di servizi che spettano alla popolazione
- P.R.S.S.** Piano Regionale Socio Sanitario. E' il piano sanitario nazionale assunto dalla regione. Nel Veneto ci sono due S ad unificare nello stesso piano il sanitario ed il sociale anticipando di molti anni il concetto di integrazione
- P.O.A.** Progetto Obiettivo Anziani. Se ne parla nella prima legge di riforma sanitaria: la legge n. 833 del 1978, ed è stato assunto ed emanato il 31 gennaio 1991 dopo una forte azione dei pensionati che sono riusciti a fare contrattazione con il governo estrapolando dalla riforma della riforma sanitaria (da anni in discussione al Parlamento — e poi diventato D.lgs 502), contenuti e impegni per una politica a favore degli anziani.

- P.N.I.S.S.** Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali. Come il PSN è assunto dal Governo per disciplinare il sistema integrato di interventi e servizi sociali. Quello emanato nel 2001 in attuazione Legge Quadro 328 è il primo piano nazionale sull'assistenza
- U.L.S.S.** Unità Locale Socio Sanitaria. In Italia ci sono le USL (Unità Sanitaria Locali) diventate ultimamente A.U.S.L (Aziende Unità Sanitarie Locali). Le due S.S. del Veneto coniugano Sanità e Sociale come nel Piano Regionale Socio Sanitario.
- P.D.Z.** Piano di Zona secondo le leggi del Veneto.  
 Con LR n.56/1994 il Veneto ha recepito il D.lgs 502 del 1992 prevedendo tra, gli strumenti della programmazione a livello dei Comuni, il Piano di Zona dei Servizi Sociali. Lo ha definito come il Piano Regolatore dei Servizi alla Persona.  
 L'ambito territoriale è la ULSS ARTICOLATO A LIVELLO DI DISTRETTO.  
 E' promosso ed elaborato dal Sindaco o Conferenza dei Sindaci.  
 Viene recepito dalla ULSS all'interno del Piano Generale Triennale. Quest'ultimo, con il D.lgs 229 è diventato PAL.  
 Il PDZ è previsto anche nella Legge 328 che la Regione Veneto sta recependo con il "TESTO ORGANICO PER LE POLITICHE SOCIALI DELLA REGIONE VENEETO".  
 Nella ultima stesura che conosciamo, il PDZ è definito, *"lo strumento fondamentale/ attraverso il qua/e i Comuni associati, di intesa con la ULSS e con il concorso di tutti i soggetti attivi ne//a programmazione, definiscono il sistema integrato di interventi e servizi sociali"*.  
 Diventa lo strumento primario della rete dei servizi sociali e si configura come piano dei servizi alla persona assumendone la denominazione.  
 E' unico e coincide con l'ambito territoriale della ULSS articolato per singoli distretti.  
 Viene elaborato dal Sindaco o dall'Esecutivo della Conferenza dei Sindaci.  
 Al fine di assicurare l'unitarietà del processo programmatico locale, la ULSS lo recepisce all'interno del PAL.  
 Il Direttore di distretto fa proprie le indicazioni del PDZ in sede di redazione del PAT.
- P.A.L.** Programma attuativo locale. Esso è previsto dal D.Lgs 229 ed è il programma delle attività della intera ULSS. Nella L.R. n.56/1994 era definito "piano generale triennale". Il P.D.Z. deve essere recepito dal P.A.L.
- P.A.T.** Programma delle Attività Territoriali. E' previsto dall'art.3 quater D.Lgs 229/1999. E' lo strumento programmatico delle attività socio-sanitarie previste dall'art.3 septies citato per il livello distrettuale. Può essere definito il piano di salute del Distretto sul quale i sindaci devono esprimere il parere per le attività sanitarie e la loro intesa sulle attività socio-sanitaria.
- L.E.A.** Livelli essenziali di assistenza. Stabiliti per il Ssn all'interno dei quali le Regioni potranno scegliere cosa e quanto singolarmente applicare.
- U.O.D.** Unità Operativa Distrettuale. Questo organismo è nato inizialmente nel P.O.A. come U.V.G. (unità valutativa geriatrica). Sigla che per sua stessa definizione era preposta al solo segmento degli anziani.  
 Oggi all'U.O.D. è affidato il compito di vagliare tutte le domande di ricovero e di assistenza comunque richiesta. Essa Commissione, può, (per noi: deve) non solo esaminare le domande ma assumere fin dal loro sorgere i casi, partendo magari dall'esame della situazione di determinati pazienti ricoverati in ospedale onde valutarne i bisogni e predisporre le risposte, nella delicata fase di post\_acuzie che di

per sé può essere un periodo di temporale non autosufficienza bisognosa di qualificate assistenza e l'UOD. Nel Veneto è l'unico portale di ingresso ai servizi

NB: con nuova distrettualizzazione è introdotto  
l'**U.V.M.D.** — unione valutativa multidimensionale distrettuale

- S.V.A.M.A.** Scheda di valutazione multidimensionale per l'anziano, usata dalla UOD nell'esame delle domande di assistenza e/o ricovero. Essa darà una serie di valutazioni "sanitaria — cognitiva — funzionale" "sociale" che nell'insieme consentirà di acquisire informazioni puntuali per catalogare le necessità della persona richiedente.
- R.S.A.** Residenze Sanitarie Assistenziali. Sono previste nel citato P.O.A. e sono di due tipi: RSA di mantenimento ed RSA di recupero e riabilitazione.
- Note — il Veneto con delibera 751 del marzo 2000 ha disciplinato l'ASSISTENZA RESIDENZIALE EXTRAOSPELDALIERA in INTENSIVA ed ESTENSIVA. Il punto discriminante è la soglia convenzionale delle 3 ore giornaliere di intervento sanitario sul singolo ospite. Fino a 3 ore è quindi da ospedale: ovvero intensiva*
- N.R.S.A.** Nuclei di RSA — servizi caratterizzati da un livello di intensità media di assistenza sanitaria. Sono gruppi di 24 unità realizzati sia presso le strutture ospedaliere di riconversione, che presso le case di riposo con almeno 90 posti.
- N.R.S.Air** Nuclei di RSA ad intensità ridotta — servizi caratterizzati da un livello di intensità ridotta di assistenza sanitaria
- R.ass** Residenze assistite — servizi caratterizzati da un livello di intensità minima di assistenza sanitaria
- DRG — ROD** Raggruppamento Omogeneo Diagnosi — sigla che quantifica il costo attribuito al singolo ricovero o intervento eseguito in ospedale o case di cura convenzionate.
- C.D.** Centro Diurno — rientra nell'assistenza semiresidenziale. Rappresenta una alternativa assistenziale del territorio estremamente importante perché evita il ricovero e consente la continuità del rapporto con la famiglia
- OSPICE** Servizio non ancora totalmente presente, ma previsto quale luogo di assistenza, più psicologica che sanitaria, per soggetti nella fase terminale della vita. Vedi per esempio i lunghi periodi di sofferenza delle neoplasie che mettono a dura prova i familiari per i quali è pure previsto un sostegno onde sfuggire al crollo
- A.D.I.** Assistenza domiciliare integrata
- D.S.S.** Distretto Socio Sanitario. Il territorio nel quale si calano e si gestiscono i servizi in un sistema a rete.
- IPAB** Istituti Pubblici Assistenza e Beneficenza, noti come Case di Riposo. Sono state istituite con legge del 17.7.1890 ed è stato emanato il regolamento per il loro funzionamento con R.D. (Regio Decreto) il 5.2.1891. Oggi, dopo 110 anni, con il D.Lgs 207/2001 si trasformeranno in aziende pubbliche di servizi alle persone

<b>FENASAP</b>	<u>Federazione Nazionale Associazioni dei Servizi Assistenziali Pubblici</u>
<b>URIPA</b>	<u>Unione Regionale Istituzioni e Iniziative Pubbliche e Private di Assistenza agli Anziani</u> (Associazione delle Case di Riposo) a livello regionale
<b>FIV</b>	<u>Federazione dell'Industria del Veneto</u> . Ad essa fanno capo molte Case di Riposo o Istituti per Anziani come per l'URIPA
<b>UNEBA</b>	Altra <u>associazione raggruppante case di riposo di varia estrazione</u>
<b>ANSDIPP</b>	<u>Associazione Nazionale Segretari — Direttori — Dirigenti delle Istituzioni Pubbliche e Private di Assistenza e Beneficenza</u>
<b>ANCI</b>	<u>Associazione Nazionale Comuni di Italia</u>
<b>I.P.</b>	<u>Infermiere professionale</u>
<b>O.T.A.A.</b>	<u>Operatore tecnico addetto all'assistenza</u>
<b>O.S.S.</b>	<u>Operatore Socio Sanitario</u>

**DIETRO I NUMERI (DELLE LEGGI) IL PERCHE' ED IL SENSO  
dalla Costituzione della Repubblica Italiana nel testo 27.12.1947**

Art.5 — La Repubblica, una e indivisibile, riconosce e promuove le autonomie locali; attua nei servizi che dipendono dallo Stato il più ampio decentramento amministrativo; adegua i principi ed i metodi della sua legislazione alle esigenze della autonomia e del decentramento.

Art.32 — La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

Art.38 — Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale. I lavoratori hanno diritto che siano provveduti e assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria.

Gli inabili ed i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale.

Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato. L'assistenza privata è libera.

**ARTICOLI 117 -118 -119  
COSI' COME MODIFICATI DAL SENATO E PARLAMENTO E  
CONFERMATI DAL REFERENDUM DEL 2001**

Art.117 — La potestà legislativa è esercitata dallo Stato e dalle Regioni nel rispetto della Costituzione, nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali...

Art.118 — Le funzioni amministrative sono attribuite ai Comuni salvo che, per assicurarne l'esercizio unitario, siano conferite a Province, Città metropolitane, Regioni e Stato, sulla base dei principi di sussidiarietà, differenziale ed adeguatezza...

Art 119 — I Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni hanno autonomia finanziaria di entrata e di spesa...

**PER “SCALDARE” I FREDDI NUMERI DELLE LEGGI E CAPIRNE L’EVOLUZIONE  
RIPORTIAMO UN INTERESSANTE “LETTURA” DI  
LUIGI COLOMBINI DELL’UFFICIO STUDI FNP CISL  
ONDE CAPIRE, DIETRO I NUMERI DELLE LEGGI NAZIONALI E REGIONALI,  
L’EVOLUZIONE DELLA LEGISLAZIONE SU FEDERALISMO, SANITÀ E ASSISTENZA**

1970-1976: è stato il periodo degli “anni ruggenti” dell’avvio regionale. In relazione ad una atmosfera di passioni e di intensa tensione partecipativa, le Regioni hanno portato avanti politiche assistenziali in base al Dpr n.9/72, e quindi, pur nella ristrettezza delle competenze trasferite, l'intendimento di promuovere una articolata politica territoriale dei servizi sociali e sanitari, incentrati sull'Unità locale dei servizi.

1977-1978: è stato il periodo in cui si sono determinati alcuni provvedimenti di notevole importanza: il Dpr n.616/77, che ha, con maggiore precisione e profondità completato il processo di decentramento amministrativo dalla Stato alle Regioni agli enti locali; tale norma ha avuto notevoli conseguenze sull'impianto istituzionale ed organizzativo dell'assistenza.

1979-1981: è stato il tempo della prima riforma sanitaria con la legge 883/78: le conseguenze sono state di un adeguamento istituzionale ed organizzativo del servizio sanitario nazionale che ha avuto pesanti conseguenze sulla politica territoriale dei servizi sociali.

1981-1990: ha segnato la ripresa propositiva delle Regioni, che hanno inteso sia presentare documenti comuni sull'assistenza allo Stato centrale, sia emanare proprie leggi di “riordino” sull'assistenza. Sul piano statale sono intervenuti due provvedimenti importanti: il Dpcm 8.8.85, che ha separato la spesa sanitaria da quella assistenziale, penalizzando il Fondo assistenziale e la legge n.595/85, primo tentativo di programmazione sanitaria.

1990-1997: nel corso dei sette anni si sono profondamente innovati gli assetti istituzionali ed organizzativi dello stato: è stata approvata la legge di ordinamento delle autonomie locali — intervenuta dopo ben tredici anni dal Dpr 1997 che l'aveva preconizzata — (legge n.142/1990); è stata approvata la seconda riforma sanitaria, che ha drasticamente escluso i comuni dalla gestione della sanità e ha istituito le Aziende sanitarie (D.lgs n.502/92).

1997-2000: è stato il periodo in cui è intervenuto il secondo processo di decentramento amministrativo (legge n.59/97 e d.lgs n. 112/98); la terza riforma sanitaria (legge n.419/98 e d.lgs n.229/99); il completamento del processo di riforma delle autonomie locali (legge n.256/99; d.lgs n.267/00); il primo avvio delle leggi sul federalismo.

2000-2001: è stata approvata la legge di riforma dell'assistenza, la 328.

**Legge n. 833/1978: prima vera riforma sanitaria.**

Alcune specificità:

- supera la frammentazione e la sperequazione dell'assistenza fino ad allora legata ed erogata dalle mutue
- istituisce il servizio sanitario nazionale
- articola le attività su: prevenzione — cura — riabilitazione, organizzandole nelle Ulss
- \* le Ulss sono intese come strumenti operativi dei Comuni singoli o associati

**Legge n. 421/1992: legge delega al governo per avviare, con appositi decreti legislativi, il processo di razionalizzazione**

**D.Lgs n. 502/1992: riforma sanitaria bis alla luce della razionalizzazione.**

Alcune specificità:

- introduce l'aziendalizzazione definendo aziende le ULSS e aziende ospedaliere certi ospedali come Padova e Verona
- prevede il principio della manageneralità con conseguente scomparsa del comitato di gestione dei comuni
- istituisce l'accreditamento
- obbliga l'organizzazione dei servizi e delle prestazioni a livello distrettuale

**Legge n.419/1998: altra legge delega per la “rivisitazione” del D.lgs 502** emanata anche a seguito dell'accordo sul Welfare sottoscritto dalle Organizzazioni sindacali con il Governo Prodi nel novembre 1997. Nella “delega” al Governo anche il collegamento al processo di riforma della pubblica amministrazione.

**D.Lgs 229/1999: riforma sanitaria TER.**

Alcune specificità:

- riconferma i principi ispiratori della 833 con specifiche puntualizzazioni: universalità; rispetto della dignità della persona; rispondenza al bisogno di salute; equità; qualità; appropriatezza; essenzialità delle prestazioni; economicità nell'impiego delle risorse
- \* introduzione del principio di integrazione fra i servizi sociali e servizi sanitari
- rafforzamento ruolo dei Comuni in ordine alla programmazione delle attività sanitarie
- introduzione del federalismo in materia di sanità e del patto di stabilità
- conferma la parità pubblico-privato ma nel contesto della programmazione regionale e locale, del fabbisogno della localizzazione
- rafforzamento del Distretto quale sede per l'integrazione socio-sanitaria

**Legge n.328/2000: legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.** Di fatto è la legge che riforma l'assistenza disciplinata con legge Crispi del 1891

**D.Lgs 207/2001: e' il decreto che trasforma le IPAB in aziende pubbliche di servizi alla persona in base all'art. 10 della legge 328**

**L.R. n.56/1994:** è la riforma sanitaria del Veneto. Discende dal D.lgs 502/1992

**L.R. n.5/1996:** è il piano socio sanitario regionale per il triennio 1996-1998

**L.R. n.55/1982:** “norme per l’esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale”

**Regolamento n.8/1984** “determinazione degli standards relativi ai servizi sociali”

**L.R. n.22/1989:** Piano Sociale Regionale

**L.R. n.28/1991:** nata come proposta di legge di iniziativa popolare promossa dalla CISL è la legge che ha anticipato l’assistenza domiciliare alla persone non autosufficienti **L. n.59/1997:** delega al governo per la riforma della pubblica amministrazione

**D.lgs.112/1998:** conferimento di funzioni e compiti amministrativi a Regioni e Comuni **L.R. n.11/2001:** conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle Autonomie Locali in attuazione del D.lgs 112/ 1998

## UN CUORE FELICE

Dick, il custode del Grande Tempio, aveva ricevuto un ordine che non ammetteva eccezioni: «Nessun gatto, cane, topo o altro animale doveva mai entrare in quel luogo sacro».

E Dick, fedelissimo, per lunghissimi anni aveva perlustrato, chino a terra, ogni palmo del vasto pavimento dell’edificio. Ma un giorno una bellissima farfalla entrò nel tempio.

Dick se ne accorse, levò il capo per seguirla in volo e scoprì la grandiosa volta con meravigliosi affreschi di santi, uomini e donne, nobili e guerrieri.

Poi la farfalla tornò all’aperto e Dick la seguì. Allora scoprì la grande cupola del cielo, il sole e le nuvole, gli uccelli, i fiori, e il mare.

Dick estasiato esclamò: «Quanto sei grande, o Signore, su tutta la terra!». E fu immensamente felice.