

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive
modificazioni ed integrazioni “*Riordino della disciplina in
materia sanitaria, a norma dell’art. 1 legge 23 ottobre
1992 n. 421*”

Testo aggiornato con le diverse modifiche:

- *Le norme del decreto legislativo n. 502/92 (e n. 517/93) che non sono state modificate successivamente sono riportate in corsivo.*
- Le norme del decreto legislativo n. 229/99 sono riportate in caratteri normali
- **Le modifiche apportate dagli atti legislativi successivi al D. Lgs. n. 229/99 sono evidenziate in grassetto.**

43

Nota al D.lgs. 502/92

Si riportano gli **articoli da 3-quater a 3-octies** del Decreto Legislativo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, in quanto inseriscono tra le attività che il distretto deve garantire:

- ***l’assistenza primaria***, in ambulatorio e a domicilio, con un approccio multidimensionale tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e presidi specialistici ambulatoriale integrata (art. 3-quinquies, comma 1).
- ***l’attività di assistenza domiciliare integrata*** (art. 3-quinquies, comma 2, lettera e).

Le stesse attribuiscono alla competenza del Distretto anche **l’erogazione delle prestazioni sociosanitarie**, distinguendo tra quelle a rilevanza sociale e quelle a rilevanza sanitaria, tra cui quelle ad elevata integrazione sanitaria a completo carico del Servizio sanitario nazionale (art. 3-septies).

Prevedono, inoltre, che il Distretto programmi le sue attività in forma integrata con gli ambiti sociali, tramite il Comitato dei sindaci di distretto, inserendole organicamente nel PAT - **Programma delle attività territoriali** (art. 3-quater). Lo stesso, ai sensi dell’art. 8 della legge 328/2000 deve essere coordinato con il Piano di zona dei Comuni.

Art. 3-quater ¹ - *Distretto*

1. La legge regionale disciplina l'articolazione in distretti dell'unità sanitaria locale. Il distretto è individuato, sulla base dei criteri di cui all'articolo 2, comma 2-*sexies*, lettera c), dall'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-*bis*, garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la regione, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente.
2. Il distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 3-*quinquies*, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali. Al distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della unità sanitaria locale.
3. Il Programma delle attività territoriali, basato sul principio della intersettorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative:
 - a) prevede la localizzazione dei servizi di cui all'articolo 3-*quinquies*;
 - b) determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria di cui all'articolo 3-*septies* e le quote rispettivamente a carico dell'unità sanitaria locale e dei comuni, nonché la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza;
 - c) è proposto, sulla base delle risorse assegnate e previo parere del Comitato dei sindaci di distretto, dal direttore di distretto ed è approvato dal direttore generale, d'intesa, limitatamente alle attività sociosanitarie, con il Comitato medesimo e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale.
4. Il Comitato dei sindaci di distretto, la cui organizzazione e il cui funzionamento sono disciplinati dalla regione, concorre alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal Programma delle attività territoriali. Nei comuni la cui ampiezza territoriale coincide con quella dell'unità sanitaria locale o la supera il Comitato dei sindaci di distretto è sostituito dal Comitato dei presidenti di circoscrizione.

44

Art. 3-quinquies ² - *Funzioni e risorse del distretto*

1. Le regioni disciplinano l'organizzazione del distretto in modo da garantire:
 - a) l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali;

¹ Articolo aggiunto dall'art. 3 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

² Articolo aggiunto dall'art. 3 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

- b) il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;
- c) l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni.

2. Il distretto garantisce:

- a) assistenza specialistica ambulatoriale;
- b) attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;
- c) attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- d) attività o servizi rivolti a disabili e anziani;
- e) attività o servizi di assistenza domiciliare integrata;
- f) attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale.

3. Trovano inoltre collocazione funzionale nel distretto le articolazioni organizzative del dipartimento di salute mentale e del dipartimento di prevenzione, con particolare riferimento ai servizi alla persona.

45 Art. 3-sexies ³ - *Direttore di distretto*

1. Il direttore del distretto realizza le indicazioni della direzione aziendale, gestisce le risorse assegnate al distretto, in modo da garantire l'accesso della popolazione alle strutture e ai servizi, l'integrazione tra i servizi e la continuità assistenziale. Il direttore del distretto supporta la direzione generale nei rapporti con i sindaci del distretto.
2. Il direttore di distretto si avvale di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali. Sono membri di diritto di tale ufficio un rappresentante dei medici di medicina generale, uno dei pediatri di libera scelta e uno degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel distretto.
3. L'incarico di direttore di distretto è attribuito dal direttore generale a un dirigente dell'azienda, che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure a un medico convenzionato, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, da almeno dieci anni, con contestuale congelamento di un corrispondente posto di organico della dirigenza sanitaria.
4. La legge regionale disciplina gli oggetti di cui agli articoli 3-*quater*, comma 3 e 3-*quinqüies*, commi 2 e 3, nonché al comma 3 del presente articolo, nel rispetto dei principi fondamentali desumibili dalle medesime disposizioni; ove la regione non disponga, si applicano le predette disposizioni.

³ Articolo aggiunto dall'art. 3 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

Art. 3-septies ⁴ - *Integrazione sociosanitaria*

1. Si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona 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.
2. Le prestazioni sociosanitarie comprendono:
 - a) 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 e acquisite;
 - b) 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.
3. L'atto di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 2, comma 1, lettera n), della legge 30 novembre 1998, n. 419, da emanarsi, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, su proposta del Ministro della sanità e del Ministro per la solidarietà sociale, individua, sulla base dei principi e criteri direttivi di cui al presente articolo, le prestazioni da ricondurre alle tipologie di cui al comma 2, lettere a) e b), precisando i criteri di finanziamento delle stesse per quanto compete alle unità sanitarie locali e ai comuni. Con il medesimo atto sono individuate le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria di cui al comma 4 e alle quali si applica il comma 5, e definiti i livelli uniformi di assistenza per le prestazioni sociali a rilievo sanitario⁵.
4. Le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.
5. Le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dai piani nazionali e regionali, nonché dai progetti-obiettivo nazionali e regionali.
6. Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei Comuni che provvedono al loro finanziamento negli ambiti previsti dalla legge regionale ai sensi dell'articolo 3, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.⁶ La regione

46

⁴ Articolo aggiunto dall'art. 3 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

⁵ In attuazione di questa norma è stato emanato il DPCM 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio sanitarie", pubblicato nella Gazzetta ufficiale n. 129 del 6.6.2001; i contenuti del decreto sono stati ripresi dal DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli essenziali di assistenza", nell'Allegato 1 C "Area integrazione socio-sanitaria".

⁶ Il D.Lgs. 31 marzo 1998 n. 112 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della L. 15 marzo 1997, n. 59", all'art. 3, comma 2 così dispone

"2. La generalità dei compiti e delle funzioni amministrative è attribuita ai comuni, alle province e alle comunità montane, in base ai principi di cui all'articolo 4, comma 3, della legge 15.3.1997, n. 59, secondo le loro dimensioni territoriali, associative ed organizzative, con esclusione delle sole funzioni che richiedono l'unitario esercizio a livello regionale. Le regioni, nell'emanazione della legge di cui al comma 1 del presente articolo, attuano il

determina, sulla base dei criteri posti dall'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, il finanziamento per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, sulla base di quote capitarie correlate ai livelli essenziali di assistenza.

7. Con decreto interministeriale, di concerto tra il Ministro della sanità, il Ministro per la Solidarietà sociale e il Ministro per la Funzione pubblica, è individuata all'interno della Carta dei servizi una sezione dedicata agli interventi e ai servizi sociosanitari.⁷
8. Fermo restando quanto previsto dal comma 5 e dall'articolo 3 quinquies, comma 1, lettera c), le regioni disciplinano i criteri e le modalità mediante i quali comuni e aziende sanitarie garantiscono l'integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni sociosanitarie di rispettiva competenza, individuando gli strumenti e gli atti per garantire la gestione integrata dei processi assistenziali sociosanitari.

Art. 3-octies⁸ - Area delle professioni sociosanitarie

1. Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per la Solidarietà sociale e con il Ministro del Tesoro, del bilancio e della programmazione economica, sentito il Consiglio superiore di Sanità e la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, è disciplinata l'istituzione all'interno del Servizio sanitario nazionale, dell'area sociosanitaria a elevata integrazione sanitaria e sono individuate le relative discipline della dirigenza sanitaria.⁹
2. Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per la Solidarietà sociale, sentito il Ministro per l'Università e la ricerca scientifica e tecnologica e acquisito il parere del Consiglio superiore di Sanità, sono integrate le tabelle dei servizi e delle specializzazioni equipollenti previste per l'accesso alla dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale, in relazione all'istituzione dell'area sociosanitaria a elevata integrazione sanitaria.

trasferimento delle funzioni nei confronti della generalità dei comuni. Al fine di favorire l'esercizio associato delle funzioni dei comuni di minore dimensione demografica, le regioni individuano livelli ottimali di esercizio delle stesse, concordandoli nelle sedi concertative di cui al comma 5 del presente articolo. Nell'ambito della previsione regionale, i comuni esercitano le funzioni in forma associata, individuando autonomamente i soggetti, le forme e le metodologie, entro il termine temporale indicato dalla legislazione regionale. Decorso inutilmente il termine di cui sopra, la regione esercita il potere sostitutivo nelle forme stabilite dalla legge stessa. La legge regionale prevede altresì appositi strumenti di incentivazione per favorire l'esercizio associato delle funzioni.”.

⁷ I principali riferimenti nazionali alla “Carta dei servizi” sono rappresentati da:

- Decreto legge 12 maggio 1995, n. 163, convertito dalla legge 11 luglio 1995, n. 273, che prevedeva l'adozione, da parte di tutti i soggetti erogatori di servizi pubblici, anche operanti in regime di concessione o mediante convenzione, di proprie “Carte dei servizi” sulla base di “schemi generali di riferimento”;
- D.P.C.M. 19 maggio 1995 “*Schema generale di riferimento della Carta dei servizi pubblici sanitari*” (pubblicato nella Gazz. Uff. 31 maggio 1995, n. 125, S.O.)
- Linee guida del Ministero della sanità n. 2/95 “*Attuazione della Carta dei servizi nel sistema sanitario nazionale*” (pubblicate nella Gazz. Uff. 31 agosto 1995, n. 203, S.O.).

⁸ Articolo aggiunto dall'art. 3 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

⁹ Comma modificato dall'art. 8, comma 3, lettera e, del d.lgs. 28 luglio 2000, n. 254, recante: “*Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari*”.

3. Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per la Solidarietà sociale, sono individuati, sulla base di parametri e criteri generali definiti dalla Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, i profili professionali dell'area socio-sanitaria a elevata integrazione sanitaria.
4. Le figure professionali di livello non dirigenziale operanti nell'area socio-sanitaria a elevata integrazione sanitaria, da formare con corsi di diploma universitario, sono individuate con regolamento del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e per la Solidarietà sociale, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400; i relativi ordinamenti didattici sono definiti dagli atenei, ai sensi dell'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127 sulla base di criteri generali determinati con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, emanato di concerto con gli altri Ministri interessati, tenendo conto dell'esigenza di una formazione interdisciplinare, adeguata alle competenze delineate nei profili professionali e attuata con la collaborazione di più facoltà universitarie.
5. Le figure professionali operanti nell'area socio-sanitaria a elevata integrazione sanitaria, da formare in corsi a cura delle regioni, sono individuate con regolamento del Ministro della sanità di concerto con il Ministro per la Solidarietà sociale, sentita la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400; con lo stesso decreto sono definiti i relativi ordinamenti didattici ¹⁰.

10 Sulle figure professionali dell'**area socio-sanitaria** si veda il Provvedimento 22 febbraio 2001 della Conferenza Stato-Regioni recante *“Accordo tra il Ministro della sanità, il Ministro per la solidarietà sociale e le regioni e province autonome di Trento e Bolzano, per la individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'operatore socio-sanitario e per la definizione dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione”*, pubblicato nella Gazz. Uff. 19.4.2001, n. 91. L'Accordo riprende i contenuti del decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro della solidarietà sociale, 18 febbraio 2000 sull'OSA, sospeso per un ricorso sulla legittimità costituzionale dell'art. 3-opties).

Sulle figure professionali dell'**area sanitaria** si vedano:

- legge 10 agosto 2000, n. 251, recante: *“Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica”*;
- D.M. 29.03.2001, *“Definizione delle figure professionali, di cui all'art. 6, comma 3, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, da includere nelle fattispecie previste dagli articoli 1, 2, 3 e 4, della L. 10 agosto 2000, n. 251 (art. 6, comma 1, L. n. 251/2000)”*;
- D.M. 02.04.2001 *“Determinazione delle classi delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie”*.