

Università degli Studi di Verona  
Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica



CdL in Medicina e Chirurgia  
Corso di Igiene e Medicina Preventiva

# “Organizzazione Sanitaria”

*Stefano Tardivo*  
*Alberto Carli*  
*10/04/2019*

Anno Accademico 2018/2019

# Organizzazione:

Il modo in cui un sistema (anche vivente) è strutturato al fine del corretto espletamento delle sue funzioni o associazione di persone e istituzioni volte a un fine comune

1900



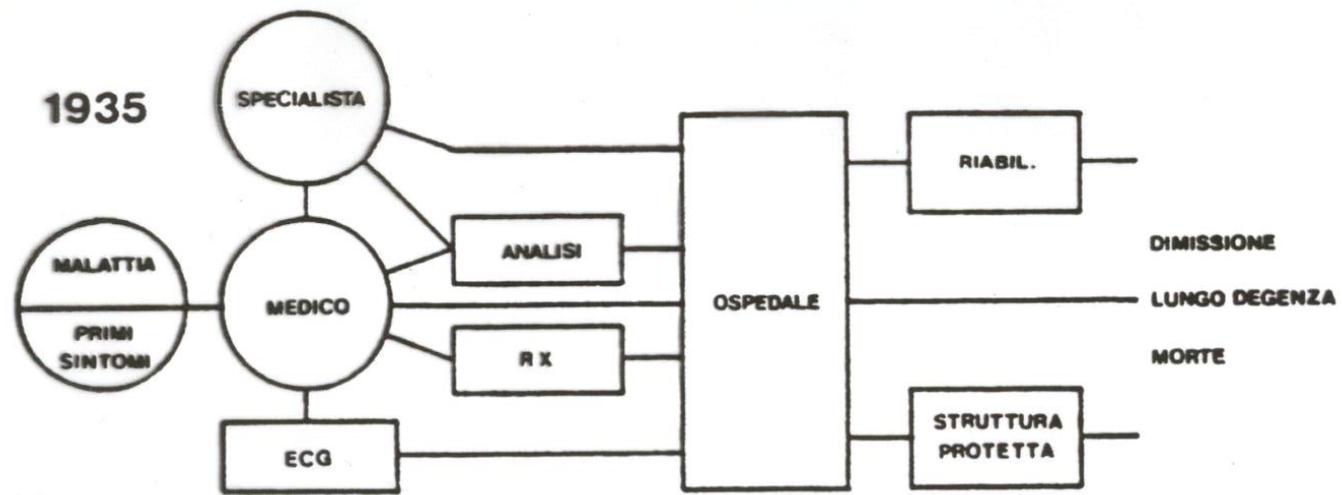
DIMISSIONE  
LUNGO DEGENZA  
MORTE

1900

# Ere dell'Assistenza Sanitaria

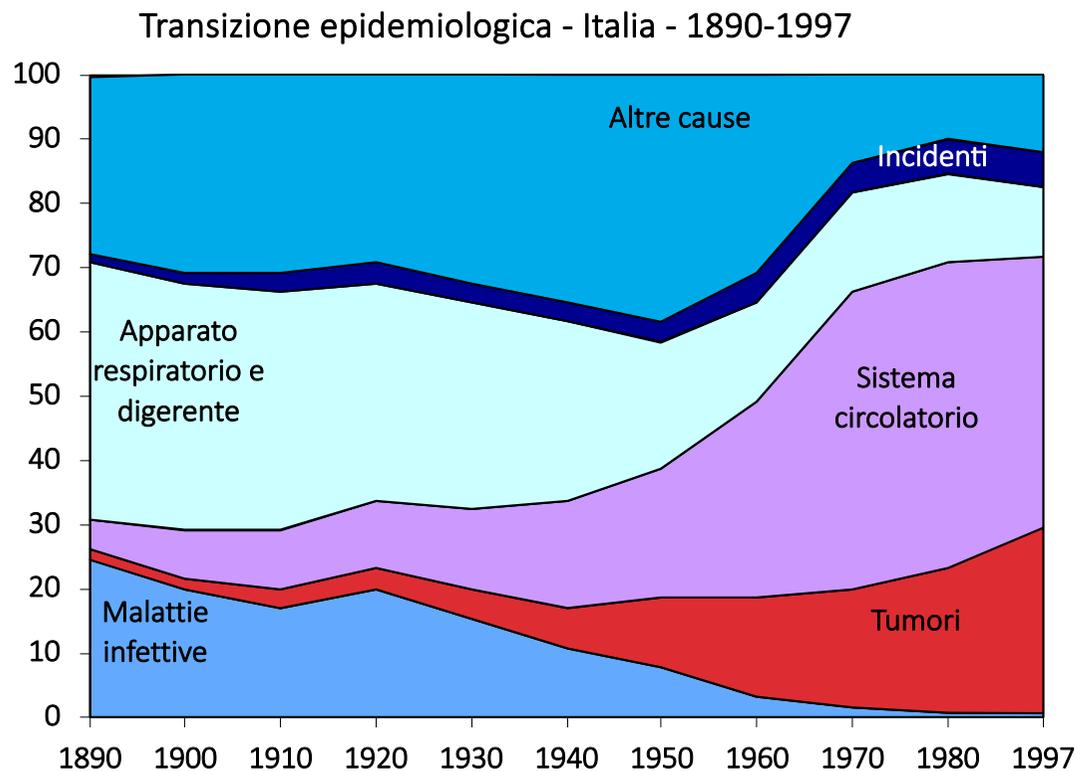


- Espansione
- Contenimento dei costi
- Valutazione e responsabilizzazione



Rif. 16

# Transizione Epidemiologica .1



È il cambiamento di caratteristiche delle malattie legato al miglioramento complessivo delle condizioni di salute dalla fine del XIX alla prima parte del XX secolo. Insieme al diminuire della mortalità e al crescere della speranza di vita, si è avuto uno **spostamento delle caratteristiche delle malattie da un quadro dominato dalle malattie infettive a uno in cui prevalgono malattie croniche come le cardiopatie e i tumori.**

# Transizione Epidemiologica .2

1. Passaggio da epidemie di malattie infettive, curabili e guaribili (brucellosi, enteriti, difterite, tifo, ecc.) a epidemie di malattie cronico-degenerative (neoplasie, cardiopatie, artropatie, diabete, demenze, ecc.)
2. Invecchiamento esplosivo della popolazione che si intreccia inestricabilmente con il cambiamento della patologia in una serie di rapporti reciproci di causa ed effetto
3. Cambiamenti rapidi degli stili di vita e dei comportamenti (sedentarietà, alimentazione, guida spericolata di automezzi, fumo, alcol, droghe, ecc.) con relativo cambiamento delle malattie comportamentali;
4. Rapido aumento della patologia mentale (depressioni, ansie, angosce, anoressie, bulimie, crisi di panico, ecc.) e del disagio sociale sia giovanile che degli anziani
5. Crescente specializzazione e tecnologizzazione della medicina che ha comportato una crescente complessità dei bisogni con una utenza che ricerca e pretende risposte sempre più precise nei confronti di una gamma sempre più ampia articolata e crescente di patologie e condizioni inerenti la salute

# Transizione Demografica .3

Figura 1. La speranza di vita alla nascita, Italia 1861-2011 – differenziale uomo/donna

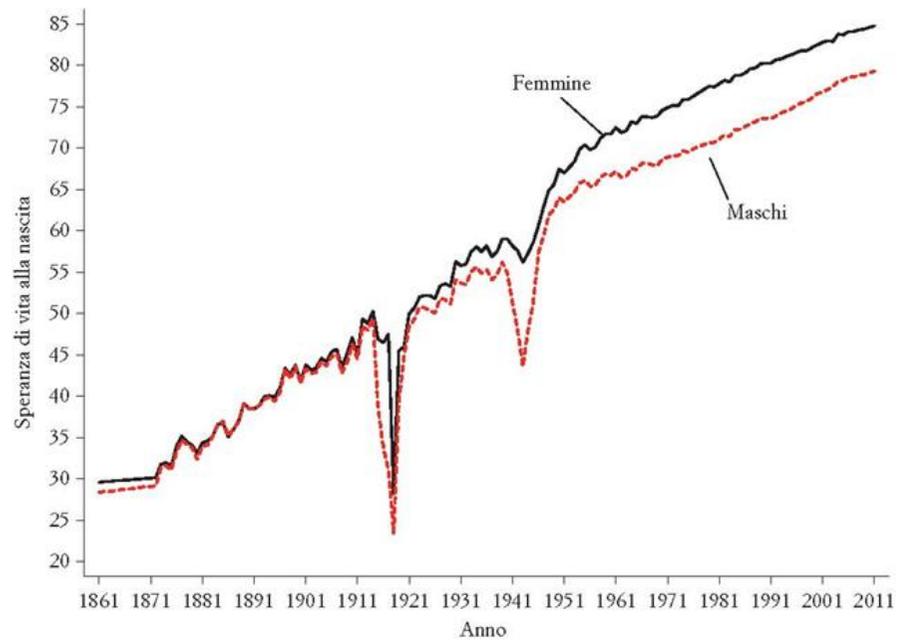
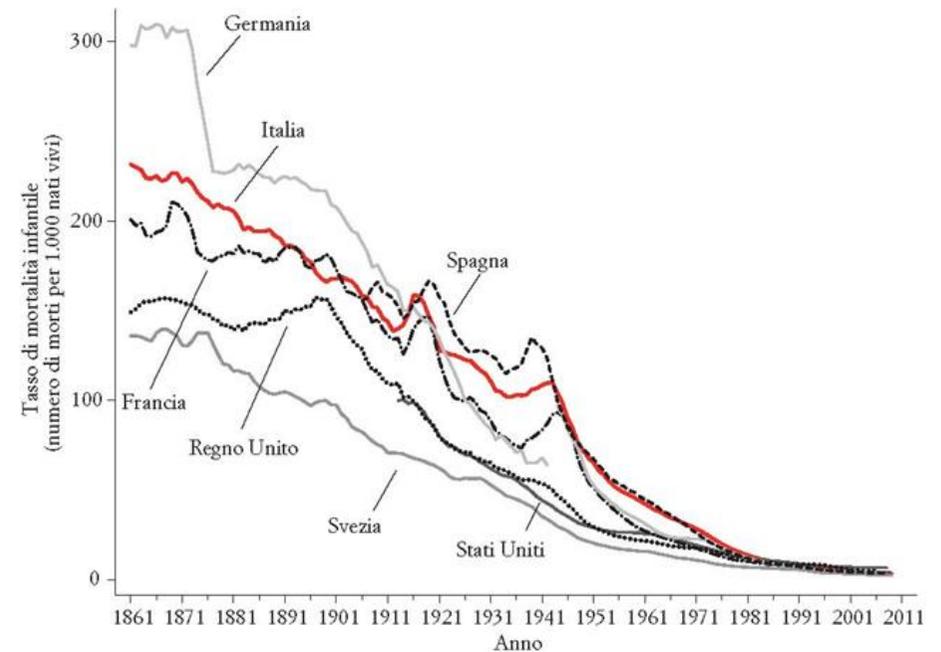
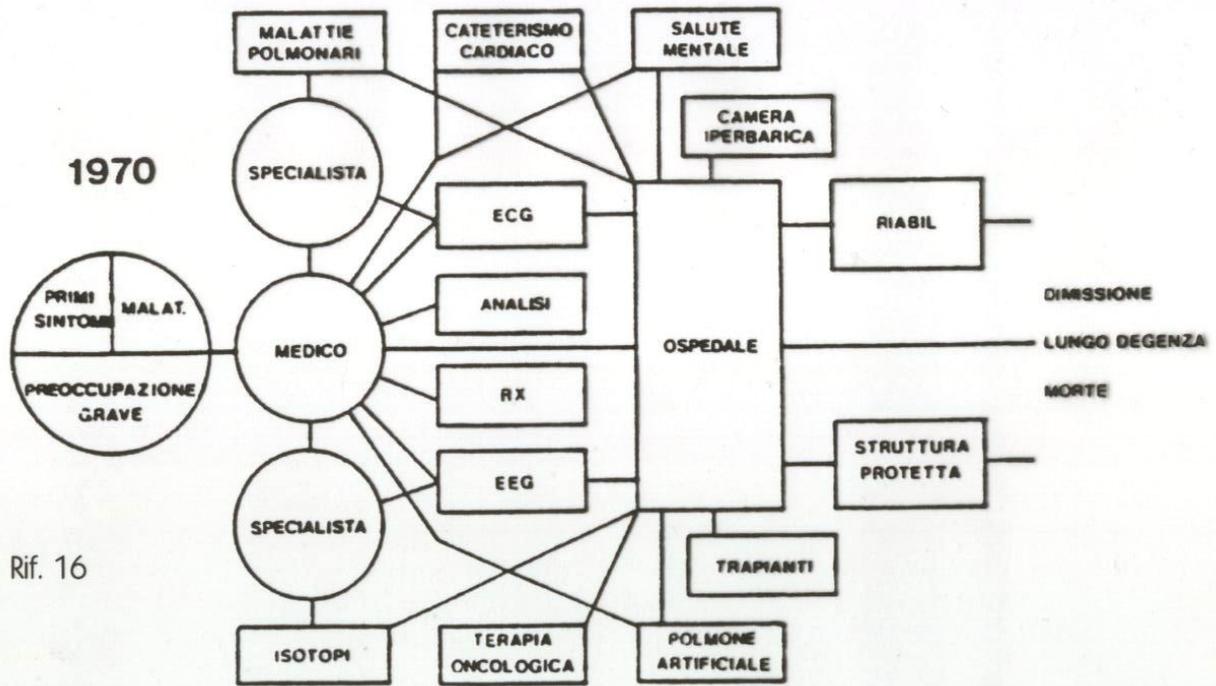


Figura 4. Il tasso di mortalità infantile: l'Italia a confronto con il resto del mondo





Rif. 16

# Risorse e Costi: Impatto delle Malattie Cronico Degenerative in Italia

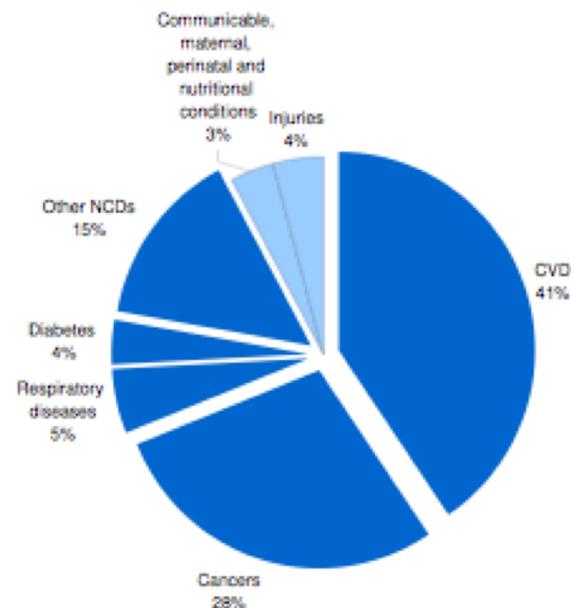
2010 total population: 60 550 848  
Income group: High

NCD mortality		
<i>2008 estimates</i>		
Total NCD deaths (000s)	<i>males</i>	<i>females</i>
	256.1	280.8
NCD deaths under age 60 (percent of all NCD deaths)	9.8	5.6
<i>Age-standardized death rate per 100 000</i>		
All NCDs	399.8	244.9
Cancers	158.0	90.7
Chronic respiratory diseases	24.6	9.4
Cardiovascular diseases and diabetes	156.3	102.0

Behavioural risk factors			
<i>2008 estimated prevalence (%)</i>			
	<i>males</i>	<i>females</i>	<i>total</i>
Current daily tobacco smoking	26.3	13.5	19.6
Physical inactivity	51.0	61.8	56.6

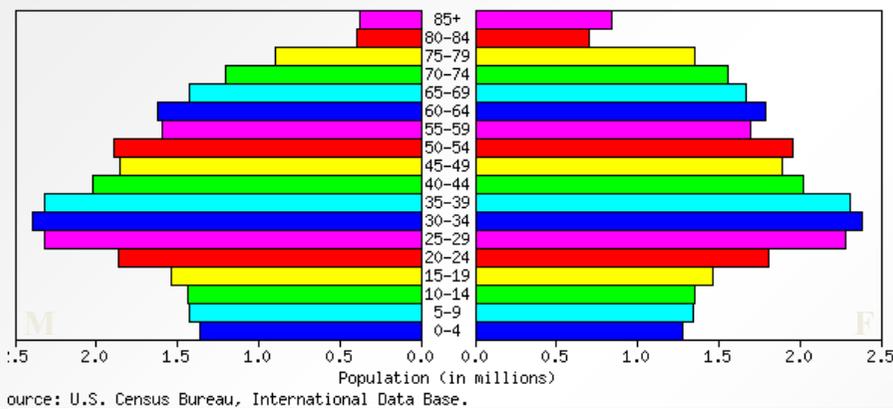
Metabolic risk factors			
<i>2008 estimated prevalence (%)</i>			
	<i>males</i>	<i>females</i>	<i>total</i>
Raised blood pressure	47.9	44.4	46.1
Raised blood glucose	10.6	7.6	9.1
Overweight	61.8	47.1	54.1
Obesity	21.2	18.5	19.8
Raised cholesterol	63.5	66.8	65.2

Proportional mortality (% of total deaths, all ages)

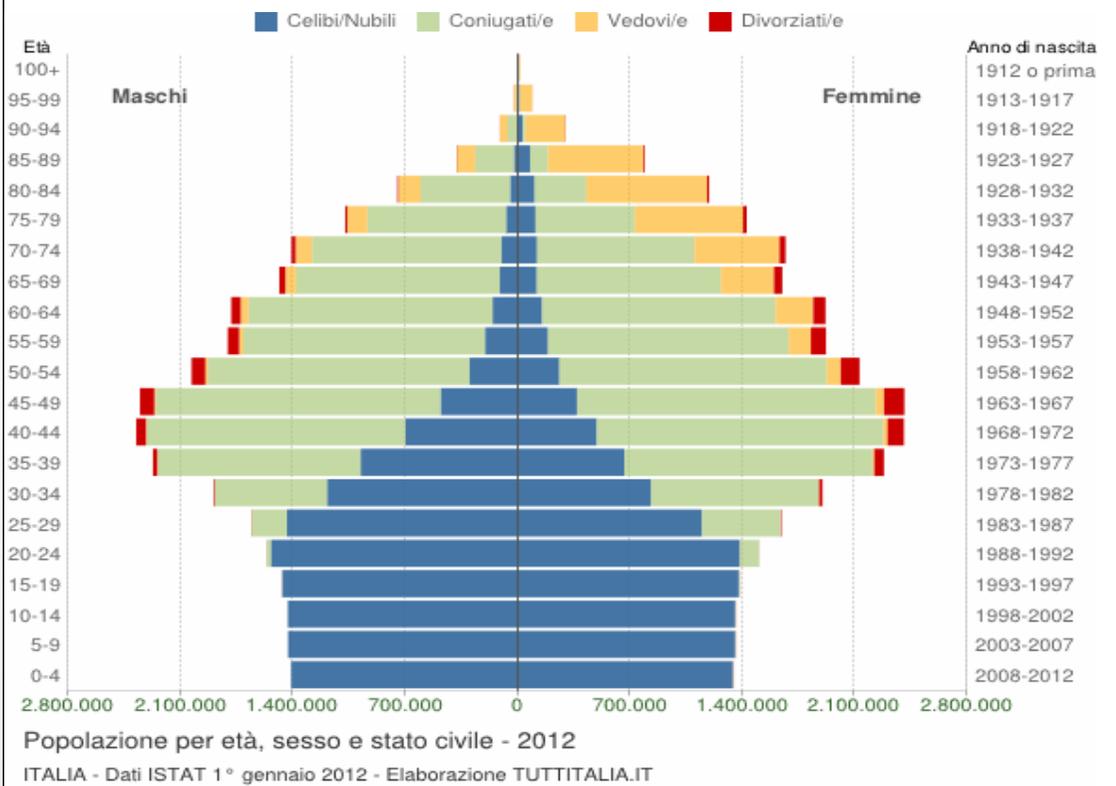
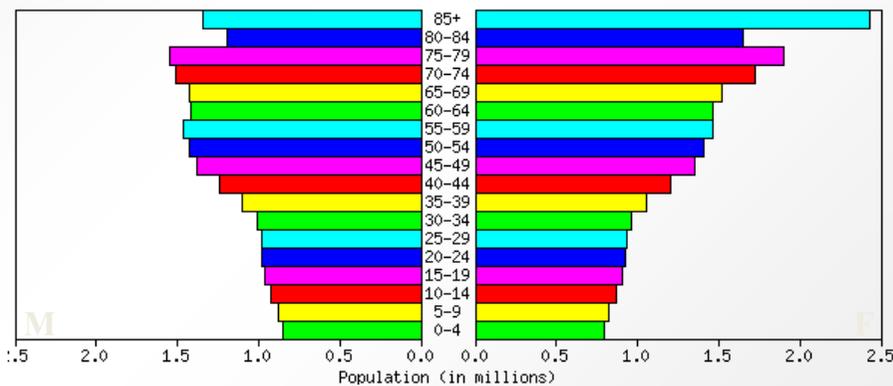


NCDs are estimated to account for 92% of all deaths.

# Risorse e Costi: Dinamica Demografica 2000...

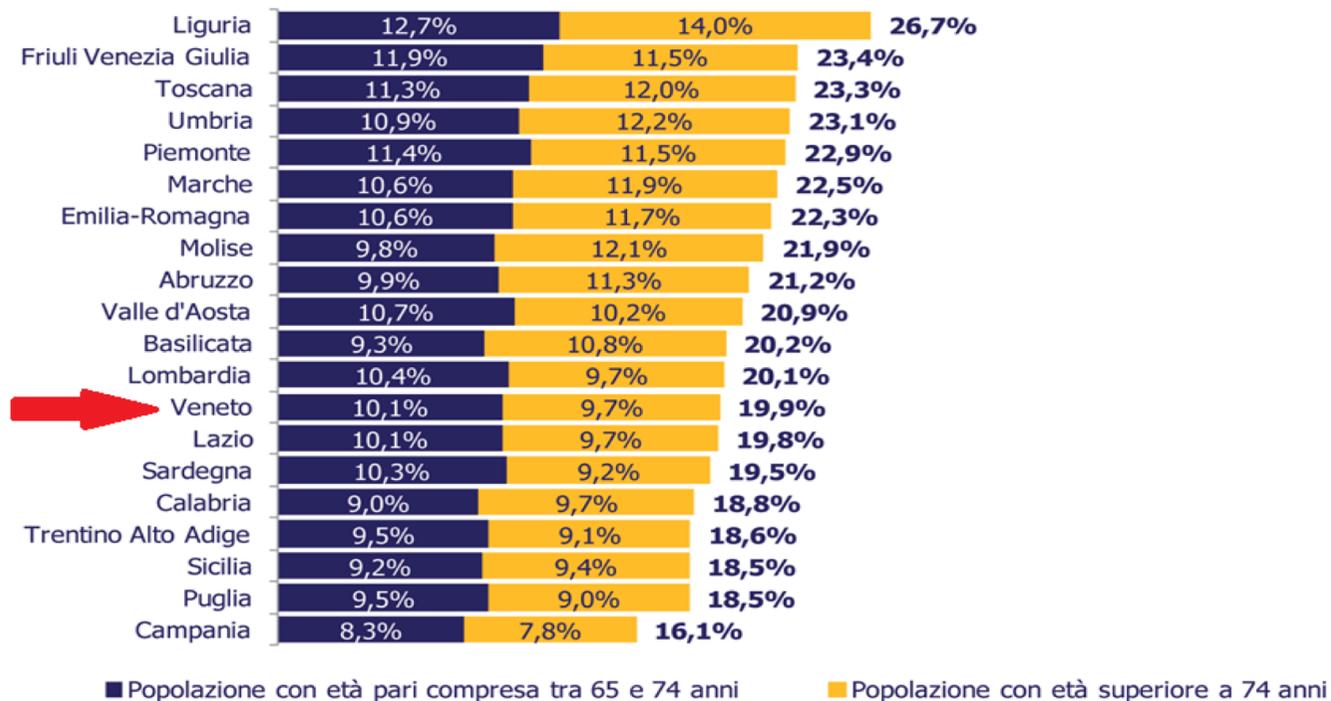


## Italia 2050



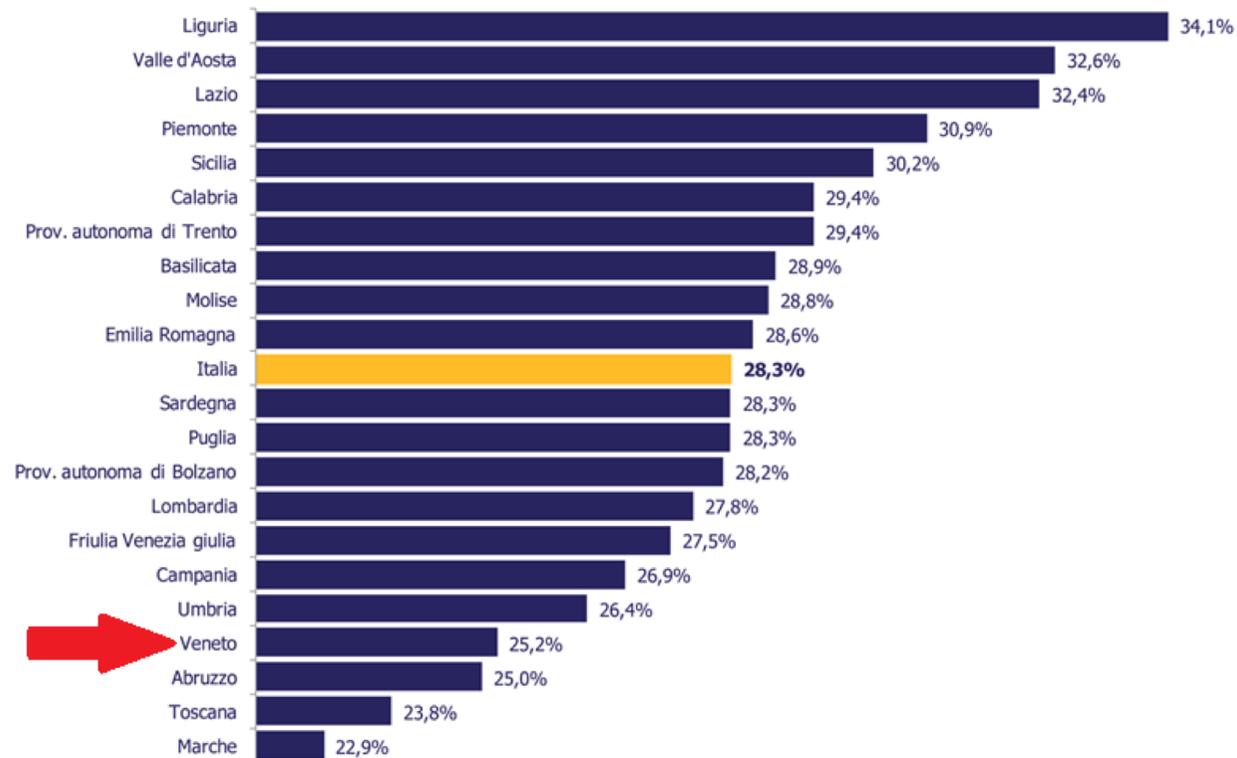
# Risorse e Costi:

## Popolazione >65 che vive sola (%), 2009



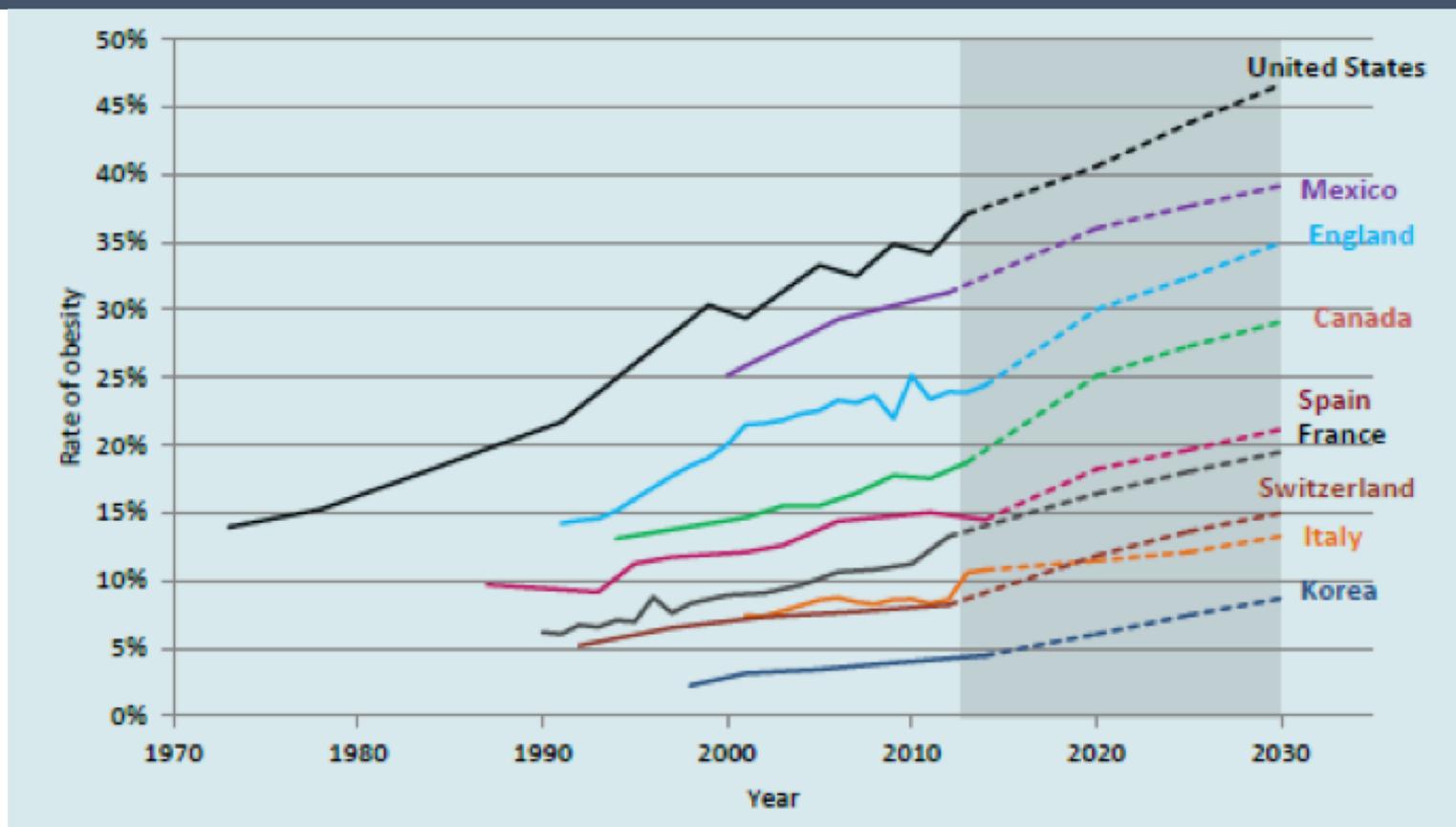
Fonte: rielaborazione The European House-Ambrosetti su dati Istat, Health for All-Italia, 2012

# Risorse e Costi: Popolazione >65 che vive sola (%), 2009



Fonte: rielaborazione The European House-Ambrosetti su dati Istat, Health for All-Italia, 2012

# Spesa Sanitaria Corrente: Costo dell'Obesità



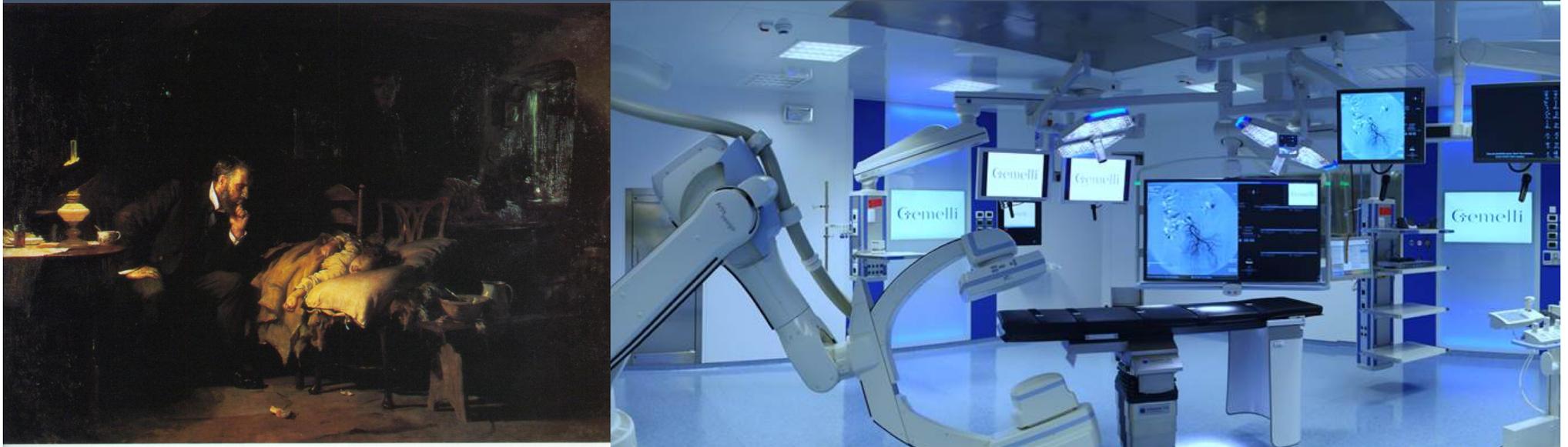
# Transizione Tecnologica



*... la rivoluzione biomedica dell'ultimo decennio, grazie alla quale è disponibile per la popolazione che invecchia una vasta gamma di nuovi trattamenti, comporta un aumento inarrestabile dei costi .... e un sistema sanitario pieno di grandi promesse e di iniquità ...*

**New York Times 11 agosto 2002**

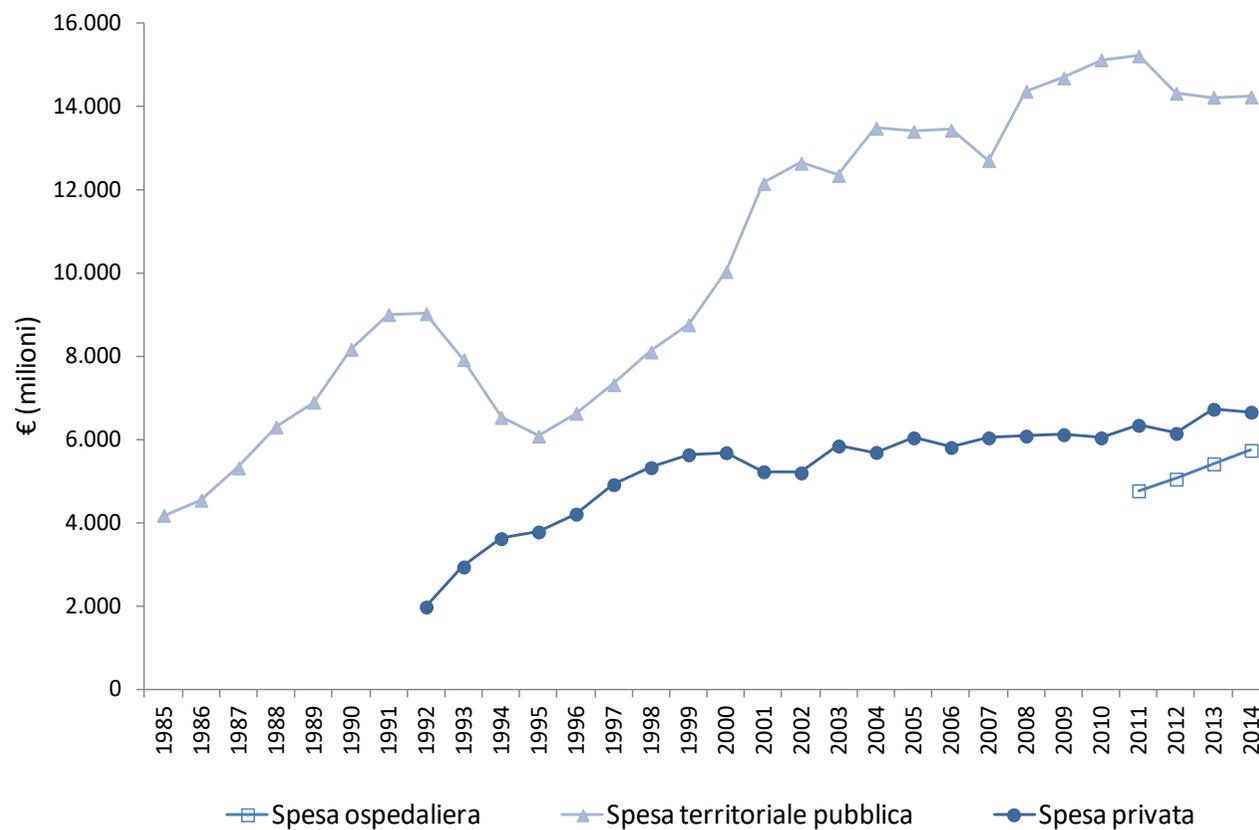
# Transizione Tecnologica



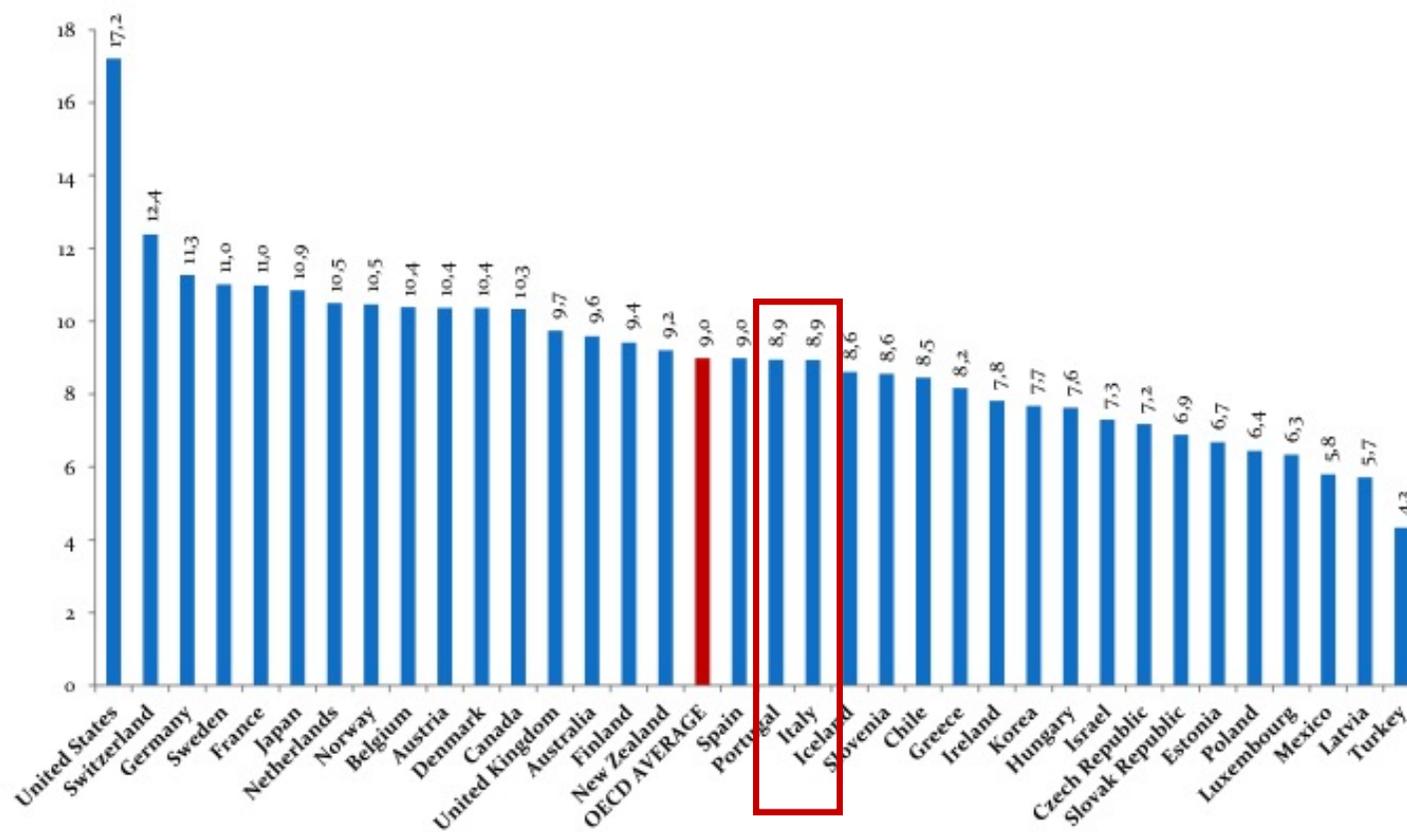
## Tecnologie Sanitarie:

Comprendono le attrezzature sanitarie, i dispositivi medici, i farmaci, i sistemi diagnostici, le procedure mediche e chirurgiche, i percorsi assistenziali e gli assetti strutturali, organizzativi e manageriali nei quali viene erogata l'assistenza sanitaria. Le tecnologie sanitarie comprendono quindi tutte le applicazioni pratiche della conoscenza che vengono utilizzate per promuovere la salute e prevenire, diagnosticare e curare le malattie.

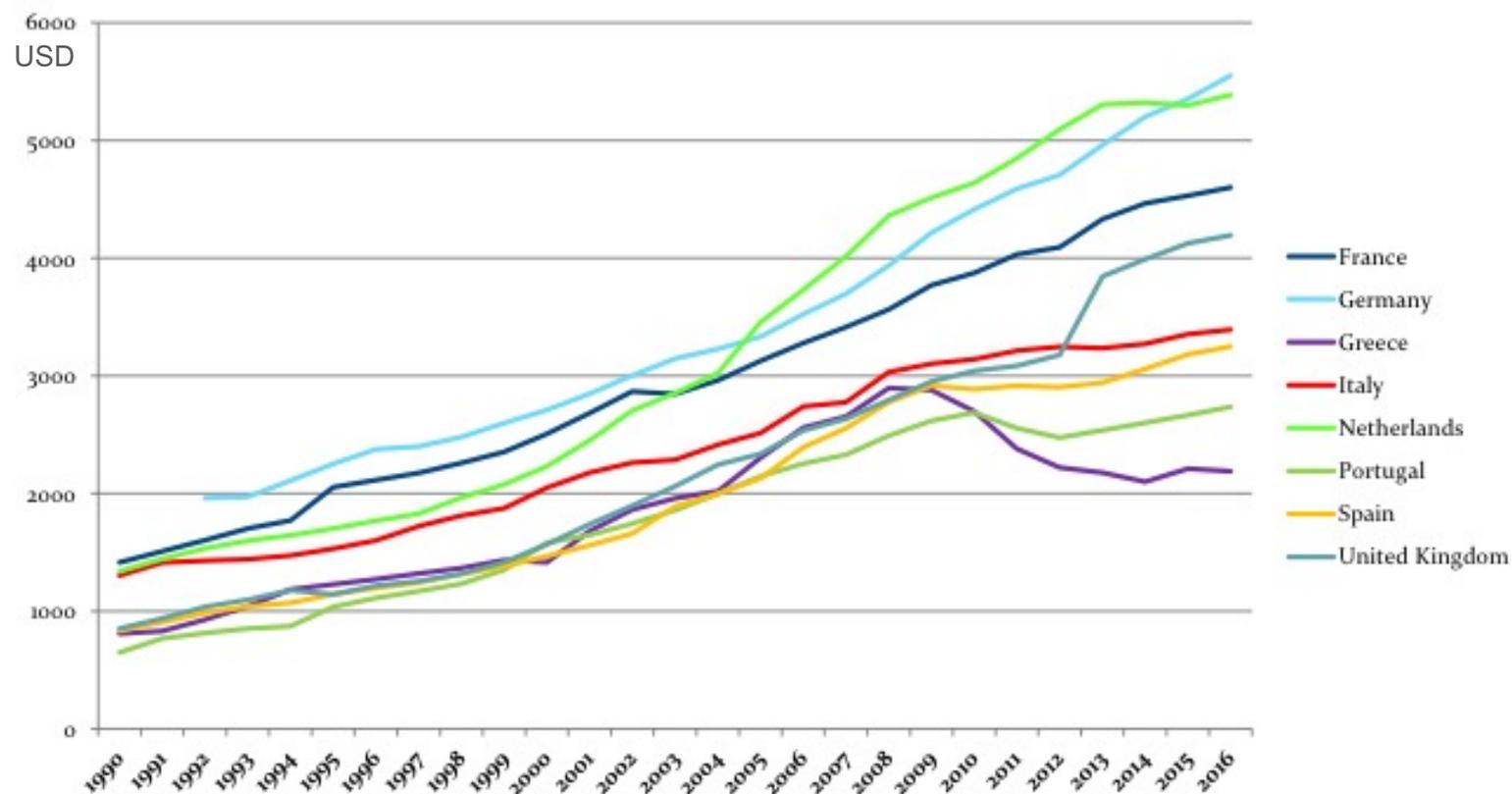
# Espansione Tecnologica: Spesa Farmaceutica 1985-2014



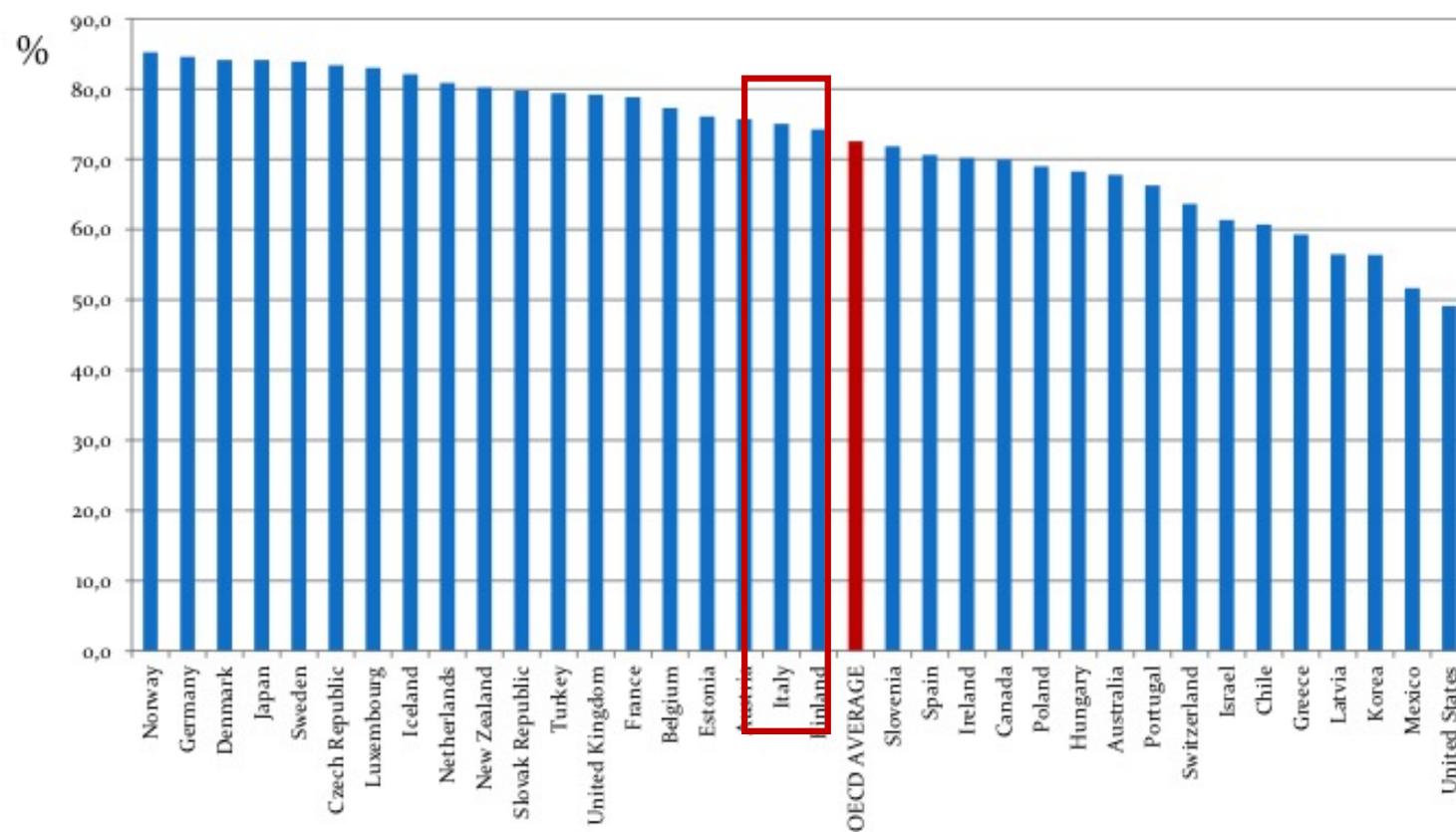
# Spesa Sanitaria Corrente : % del PIL anno 2016



# Spesa Sanitaria Corrente: Spesa pro capite anno 2016

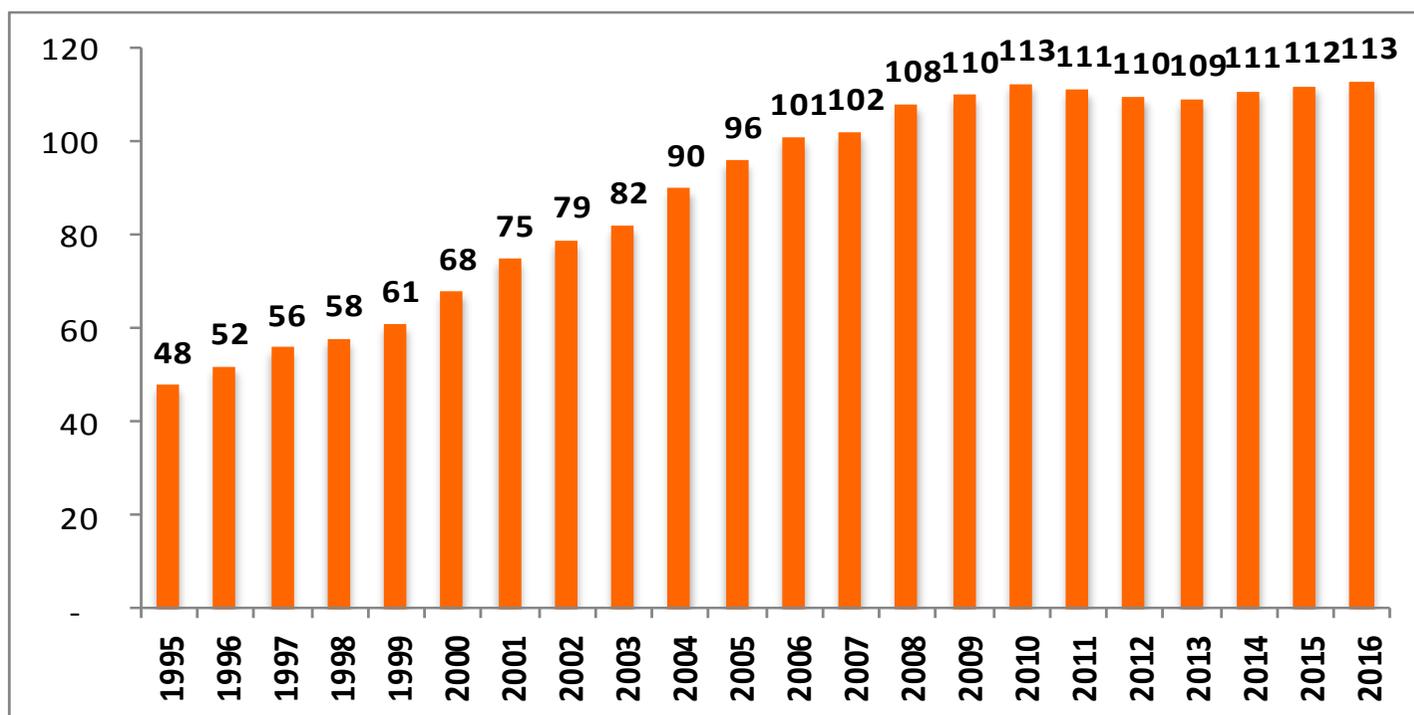


# Spesa Sanitaria Corrente: Spesa Pubblica sul totale

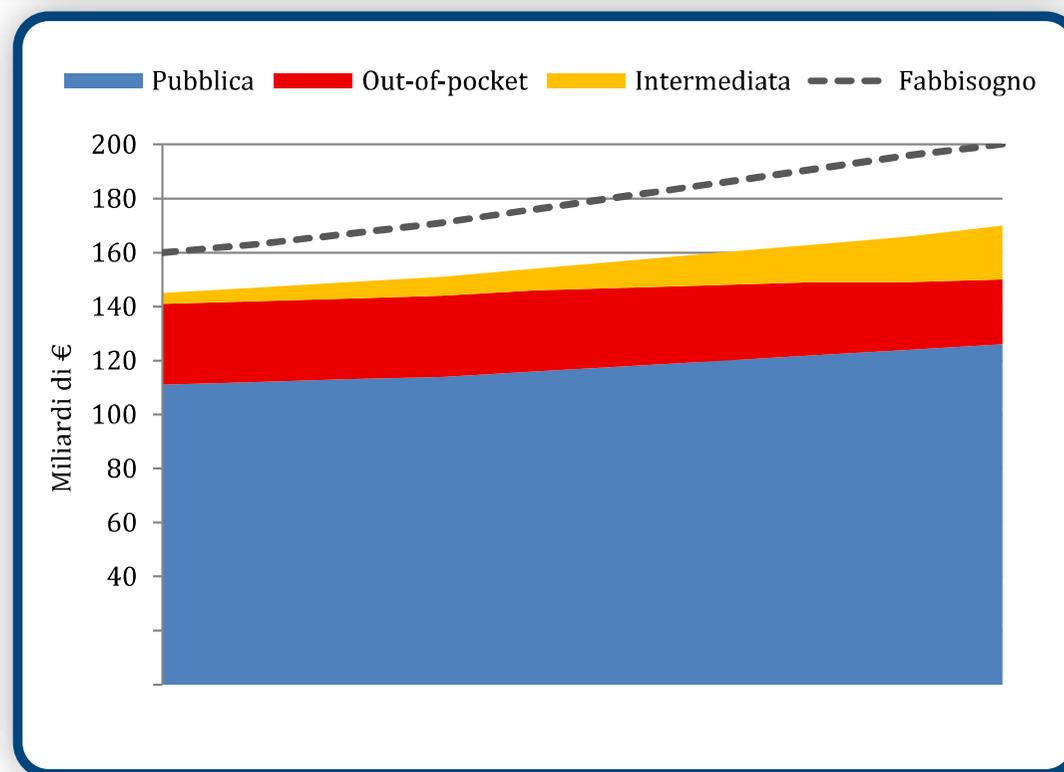


# Spesa Sanitaria Corrente: Fondo Sanitario Nazionale

(spesa in miliardi di euro)

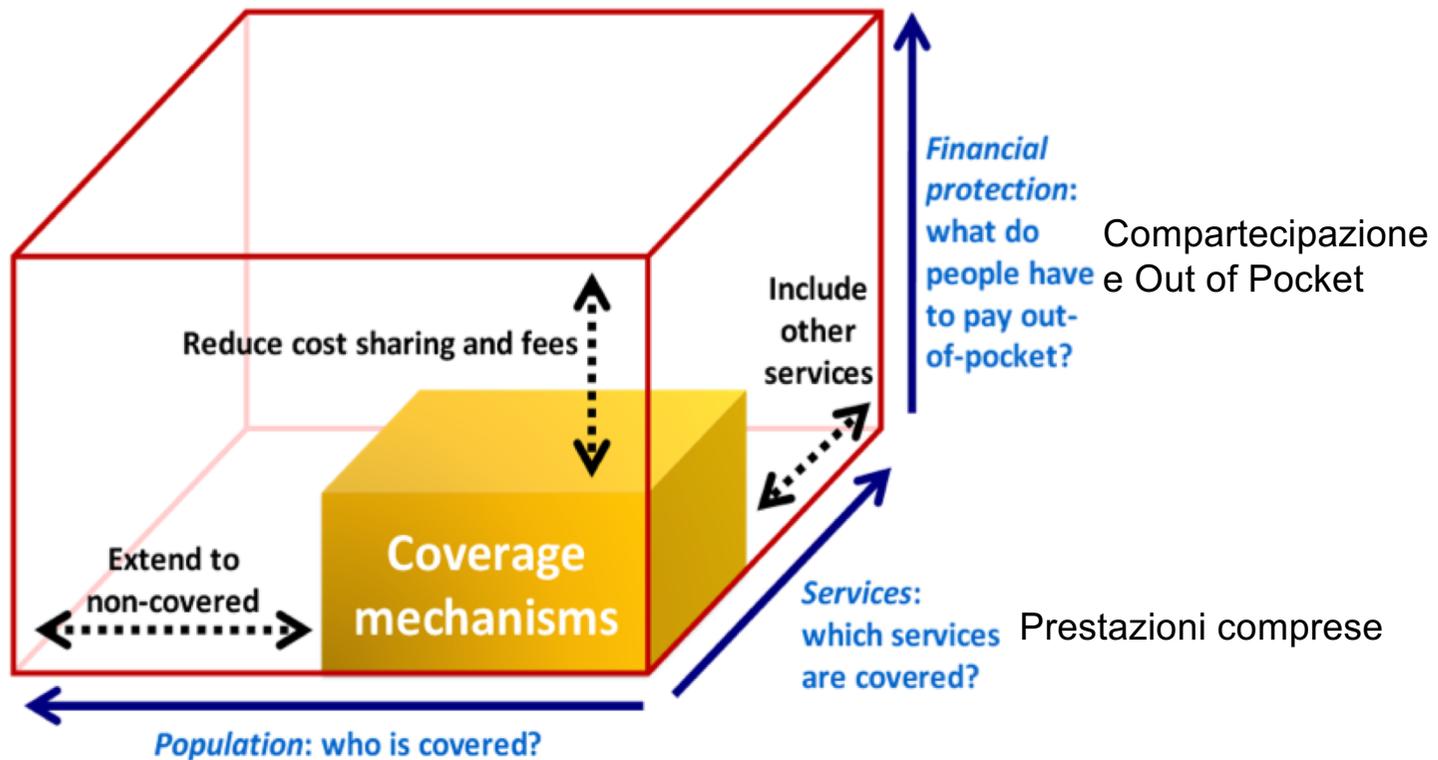


# Spesa Sanitaria Corrente: Spesa Pubblica sul totale



Fabbisogno, finanziamento pubblico e spesa privata: trend stimato 2016-2025

# Spesa Sanitaria Corrente: Inclusione



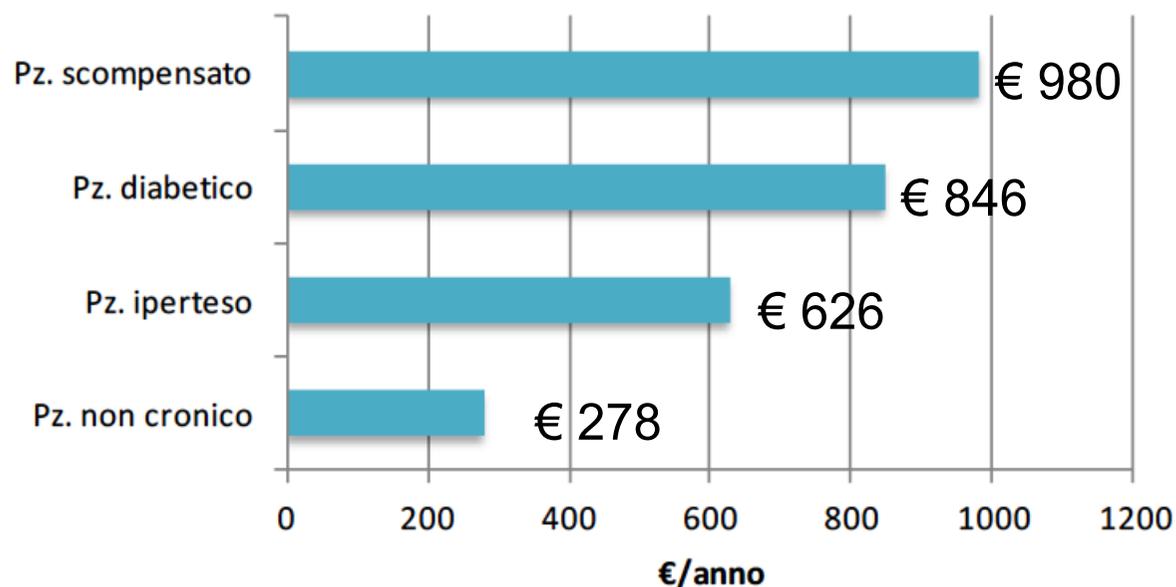
Compartecipazione e Out of Pocket

Prestazioni comprese

Copertura della Popolazione Source: Adapted from Busse, Schreyögg and Gericke, 2007

# Spesa Sanitaria Corrente: Popolazione Pazienti Cronici e Spesa per le Patologie Croniche Suddivisione per Classi di Priorità – Regione Lombardia

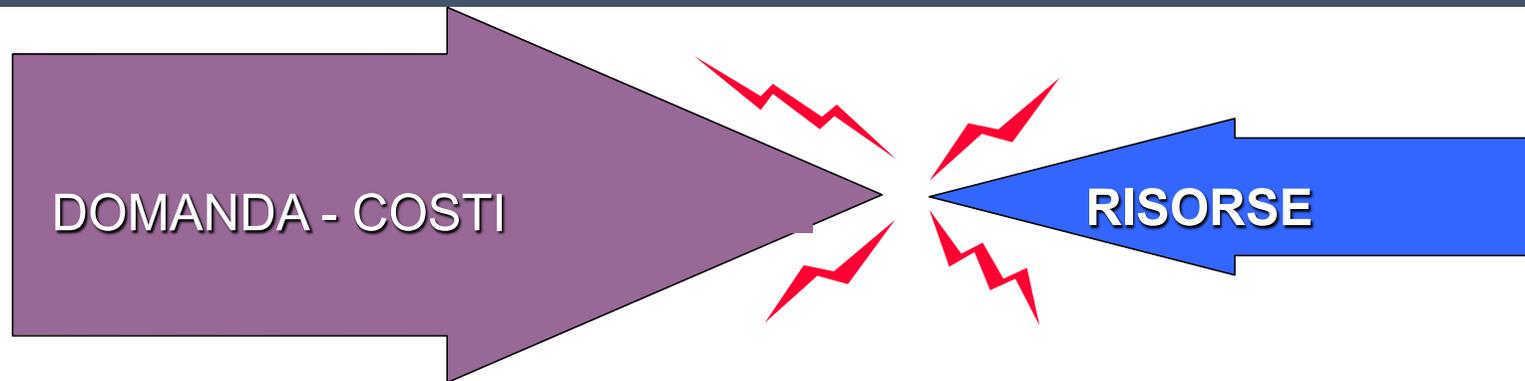
**Spesa annuale media registrata dai MMG (€)**



La spesa sanitaria territoriale registrata include farmaci e prestazioni di specialistica ambulatoriale prescritti dai MMG (sono esclusi i ricoveri) – dati forniti dalla Società Italiana di Medicina Generale (SIMG)

Una ricerca condotta da Regione Lombardia nel 2009 è in linea con questi dati: **la spesa pro-capite dei cronici è circa quattro volte quella dei non-cronici** (Agnello et al., 2011).

# Risorse e Costi: Un difficile equilibrio



Le risorse per quanto possano essere incrementate restano comunque insufficienti per assicurare a tutti, ciò che scienza e tecnologia ci mettono a disposizione

Occorre fare delle scelte: **Priority Setting**

“processo volto a determinare come le risorse in sanità debbano essere allocate tra diversi programmi o bisogni della popolazione”

Martin DK, Singer PA”Priority setting and health technology assessment: beyond evidence-based medicine and cost- effectiveness analysis”.

# Risorse e Costi: Perché fare delle scelte

1. Variabilità
2. Sovrautilizzo
3. Sottoutilizzo
4. Benefici di diversa entità
5. Costi
6. Punti di vista diversi



# Risorse e Costi:

## Pattern di Multiborbilità Cronica nella popolazione anziana

- Comorbilità (Comorbidity): combinazione di ulteriori malattie al di là di un disturbo indice
- Multimorbilità (Multimorbidity): qualsiasi co-occorrenza di due o più malattie croniche o acute all'interno di una sola persona, che indica uno spostamento di interesse da una determinata condizione di indice per le persone che soffrono di disturbi multipli

Disease  
Based  
Perspective



Individual  
Based  
Perspective

# Risorse e Costi: Variabilità nell'uso delle Tecnologie

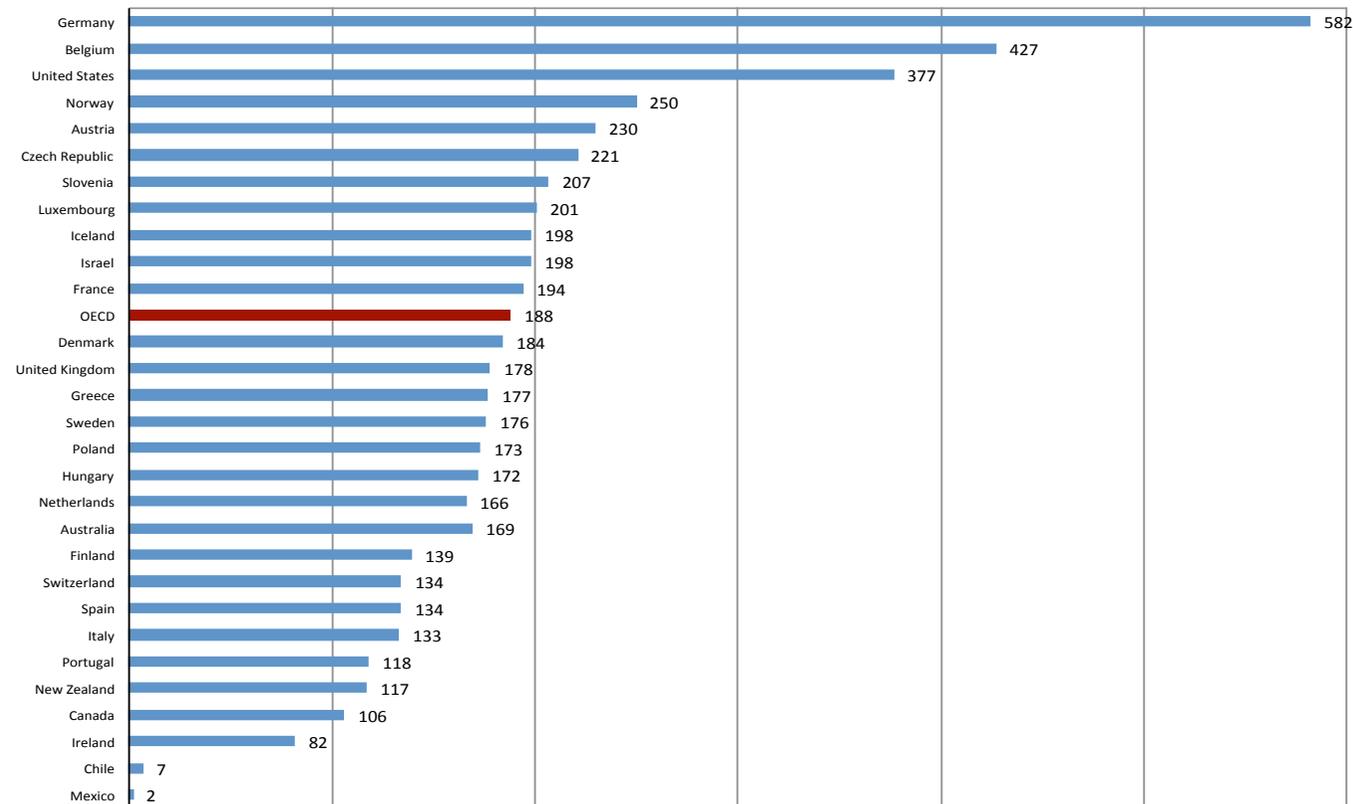
Procedura	Tasso di utilizzo x 10.000 ab.		
	Massimo	Minimo	Rapporto
Emorroidectomia	17	0.7	24.3
Protesi di ginocchio	20	3	6.7
Mastectomia	21	8	6.4
Endoarteriectomia	23	6	3.8
Bypass aorto-coronarico	23	7	3.3
Angiografia coronarica	51	22	2.3
Appendicectomia	5	2	2.5
Colecistectomia	52	34	1.5

Variabilità nei tassi di utilizzo di alcune procedure mediche o chirurgiche in 13 aree geografiche degli USA

# Risorse e Costi: Sovrautilizzo di Interventi Sanitari

- 17 % angioplastiche coronariche *(Chassin JAMA 1987)*
- 32 % endoarteriectomie carotidee *(Chassin JAMA 1987)*
- 16% isterectomie *(Bernestein JAMA 1993)*
- 20% dei pacemaker *(Greenspan N Engl J Med 1988)*
- 12.000 decessi/anno per interventi chirurgici non necessari negli USA *(Starfield JAMA 2000)*
- Follow-up intensivo di pazienti operati per cancro del colon

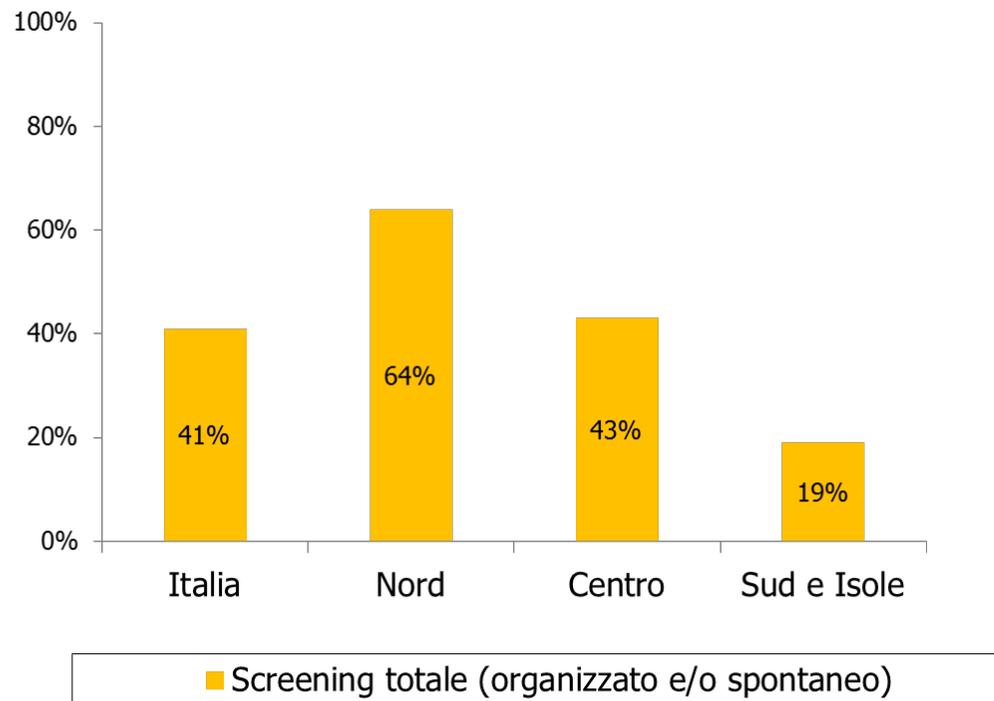
# Risorse e Costi: Sovrautilizzo di Interventi Sanitari – Angioplastica Coronarica per 100.000 Abitanti



# Risorse e Costi: Sottoutilizzo di Interventi Sanitari

- Screening del cancro della cervice uterina
- Diagnosi e trattamento della depressione
- Diagnosi e trattamento dell'incontinenza urinaria
- Trattamento del dolore
- Diagnosi prenatale
- Diagnosi e trattamento dell'ipertensione
- Prevenzione secondaria dell'ictus
- Vaccinazioni

# Risorse e Costi: Variabilità in Medicina: Quota di persone \*100 sottoposte a screening per tumore del Colon-Retto



# A parità di benefici, costi diversi

## Costo di alcuni interventi per anno di vita guadagnato, aggiustato per qualità della vita (QALY)

Tipo di Trattamento	Costo per QALY in Sterline (1990)
Intervento di neurochirurgia per traumi cranici	240
Consiglio di smettere di fumare da parte dei medici di famiglia	270
Trattamento antiipertensivo per prevenire l'ictus cerebrale	940
Bypass coronarico (angina severa)	2.090
Trapianto di rene	4.710
Screening per i tumori del seno	5.780
Trapianto di cuore	7.840
Emodialisi domiciliare	17.260
Emodialisi in ospedale	21.970
Trattamento dializzati con eritropoietina per anemia	54.380
Interventi neurochirurgici per tumori maligni intracranici	107.780

QALY:

Valuta l'incremento della qualità della vita in rapporto all'allungamento della aspettativa di vita, determinato dall'intervento sanitario in esame. Risultati in termini di riduzione della morbosità e della mortalità

# Risorse e Costi: Variabilità in Medicina: Perché la variabilità è così ampia?

Vi sono ampi margini di discrezione nella scelta delle cure sanitarie.

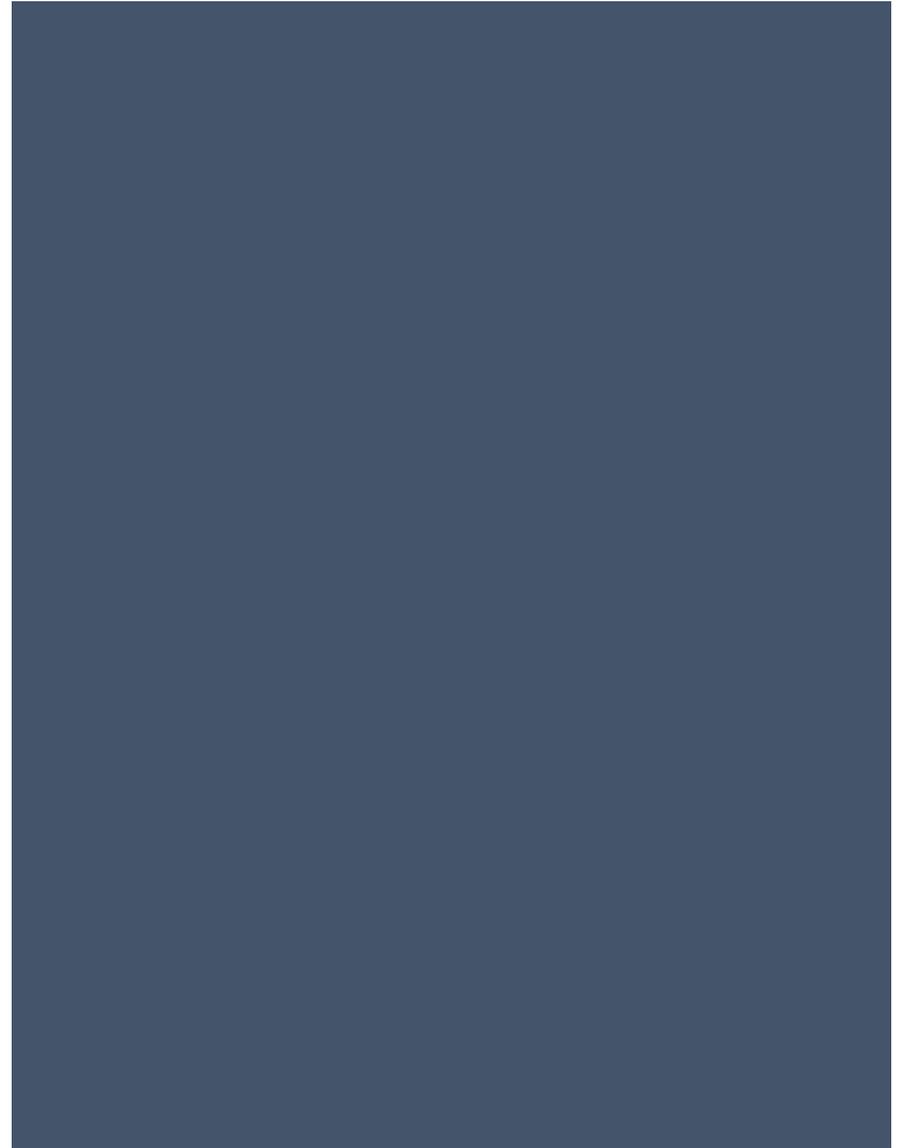
Molte variabili, non sempre correlate al processo clinico, possono influire sulle decisioni:

- Modalità di finanziamento
- Interessi economici
- Valori sociali dominanti
- Prestigio professionale
- Incertezza delle conoscenze scientifiche
- Norme legislative
- Conseguenze medico-legali



BMJ 31 maggio 2003

# Dai Sistemi Sanitari al Management



# Sistema Sanitario: Definizione

*Si definisce sistema l'insieme organizzato di componenti distinte, che interagiscono tra di loro, al fine di raggiungere obiettivi comuni predefiniti;*

## Sistema Sanitario:

Insieme delle istituzioni, delle persone e delle risorse materiali che concorrono alla promozione, al recupero ed al mantenimento della salute

Tre modelli istituzionali:

1. Modello Beveridge
2. Modello Bismarck
3. Libero Mercato

# Mercato Sanitario: Mercato Imperfetto

Il mercato:

- è il luogo degli scambi tra la domanda e l'offerta di beni o servizi
- È caratterizzato da un processo in cui la domanda e l'offerta interagiscono per determinare il prezzo e la quantità

Le leggi di funzionamento del mercato “perfetto” in sanità sono limitate da:

- **Informazione asimmetrica** (scelta dell'intervento sanitario è decisa dal professionista della salute e non dall'assistito)
- **Esternalità dei benefici** (heard immunity)
- **Costi sanitari sostenuti da un terzo pagante**

Questo che rende il comportamento dell'assistito nei confronti di una prestazione sanitaria, diverso da quello di un individuo-cliente nell'acquisto di un bene di consumo (es. un'automobile)

# Mercato Sanitario: Mercato Imperfetto – Terzo Pagante

Costi sanitari sostenuti da un terzo pagante:

Il “consumatore” cioè l’assistito, il più delle volte, non sostiene direttamente la maggiore percentuale del costo del trattamento sanitario ricevuto, che invece è a carico del cosiddetto “terzo pagante”.

- Assicurazione, Mutua...
- Servizio Sanitario Nazionale... in relazione alle scelte dell’assistito ed al sistema sanitario del Paese di appartenenza.

Il solo pagamento di “ticket” non permette al consumatore di conoscere il costo-opportunità delle risorse utilizzate per il suo caso

# Mercato Sanitario: Mercato Imperfetto – Relazioni Domanda Offerta

Il Bisogno può essere:

- a) Presente (percepito o non percepito)
- b) Assente

L'offerta può essere:

- a) Presente
- b) Assente

La domanda può essere:

- a) Espressa
- b) Inespressa
- c) **Indotta**

# Management Sanitario

## Definizione

Le ragioni epidemiologiche (soddisfacimento bisogni di salute) possono conciliarsi con i vincoli economici nell'erogazione dei servizi sanitari da parte dei presidi di offerta di salute (aziende sanitarie), attraverso l'applicazione delle regole del management sanitario:

è un processo che permette di realizzare, a vari livelli di responsabilità di una organizzazione sanitaria all'interno di un sistema di regolamentazione, **obiettivi di salute rispettando i vincoli economici**, attraverso lo **sviluppo** e **l'utilizzo di risorse**.

Guida l'organizzazione sanitaria verso **obiettivi predefiniti di salute** secondo **criteri di efficacia, efficienza**, utilizzando le funzioni di organizzazione, programmazione, controllo (valutazione), direzione

# Management Sanitario

## Definizione

**Organizzare:** combinare risorse per ottenere risultati di salute.  
(divisione e coordinamento di attività)

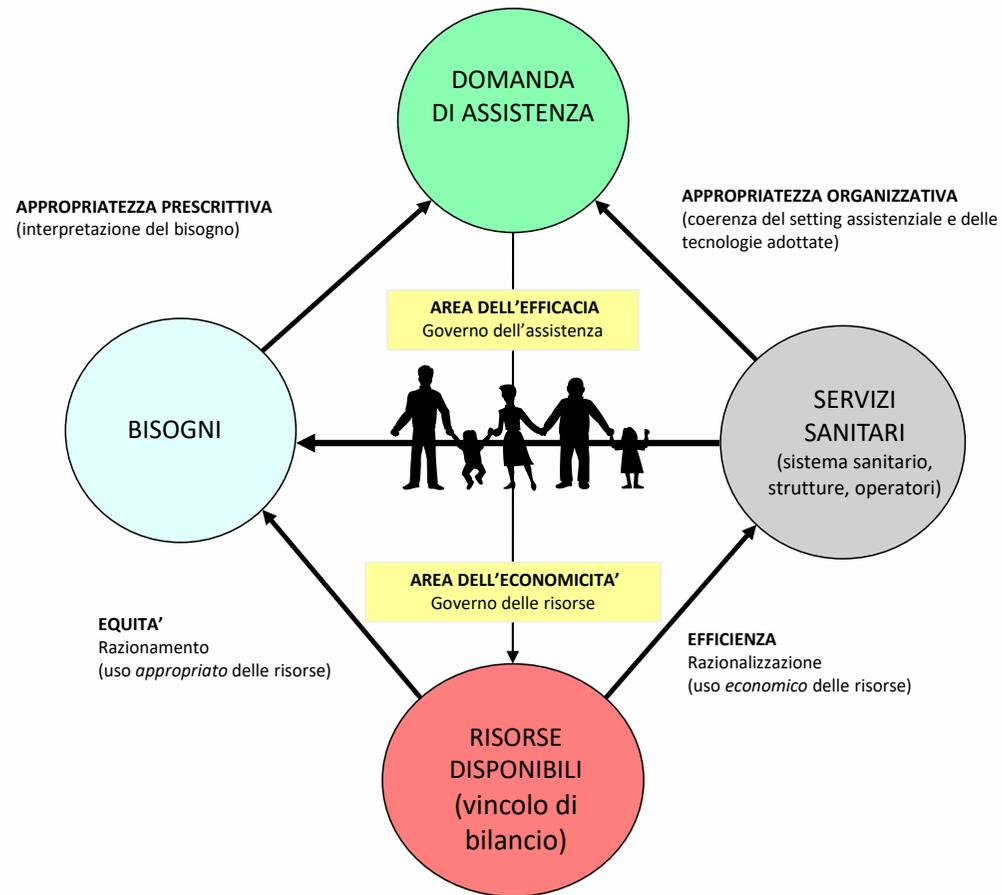
**Programmare:** definire obiettivi di salute e modalità di raggiungimento degli stessi.

**Controllare (Valutare):** misurare il rapporto tra obiettivi pre-definiti e risultati raggiunti, analizzando le ragioni delle differenze eventualmente ottenute.

**Dirigere:** Prendere le decisioni sulla base delle informazioni disponibili secondo uno stile di leadership

# Management Sanitario

## Definizione



# Sistema Sanitario: Tre diversi modelli istituzionali

## SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Riconosce a tutti i cittadini, senza alcuna discriminazione il diritto alla tutela della salute; è finanziato attraverso la fiscalità generale ed eroga in forma gratuita o semi-gratuita tutte le prestazioni sanitarie ritenute efficaci. [Gran Bretagna; ITALIA, a partire dal 1979]

## SISTEMA MUTUALISTICO (o delle assicurazioni sociali)

Si avvale di fondi e di casse di malattia organizzati in genere per settori produttivi e finanziati prevalentemente attraverso contributi di malattia [Germania; Francia]

## ASSICURAZIONI PRIVATE

Finanziato attraverso i premi pagati da coloro che scelgono liberamente di sottoscrivere una polizza assicurativa. I premi sono commisurati al rischio al quale è esposto ogni singolo individuo e variano sensibilmente con l'età o lo stato di salute dell'assicurato [STATI UNITI]

*Nella realtà dei paesi sviluppati, nessun sistema opera esclusivamente in base ad uno solo dei modelli esposti.*

# Sistema Sanitario: Tre diversi modelli istituzionali

	Sistemi Pluralistici	MODELLO BISMARCK (1883)	MODELLO BEVERIDGE (1948)
	LIBERO MERCATO Liberista	SISTEMA MUTUALISTICO Assicurazioni sociali obbligatorie	SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE [SSN]
Esempi:	Stati Uniti	Germania, Francia, Paesi Bassi	Regno Unito, Italia, Spagna, Paesi Scandinavi
Finanziament:	Premi Assicurativi o Pagamento a Prestazione	contributi condivisi lavoratori / imprenditori nei confronti di un'ass. sociale	fiscalità generale
Copertura assistenziale:		molto elevata della popolazione (90-95%)	totale della popolazione (100%)
Medici:	libero professionisti impiegati a contratto	libero professionisti impiegati a contratto o dipendenti privati	dipendenti pubblici e libero professionisti convenzionati (MMG, PLS, spec.)

*Nella realtà dei paesi sviluppati, nessun sistema opera esclusivamente in base ad uno solo dei modelli esposti.*

# Sistema Sanitario: Tre diversi modelli istituzionali

	Sistemi Pluralistici	MODELLO BISMARCK (1883)	MODELLO BEVERIDGE (1948)
Peculiarità	La tutela della salute si realizza in attuazione del principio "pagano gli indenni in favore dei danneggiati"	Relazione fra prestazioni fornite dalla mutua ed entità della contribuzione (ogni mutua ha propri piani tariffari e prevede prestazioni diverse a seconda del piano contributivo)	salute come diritto: tutte le prestazioni essenziali sono fornite gratuitamente indipendentemente da localizzazione geografica o da capacità economica o da classe sociale di appartenenza
Salute	Un bene di consumo	Un bene di consumo garantito e regolamentato / diritto del lavoratore	Un diritto del cittadino
Gestione	Assicurazioni e privati	Sistemi di assicurazione sociale obbligatoria	Governo Centrale

*Nella realtà dei paesi sviluppati, nessun sistema opera esclusivamente in base ad uno solo dei modelli esposti.*

# Sistema Sanitario: Tre diversi modelli istituzionali

	Sistemi Pluralistici	MODELLO BISMARCK (1883)	MODELLO BEVERIDGE (1948)
Ruolo Stato	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non interviene nel finanziamento dell'assistenza sanitaria alla quale provvedono i cittadini attraverso assicurazioni commerciali;</li> <li>Regolamenta il mercato dei servizi sanitari con organi di indirizzo simili a quelli di altri settori (antitrust, licenze);</li> <li>Non è responsabile della produzione dei servizi e non possiede ospedali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>responsabile per la politica sanitaria nazionale;</li> <li>Interviene regolamentando le mutue e rendendo obbligatoria l'iscrizione;</li> <li>può possedere alcune mutue;</li> <li>in parte possiede le strutture sanitarie;</li> <li>controlla le strutture</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>responsabile per la politica sanitaria nazionale;</li> <li>raccoglie i fondi attraverso la tassazione generale;</li> <li>alloca le risorse alle strutture in base alla programmazione sanitaria;</li> <li>possiede la maggioranza delle strutture</li> </ul>
Gli operatori sanitari	Non fanno management	Possono fare management	Debbono fare management
I Medici di Sanità Pubblica	Sono manager	Possono essere manager	Debbono essere manager

# Sistema Sanitario: Nuovi modelli istituzionali ?

Tipologia	Regolamentazione	Finanziamento	Offerta dei Servizi	Esempi
National Health Service	Stato	Stato	Stato	<i>Denmark, Finland, Iceland, Norway, Sweden, Portugal, Spain, UK</i>
National Health Insurance	Stato	Stato	Stato e Privati	<i>Australia, Canada, Ireland, New Zealand, <b>Italy</b></i>
Social Health Insurance	Enti Sociali	Enti Sociali	Privati	<i>Austria*, Germany, Luxembourg, Switzerland*</i>
Private Health System	Privati	Privati	Privati	<i>USA</i>
Etatist Social Health Insurance	Stato	Enti Sociali	Privati	<i>Belgium, Estonia, France, Czech Republic, Hungary, Netherlands, Poland, Slovakia, Israel*†, Japan†, Korea*</i>
<i>Social-based mixed-type (Slovenia)</i>	Attori Sociali	Enti Sociali	Stato	<i>Slovenia</i>

\* relativamente, solo, al sistema di finanziamento; † relativamente, solo, al sistema di offerta dei servizi

Bhama K, Schmidb A, G tze R, Landwehr C, Rothgang H,

Five types of OECD healthcare systems: Empirical results of a deductive classification, Health Policy 113 (2013) 258–269.

# Sistema Sanitario: Nuovi modelli istituzionali ?

- **NATIONAL HEALTH SERVICE:** Tutti gli aspetti, regolamentazione, finanziamento e offerta di servizi, sono ordinati dallo Stato. Lo Stato ha la responsabilità di governare le relazioni tra i diversi attori e il privato occupa un ruolo marginale unicamente legato alla fornitura dei servizi.
- **NATIONAL HEALTH INSURANCE:** La struttura regolamentaria e il finanziamento sono ordinati dallo Stato, come nel caso dei NHS. L'offerta di servizi è principalmente di tipo privato. Il paziente può, quindi, scegliere il medico o gli ospedali che preferisce
- **SOCIAL HEALTH INSURANCE:** Gli enti sociali si occupano della regolamentazione e del finanziamento, l'offerta di servizi è, invece, demandata a privati a scopo di lucro
- **PRIVATE HEALTH SYSTEM:** Fulcro di un sistema sanitario privato sono: la regolamentazione che segue le logiche di mercato, fonti di finanziamento private e fornitura di servizi offerta da privati a scopo di lucro
- **ETATIST SOCIAL HEALTH INSURANCE:** Modello completamente misto di sistema, caratterizzato da una chiara gerarchia delle tre dimensioni: lo Stato è responsabile della regolamentazione del sistema, il finanziamento è organizzato da attori sociali e l'offerta di servizi è demandata a fornitori privati.
- **SLOVENIA (special case):** Lo Stato si occupa della fornitura della maggior parte dei servizi sanitari, mentre il finanziamento e la regolamentazione del sistema sono demandati ad attori sociali

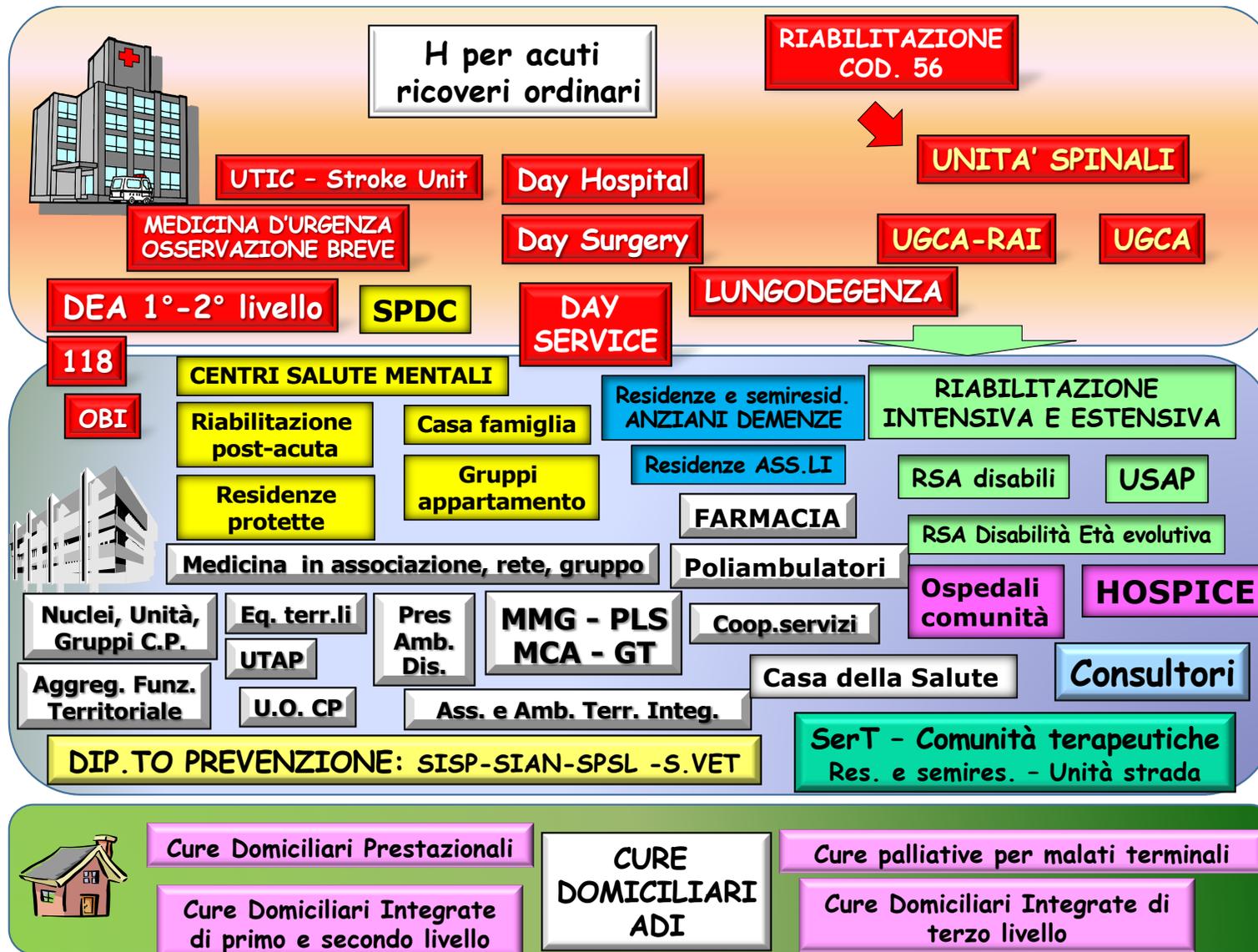
Bhama K, Schmidb A, G tze R, Landwehr C, Rothgang H,  
Five types of OECD healthcare systems: Empirical results of a deductive classification, Health Policy 113 (2013) 258–269.

# I Punti di vista possono essere diversi

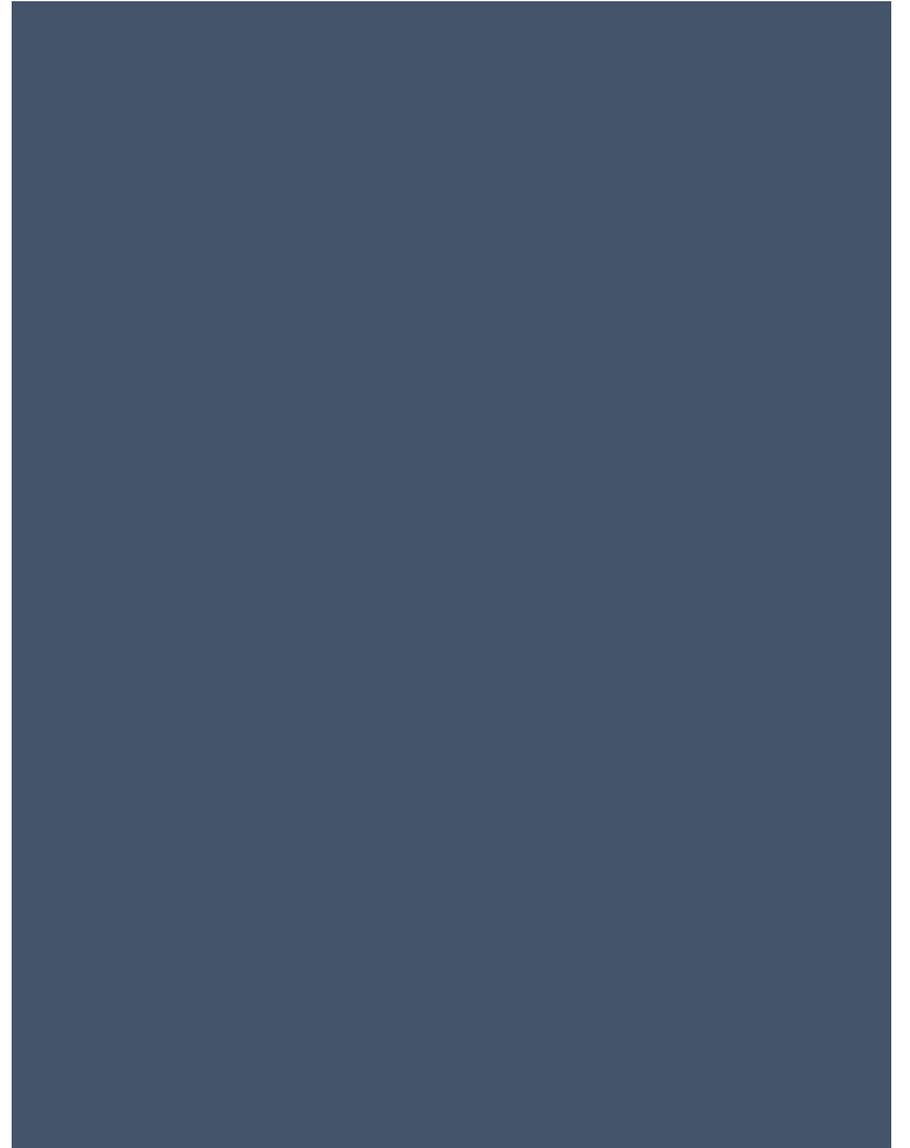
- Il paziente desidera ricevere il massimo di ciò che è disponibile
- Il medico curante tende a comportarsi come se le risorse fossero illimitate
- L'amministratore è costretto a considerare la possibilità di un uso alternativo delle risorse
- Se si desidera mantenere la fiducia del cittadino, le motivazioni che stanno alla base delle priorità e delle misure adottate in sanità devono essere formulate e discusse apertamente

# Cambio di Paradigma nell'Assistenza Sanitaria

1. Tutela della salute come investimento “globale” e non solo come consumo di servizi (stili di vita, prevenzione primaria, politiche intersettoriali)
2. Crescente investimento nell'assistenza erogata a soggetti affetti da patologie croniche o in generale “fragili”, orientato al rafforzamento della prossimità delle cure, alla prevenzione secondaria e terziaria, alla promozione dell'integrazione e del coordinamento tra operatori sanitari e socio-sanitari
3. Ampliamento delle opportunità offerte dall'area delle cure intermedie e della residenzialità socio-sanitaria
4. Progressivo cambiamento del ruolo tradizionale dell'ospedale:
  - concentrazione delle casistiche complesse
  - rapidissimo avanzamento della complessità e dell'efficacia tecnica e tecnologica (con costi molto elevati degenze sempre più brevi e limitate alle fasi iperacute)
  - crescente integrazione in rete
  - sviluppo delle attività “a distanza” (teleradiologia, teleconsulto, teleassistenza, robotica)
5. Confronto con le risorse a disposizione



Sviluppo del servizio  
assistenziale in Italia  
il Servizio Sanitario Nazionale



# La Sanità dall'unificazione alla Costituzione repubblicana

Nei decenni successivi all'instaurazione dello Stato unitario e sino alla fine della II guerra mondiale la tutela della salute fu intesa prevalentemente come **tutela** della **salute collettiva** con particolare attenzione ai profili della **vigilanza igienico-sanitaria**.

La salvaguardia della salute del singolo non aveva riconoscimento di bene pubblico ed era affidato alla cura individuale: ognuno doveva provvedervi direttamente e con le proprie risorse

# La Sanità dall'unificazione alla Costituzione repubblicana Prima del 1860

Ogni stato ha una sua legislazione  
Solo una piccola parte ha carattere laico.  
L'assistenza ospedaliera in Italia è **legata ad ordini religiosi (opere Pie)**, ossia a organizzazioni ecclesiastiche e filantropiche private le quali godevano di piena e assoluta autonomia e gestivano ospedali, cronicari, infermerie, orfanotrofi, istituti di ricovero etc...

Con la proclamazione del **Regno d'Italia nel 1861**: necessità di una **legge organica** che disciplinasse uniformemente le frammentarie disposizioni igienico sanitarie in vigore



# Legge 22.12.1888 n. 5849: Legge sulla tutela dell'igiene e della sanità pubblica, nota come Legge "Crispi-Pagliani"

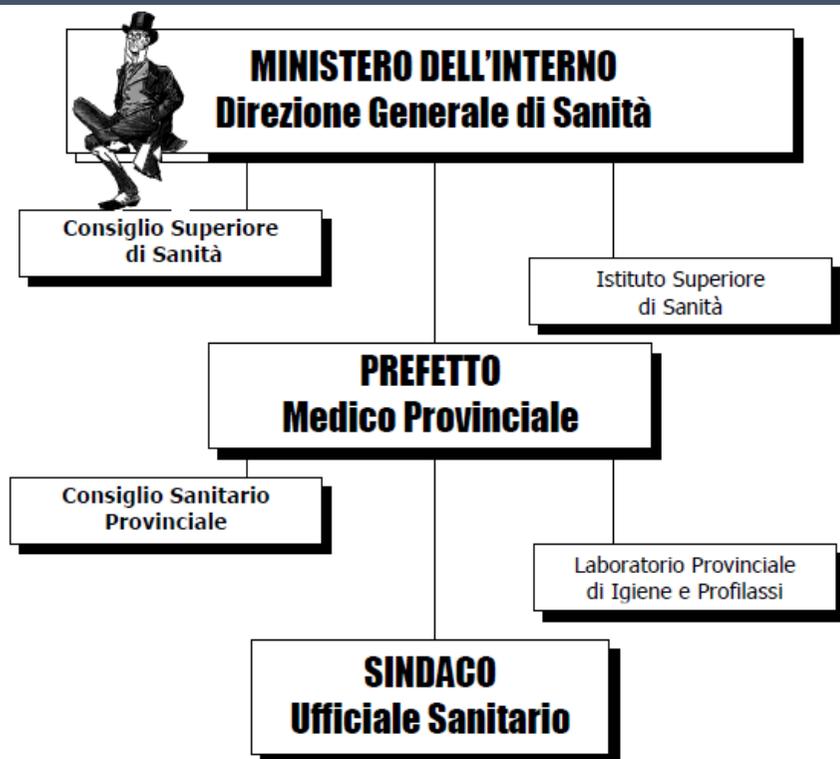
- Norme sull'assistenza medico-chirurgica, Farmaceutica, Ostetrica e Zoiotrica
- Vengono sottoposte a vigilanza le professioni sanitarie e le altre attività
- Disposizione sull'igiene del suolo e dell'abitato, sulle bevande e gli alimenti
- Esercizio della polizia mortuaria
- Misure per il controllo delle malattie infettive



# Legge 22.12.1888 n. 5849: Legge sulla tutela dell'igiene e della sanità pubblica, nota come Legge "Crispi-Pagliani"

- Riforma della Sanità e delle Opere Pie
- Sottopone al controllo e alla disciplina statale ogni ente con finalità assistenziale verso gli indigenti trasformandoli in **IPAB (Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficienza)**: lo Stato qualifica per la prima volta come attività di pubblico interesse il soccorso ai bisognosi e agli indigenti
- Ai Comuni era affidato l'onere di provvedere all'assistenza medica ed ostetrica degli **indigenti** (inclusa l'assistenza ospedaliera)
- Molti IPAB includevano assistenza OSPEDALIERA e la legge impone l'obbligo per gli ospedali di assistere le persona povere **con rimborso spese a carico del comune**. Ogni ospedale ha una propria disciplina.
- Importante perché fa emergere e disciplina l'ormai diffuso senso comune del diritto all'assistenza ospedaliera, stabilendo che i requisiti per potervi beneficiare sono costituiti e riconosciuti per legge nella **povertà del malato** e nell'urgenza del ricovero.

# Legge 22.12.1888 n. 5849: Legge sulla tutela dell'igiene e della sanità pubblica, nota come Legge "Crispi-Pagliani"



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

**CENTRALE:** Responsabilità della tutela della **Salute Pubblica** e funzioni di controllo sugli organi provinciali e comunali

**PROVINCIALE:** Funzioni soprattutto per l'attività di **vigilanza igienica e alla profilassi delle malattie trasmissibili** con personale e mezzi adeguati ai bisogni locali (ispezioni del Medico Provinciale e Ufficiale Sanitario).

**LOCALE:** L'**assistenza sanitaria ai non abbienti** era garantita dai medici condotti e dalle ostetriche condotte

# Diritto alla Salute nella Costituzione Repubblicana

## Articolo 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.*

Ingresso, nelle costituzioni contemporanee, alla **salute come oggetto di specifica tutela** mentre fino a quel momento ci si era limitati alla previsione di un obbligo di organizzare un unitario sistema assicurativo a salvaguardia della salute, considerata in stretta correlazione con la qualità di lavoratore, quando non a una generica affermazione del diritto o alla considerazione della salute come mero problema di ordine pubblico.

*Nelle costituzioni coeve - ad es. L. fondamentale tedesca del 1949 o Costituzione francese del 1958 – non c'è riferimento alla salute. Solo con la Carta Sociale europea del 1961 (art. 11) e con le Costituzioni democratiche degli anni '70 (Grecia 1975, Portogallo 1976 e Spagna 1978) il riconoscimento del diritto alla salute viene generalizzato.*

# L'Assistenza demandata alle Casse Mutue .1

- Prima della istituzione del SSN il sistema sanitario era affidato ad una serie di enti mutualistici (cosiddette “casse mutue”)
- La tutela della salute era strettamente connessa allo status di “lavoratore” (e, in quanto tale, di iscritto ad un determinato Ente mutualistico) e non di cittadinanza
- Assicurazione obbligatoria contro le malattie a favore della popolazione che non fruisce dell'assistenza pubblica per varie categorie di lavoratori, gestita da apposti enti pubblici (enti mutualistici) vigilati dal Ministero del lavoro (INAM per dipendenti privati, ENPAS dip. Statali, Casse mutue di coltivatori diretti, artigiani e commercianti)
- Pagamento contributi (in parte a carico dei datori di lavoro)
- Assistenza medica generica, pediatrica e specialistica domiciliare agli assicurati e loro familiari attraverso professionisti convenzionati, ambulatori propri, rimborso spese per ricoveri (cd. rette di degenza), assistenza farmaceutica

## L'Assistenza demandata alle Casse Mutue .2

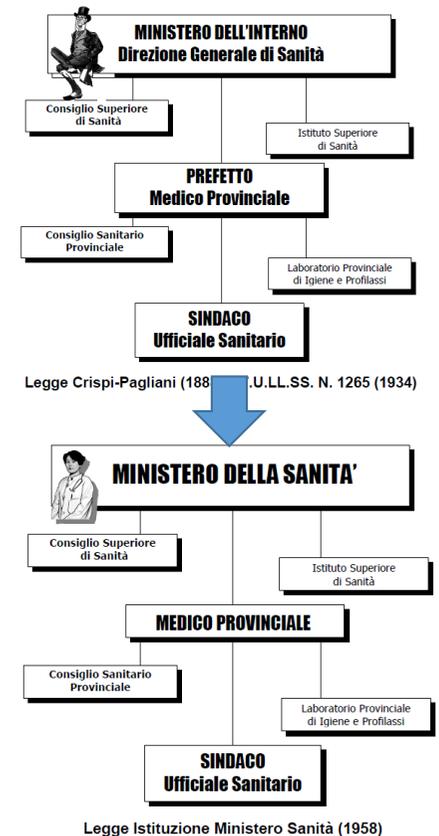
### Fonti:

- con regio decreto 6 luglio 1933 n. 1033, viene istituito l'Istituto nazionale per le assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro (Inail)
- con regio decreto 4 ottobre 1935 n. 1825 l'Istituto nazionale della previdenza sociale (Inps)
- con legge 19 gennaio 1942 n. 22 l'Ente nazionale di previdenza ed assistenza per i dipendenti statali (Enpas)
- con legge 11 gennaio 1943 n. 138 l'Istituto nazionale di assicurazione contro le malattie (Inam)

Si dà vita ad un sistema di [assicurazione per categorie](#) che garantiva l'assistenza sanitaria ai soli soggetti iscritti (in sostanziale antitesi con il principio di universalità della prestazione posto alla base del SSN), con [inevitabili disuguaglianze di trattamento](#), correlate all'appartenenza dell'assistito ad Enti mutualistici più o meno "ricchi" e, quindi, in grado di erogare servizi qualitativamente e quantitativamente migliori.

# Istituzione del Ministero della Sanità legge 13 marzo 1958, n. 296

- legge 13 marzo 1958, n. 296, fu istituito il **Ministero della Sanità**, con l'esigenza di dare piena attuazione al dettato della Costituzione - art.32.
- Il Ministero è coadiuvato nelle proprie funzioni a **livello centrale** da:
  - Consiglio superiore di sanità (di carattere consultivo) **esprime pareri e proposte in merito ai vari ambiti relativi alla tutela e al miglioramento delle condizioni di salute della popolazione**
  - Istituto superiore di sanità (di carattere tecnico-scientifico) **svolge funzioni di ricerca, sperimentazione, controllo e formazione per quanto concerne la salute pubblica**



# Ulteriori tappe importanti

## **Legge 12 febbraio 1968, n. 132 (cd. Legge Mariotti)**

“pubblicizza” gli ospedali; [crea l'ente ospedaliero](#), persona giuridica pubblica che provvede “al ricovero ed alla cura degli infermi”, a cui sono ricondotte, per trasformazione, le IPAB e gli altri enti pubblici operanti esclusivamente nell'ambito dell'assistenza ospedaliera.

Gli enti ospedalieri hanno l'obbligo di ricoverare senza particolare convenzione o richiesta di documentazione, i cittadini italiani e stranieri che necessitano di urgenti cure ospedaliere per qualsiasi malattia, per infortunio o maternità, siano o meno assistiti da enti mutualistici ed assicurativi o da altri enti pubblici e privati. Sulla necessità del ricovero decide il medico di guardia. Gli accertamenti in ordine alla attribuzione delle spese per l'assistenza sono successivi al ricovero.

**Legge 386/1974:** [Estinzione degli Enti Mutualistici \(e relativo debito verso gli enti ospedalieri\) con trasferimento dei compiti in materia di assistenza sanitaria alle Regioni](#). Le competenze rimaste allo Stato erano di carattere residuale (quadro normativo caratterizzato dalla [territorializzazione](#) delle funzioni sanitarie).

**DPR 616/1977:** [completò il trasferimento alle Regioni](#) delle materie indicate nell'articolo 117 della Costituzione, [precisando le attribuzioni specifiche riconducibili al concetto di assistenza sanitaria e ospedaliera](#)

# Crisi del sistema mutualistico

## Situazione:

- sistema frammentato, disorganico
- molteplicità di soggetti operanti con modalità/motivazioni eterogenee incapace di assicurare parità di trattamento
- tutela della salute dei cittadini destinatari di prestazioni differenziate a seconda dell'ente mutualistico di appartenenza e delle metodiche/prassi di cura dei soggetti erogatori
- **Attenzione prevalente ed esclusiva al momento della DIAGNOSI E DELLA CURA:** gli enti mutualistici si occupavano solo delle condizioni di malattia denunciate dai contribuenti e nessuna attenzione era data alle attività di prevenzione.

Il sistema non attua l'art. 32 Cost. (diritto alla salute)  
ma l'art. 38 Cost.: tutela assicurativo-previdenziale dei lavoratori per il caso di malattia

# Il Servizio Sanitario Nazionale

## Legge 23 dic. 1978 n.833

Art. 1 legge 833:

“la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività mediante il Servizio Sanitario Nazionale”

“E’ costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzioni di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l’eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio”

**Legge 23 dicembre 1978, n. 833**

*"Istituzione del servizio sanitario nazionale"*

*(Pubblicata in G. U. 28 dicembre 1978, n. 360, S.O.)*

<b>TITOLO I</b>	<b>Artt.</b>
Il Servizio sanitario nazionale:	
<u>Capo I</u> - Principi ed obiettivi	1 - 2
<u>Capo II</u> - Competenze e strutture	3 - 18
<u>Capo III</u> - Prestazioni e funzioni	19 - 46
<u>Capo IV</u> - Personale	47 - 48
<u>Capo V</u> - Controlli, contabilità e finanziamento	49 - 52

<b>TITOLO II</b>	
Procedure di programmazione e di attuazione del Servizio sanitario nazionale	53 - 63

<b>TITOLO III</b>	
Norme transitorie e finali	64 - 83

# Il Servizio Sanitario Nazionale

## Principi:

### **Universalità**

un servizio offerto a tutta la popolazione senza distinzioni individuali o sociali, senza più la disparità di trattamento del sistema mutualistico

### **Uguaglianza**

l'accesso alle prestazioni è fatto secondo modalità che assicurino effettivamente l'uguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio (equità ed uniformità del sistema)

### **Globalità della copertura assistenziale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione**

non ci si limita ad erogare assistenza sanitaria, ma si assicura l'esercizio di tutti i compiti e funzioni strumentali al benessere psico-fisico della persona (funzioni non erogative ma autoritative- regolative concernenti l'igiene e la sanità pubblica, la sicurezza sul lavoro, la tutela dagli inquinamenti, ecc.)

*Attua in modo pieno ed organico il diritto costituzionale alla salute*

# Il Servizio Sanitario Nazionale

## Livelli di Governo

*«L'attuazione del SSN compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini» (art. 1, c. 3)*

**Comune (o di associazione intercomunale):** vengono concentrate la generalità dei **compiti operativi del SSN** (erogazione delle prestazioni): «sono attribuite ai comuni tutte le funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera che non siano espressamente riservate allo Stato ed alle regioni» (art. 13, c. 1)

**Regioni: non hanno la responsabilità gestionale** della dell'assistenza sanitaria («determinano gli ambiti territoriali delle Usl, che debbono coincidere con gli ambiti territoriali di gestione dei servizi sociali» (art. 11, c. 5). autonomia esecutiva, più politica che finanziaria, dispongono dell'applicazione delle direttive imposte dal PSN e alla gestione di alcune aree di competenza regionale (PSR)

**Stato:** attraverso il Piano Sanitario Nazionale approvato dal Parlamento, definisce degli obiettivi generali da raggiungere per la salute pubblica, l'importo del fondo sanitario, il metodo di ripartizione di tale fondo.

Spetta al ministero della sanità definire i criteri generali per l'erogazione dei servizi, le linee guida per la formazione e l'aggiornamento di medici, infermieri e tecnici, nonché i sistemi di controllo e verifica dei risultati raggiunti.

# Il Servizio Sanitario Nazionale

## Strumento Operativo: Unità Sanitarie Locali .1

### *Art. 10 L'organizzazione territoriale:*

“alla gestione della salute si provvede su tutto il territorio Nazionale mediante una rete completa di USL. *l'unità sanitaria locale è il **complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane i quali in un ambito territoriale determinato assolvono ai compiti del servizio sanitario nazionale...***” **Prive di personalità giuridica propria**

*Art. 14 “l'ambito territoriale di attività di ciascuna attività sanitaria locale è delimitato in base a gruppi di popolazione di regola compresi tra 50.000 e 200.000 abitanti, tenuto conto delle caratteristiche geomorfologiche e socio-economiche della zona”*

- Sono istituite dalle Regioni
- Sono strutture operative dei comuni singoli o associati o delle comunità montane (art. 15, c. 1) alle quali viene affidata la produzione e l'erogazione dei servizi di assistenza sanitaria;
- L'Usl ha autonomia amministrativa e gestionale sotto la vigilanza dei Comuni dei cui bilanci, quelli dell'Usl costituiscono parte integrante

# Il Servizio Sanitario Nazionale

## Strumento Operativo: Unità Sanitarie Locali .2

Presso l'Usl viene concentrato il complesso dei presidi ed uffici e dei servizi destinati ad assolvere i compiti del SSN, ivi compresi gli ospedali (che perdono la natura di enti pubblici regionali loro attribuita dalla l.n. 132/1968 e divengono mere strutture dell'Usl); l'Usl può anche avvalersi, mediante convenzione, di prestazioni di soggetti esterni.

L'Usl non è "governata" da organi tecnici, ma politici (rappresentanza indiretta del corpo elettorale locale) per assicurarne il raccordo col Comune (singolo o associato o la comunità montana)

### Organi delle USL:

- Assemblea generale: ha funzioni di indirizzo è costituita dal consiglio comunale per le Usl mono o infracomunali o dai rappresentanti dei comuni associati
- Comitato di gestione: (eletto con voto limitato dall'assemblea generale) che nomina il proprio presidente
- Collegio dei revisori: istituito con l'art. 13 della l. n. 181 del 1982: vigila sulla gestione amministrativa e contabile

# Il Servizio Sanitario Nazionale

## Pianificazione e Programmazione .1

### I sistema della pianificazione

Viene adottato il metodo della **programmazione dei servizi** articolato su un Piano Sanitario Nazionale, da attuarsi attraverso Piani Sanitari Regionali con i quali periodicamente stabilire le priorità, gli indirizzi e le modalità di svolgimento delle attività.

- **PSN:** di competenza del Governo Centrale e durata triennale. In conformità con le disponibilità di risorse previste nell'ambito del programmazione socio-economica nazionale, stabiliva linee di indirizzo generali indicando gli obiettivi da realizzare e fissando i livelli uniformi di assistenza da garantire a tutti i cittadini, linee guida per contenuti obbligatori dei Piani sanitari regionali, obiettivi e modalità attivazione distretti sanitari di base, definizione standard ospedalieri, ...
- **PSR:** uniformandosi al PSN stabiliva gli indirizzi di riferimento per la gestione delle Unità Sanitarie Locali

# Il Servizio Sanitario Nazionale

## Pianificazione e Programmazione .2

### I sistema della pianificazione

Importante innovazione introdotta dalla L. 833/1978 fu lo strumento della Programmazione Sanitaria ai fini del controllo dell'impiego delle risorse e della razionalizzazione della Spesa Sanitaria

- Venne istituito il **Fondo sanitario nazionale** destinato al finanziamento del SSN da ripartire su tutte le Regioni sulla base delle indicazioni del PSN e PSR
- Il finanziamento del SSN avviene attraverso la **fiscalità generale**
- Patti per la salute dopo la riforma del titolo V

# Il Servizio Sanitario Nazionale

## Criticità:

- Ambiguità organizzativa dell'Usl, debolezza del ruolo di indirizzo e controllo dei Comuni: porta ad una marcata separazione tra Usl e comuni stessi
- Le Usl divengono poteri locali autonomi, **sostanzialmente irresponsabili dei risultati di gestione, rispetto ai comuni**: sindaci e giunte comunali spesso non svolgono un ruolo determinante nell'elezione dei comitati di gestione nei quali l'elettorato attivo dei consiglieri comunali è condizionata dalla regia partitica (politicizzazione degli organi di governo dell'Usl)
- Mancano sistemi di controllo e valutazione efficaci
- Diffusa inefficienza gestionale dell'Usl (che talora degenera in malcostume e corruzione)

La legge 833 si rivela ben presto un progetto troppo ambizioso con obiettivi non proporzionati: l'estensione illimitata ed indiscriminata delle prestazioni in assenza di alcun limite o criterio operativo si dimostra finanziariamente insostenibile.

# Il Servizio Sanitario Nazionale

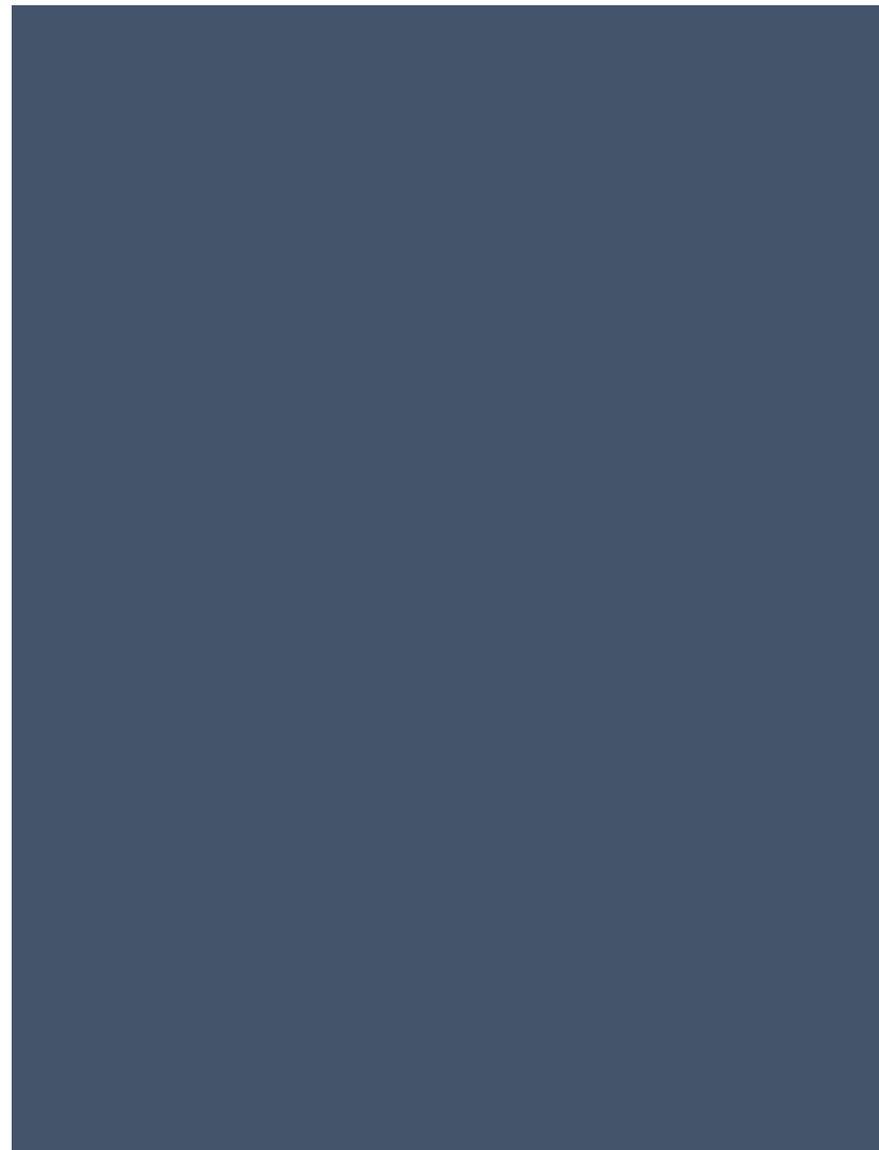
## Criticità e Conseguenze:

- **Mancanza di una vera e propria cultura della Programmazione:** il primo PSN avrebbe dovuto essere approvato nel 1979 e invece venne emanato nel 1993 incrinando il processo di programmazione e creando notevoli difficoltà nella determinazione della spesa sanitaria (improprio collegamento tra le attività di programmazione delle attività sanitarie e sistema di finanziamento delle stesse).
- **Mancato rispetto del bilancio (risorse assegnate):** perverso meccanismo di finanziamento a “pié di lista” delle USL che consentiva il ripianamento sistematico dei bilanci delle USL. Se si superava la spesa prevista comunque si finanziavano tutti gli interventi sanitari dichiarati con conseguente e incontrollata crescita della spesa sanitaria

### **Si susseguono interventi legislativi correttivi/integrativi:**

- **Compartecipazione degli utenti ai costi del servizio (tickets):** art. 2 l. N. 484/78 per la farmaceutica e art. 12 l. N. 181/82 per la diagnostica strumentale di laboratorio
- Aumento dei contributi sanitari da parte dei lavoratori
- Limitazione delle prestazioni erogabili a carico del SSN
- Apposizione di tetti/blocchi all’offerta di servizio dell’Usl: blocco assunzioni, riduzione posti letto...

Sviluppo del servizio  
assistenziale in Italia  
Seconda Riforma del Sistema  
Sanitario



# Il Servizio Sanitario Nazionale

D.L.vo 502/1992 :

- Universalismo delle garanzie e approfondisce gli aspetti di gestione e di organizzazione
- Governo della Spesa
- Superare le maggiori disfunzioni organizzative (gestione politico-rappresentativa): migliorare funzionalità ed efficienza del sistema;

## Elementi Innovativi:

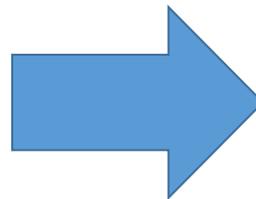
- Livelli Essenziali di Assistenza
- Aziendalizzazione
- Decentramento delle autonomie e delle responsabilità
- Integrazione dei servizi
- Sistema di finanziamento
- Accredimento

# Il Servizio Sanitario Nazionale

D.L.vo 502/1992 :

**Aziendalizzazione delle strutture di produzione ed erogazione dei servizi sanitari** (le USL diventano ASL; aziendalizzazione di ospedali di rilievo nazionale - ASO)

**ENTE PRIVO DI PERSONALITA' GIURIDICA, STRUMENTALE DELLA REGIONE AL QUALE COMPETE** Per l'organizzazione finanziaria e gestionale delle prestazioni sanitarie



**ENTE DOTATO DI PERSONALITA' GIURIDICA**  
Con una propria autonomia a carattere sia imprenditoriale che gestionale-organizzativo

# Il Servizio Sanitario Nazionale

D.L.vo 502/1992 :

- Istituite le Aziende USL e le Aziende ospedaliere (AO)
- Direttore generale coadiuvato da direttore sanitario e direttore amministrativo
- Assistenti e Aiuti divengono Dirigenti di I livello
- Dirigenti di II livello con nomine per 5 anni
- Accreditamento
- Pagamento per prestazione (DRG)
- Specializzazione obbligatoria

# Livelli Essenziali di Assistenza

## PSN 1998-2000 e nel D.Lgs. 229/1999

### **Cosa sono:**

l'insieme delle prestazioni e dei servizi che il SSN si impegna a garantire a tutta la popolazione in condizioni di uniformità con le risorse pubbliche a disposizione

### **Caratteristiche:**

- livelli *essenziali*, in quanto necessari ed appropriati non minimi, anche se sono ammessi "ulteriori"
- livelli *uniformi* nelle garanzie, non nelle modalità di erogazione, ossia da fornire a tutti i cittadini senza differenze di reddito, posizioni geografiche, religione, etnia, sesso o altro

# Livelli Essenziali di Assistenza

Art. 1. d. gs. 502/92: Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza a seguito dell'entrata in vigore del d. lgs. 229/99

1. Il Servizio Sanitario Nazionale assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche individuate ai sensi del comma 3 e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n.833, **i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale:**

- nel rispetto dei principi della dignita' della persona umana
- del bisogno di salute
- dell'equita' nell'accesso all'assistenza
- della qualita' delle cure
- della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze
- nonche' dell'economicita' nell'impiego delle risorse

## Livelli Essenziali di Assistenza

Art. 1. d. gs. 502/92: Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza a seguito dell'entrata in vigore del d. lgs. 229/99

2. L'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale, per il periodo di validità del Piano sanitario nazionale, è effettuata **contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie** destinate al Servizio sanitario nazionale.... Le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal Servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente.

**Contestualmente ma non subordinatamente:** c'è un equilibrio tra diritto alla salute ed esigenze finanziarie

# Livelli Essenziali di Assistenza

## Il diritto alla Salute è finanziariamente condizionato?

« la tutela del diritto alla salute non può non subire i condizionamenti che lo stesso legislatore incontra nel distribuire le risorse finanziarie delle quali dispone»

con la precisazione che:

«le esigenze della finanza pubblica non possono assumere, nel bilanciamento del legislatore, un peso talmente preponderante da comprimere il **nucleo irriducibile del diritto alla salute** protetto dalla costituzione come ambito inviolabile della dignità umana»

Corte Costituzionale sent.n. 309 del 1999; nello stesso senso, sentenze n. 267 del 1998, n. 416 del 1995, n. 304 e n. 218 del 1994, n. 247 del 1992 e n. 455 del 1990

# Livelli Essenziali di Assistenza

## Riforma del Titolo V della Costituzione: Governo Condiviso del Sistema

“nelle materie di legislazione concorrente spetta alle regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservati alla legislazione dello Stato”

Attraverso la conclusione di accordi (ai sensi dell'art. 4 del d.lgs. 281/1997) ed intese (ai sensi dell'art. 8 l. 131/2003) in Conferenza Stato - Regioni anzitutto per:

- Gestire (fuori dal Piano Sanitario Nazionale) la definizione dei Lea con apposito DCPM d'intesa tra Stato e Regioni;
- Determinare in modo pattizio il fabbisogno finanziario del SSN (patti per la salute);
- Introdurre una disciplina “emergenziale” per le regioni non in grado di governare i disavanzi del SSR/l'erogazione effettiva dei LEA

# Livelli Essenziali di Assistenza:

## Sintesi

- La determinazione dei livelli di assistenza spetta allo stato
- Possono essere definiti tenendo conto della programmazione socio economica nazionale e degli obiettivi di tutela della salute
- Devono essere coerenti con il finanziamento del SSN
- Esigenza di garantire ai cittadini un trattamento sanitario certo, definito uniforme
- Definire in maniera univoca quali attività sono finanziabili dal Fondo Sanitario Nazionale
- Garantire alle Regioni la certezza del finanziamento

# Livelli Essenziali di Assistenza:

## Principi Generali: DPCM 29 novembre 2001

“I LEA includono tipologie di assistenza, servizi e prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, individuale o collettiva, a fronte delle risorse impiegate”.

“I LEA escludono tipologie di assistenza, servizi e prestazioni sanitarie che:

- **Pertinenza** non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del SSN;
- **Efficacia e appropriatezza** non soddisfano il principio dell'efficacia e della appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;
- **Economicità** non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze”

# Livelli Essenziali di Assistenza:

## Principi Generali: DPCM 29 novembre 2001

- **Una Quasi lista positiva:**
  - articolazione dei **tre macro-livelli di assistenza** (prevenzione, ospedale, territorio) in **sotto-livelli**, con uno sforzo di specificazione soprattutto per la parte territoriale (*allegato 1A*)
  - ricognizione della normativa vigente e indicazione, per ogni LEA, delle prestazioni erogabili, indicando se sono disponibili l'elenco delle prestazioni e parametri delle strutture di offerta (*allegato 1B*)
  - area dell'integrazione socio-sanitaria (*allegato 1C*)
- **Due liste negative:**
  - prestazioni totalmente escluse dai LEA (*allegato 2A*)
  - prestazioni incluse nei LEA solo in presenza di specifiche indicazioni cliniche (*allegato 2B*)
- **L'appropriatezza nell'erogazione:**
  - prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo tendenzialmente inappropriato (*allegato 2 C*)

# Livelli Essenziali di Assistenza

DPCM 12.01.2017

Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza

## Art. 1

Il SSN assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche e in coerenza con i principi e i criteri indicati dalla legge 833 del 1978 e del D.lgs. 502 del 1992 e modificazioni, i seguenti livelli essenziali di assistenza:

- a) Prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- b) Assistenza distrettuale
- c) Assistenza ospedaliera.

I LEA si articolano in attività, servizi e prestazioni individuati dal presente decreto e dagli allegati che ne costituiscono parte integrante.

# Livelli Essenziali di Assistenza

DPCM 12.01.2017

Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza

Il decreto è suddiviso in VI Capi, con 64 articoli, in particolare:

- Capo I (art. 1) - Identifica i 3 LEA, articolati in attività, servizi e prestazioni;
- Capo II (art. 2) - Prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- Capo III (artt. 3-20) - Assistenza distrettuale;
- Capo IV (artt. 21-35) - Assistenza sociosanitaria;
- Capo V (artt. 36-49) - Assistenza ospedaliera;
- Capo VI (artt. 50-64) - Assistenza specifica a particolari categorie.
- 12 allegati (nn. 1, 2, 3, 4, 4A, 4B, 4C, 4D, 5, 6A, 6B, 7, 8, 8BIS, 9, 10, 11, 12) che ne costituiscono parte integrante

# Livelli Essenziali di Assistenza

DPCM 12.01.2017

## Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza

Allegato 1 - Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica

Allegato 2 - Ausili monouso

Allegato 3 - Presidi per persone con Diabete e Malattie rare

Allegato 4 - Specialistica Ambulatoriale

Allegato 4A - Fattori di rischio per erogazione prestazioni di densitometria ossea

Allegato 4B - Condizioni erogazione chirurgia refrattiva

Allegato 4C - Criteri definizione erogabilità prestazioni odontoiatriche

Allegato 4D - Elenco note e corrispondenti condizioni erogabilità/indicazioni appropriatezza prescrittiva

Allegato 5 – Assistenza Protesica-1 Ausili su misura; 2A ausili di serie; 2B ausili di serie pronti per l'uso;

# Livelli Essenziali di Assistenza

DPCM 12.01.2017

## Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza

Allegato 6A - DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria

Allegato 6B - Prestazioni ad alto rischio non appropriatezza regime day surgery

Allegato 7 - Elenco malattie rare esentati dal ticket

Allegato 8 - Malattie croniche e invalidanti esenti da ticket e pacchetti prestazionali nuovo nomenclatore Allegato 8BIS – Malattie croniche e invalidanti e pacchetti prestazionali vecchio nomenclatore

Allegato 9 - Assistenza termale

Allegato 10A - Prestazioni specialistiche tutela della maternità escluse da ticket

Allegato 10B - Prestazioni specialistiche controllo gravidanza fisiologica escluse da ticket

Allegato 10C - Prestazioni specialistiche diagnosi prenatale invasiva per rischio fetale escluse da ticket

Allegato 11 - Intesa su modalità di erogazione di assistenza protesica e dispositivi medici monouso

Allegato 12 - Modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica

# Livelli Essenziali di Assistenza

## Capo II: Prevenzione collettiva e sanità pubblica

Art. 2 Non più “*Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro*”; per evidenziare:

- la missione del livello, tutelare la **salute della collettività** da rischi infettivi, ambientali, legati alle condizioni di lavoro, correlati agli stili di vita
- il **principio di prevenzione**, secondo il quale i servizi privilegiano gli interventi volti ad **evitare l’insorgenza delle malattie nella collettività**, affiancando sinergicamente gli interventi di prevenzione individuale o clinica attuati in tutti gli altri livelli di assistenza e in particolare dai medici e dai pediatri di base.

# Livelli Essenziali di Assistenza

## Capo II: Prevenzione collettiva e sanità pubblica

Il livello si articola in 7 aree di intervento che includono programmi/attività volti a perseguire specifici obiettivi di salute:

1. Sorveglianza, prevenzione e controllo delle **malattie infettive e parassitarie**, inclusi i **programmi vaccinali**;
2. Tutela della salute e della **sicurezza degli ambienti** aperti e confinati (erogati in forma integrata tra Ssn e Agenzie per la protezione dell'ambiente);
3. Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e **sicurezza nei luoghi di lavoro**;
4. Salute animale e igiene urbana **veterinaria**
5. **Sicurezza alimentare** – Tutela della salute dei consumatori
6. Sorveglianza e **prevenzione delle malattie croniche**, inclusi la promozione di **stili di vita sani** ed i programmi organizzati di **screening**; sorveglianza e prevenzione nutrizionale
7. **Attività medico legali** per finalità pubbliche

# Livelli Essenziali di Assistenza

## Capo III: Assistenza distrettuale

Art. 3 - Il livello si articola in 9 aree di attività:

1. **assistenza sanitaria di base**, continuità assistenziale, assistenza ai turisti;
2. **emergenza sanitaria territoriale**;
3. **assistenza farmaceutica** erogata attraverso le farmacie convenzionate, servizi territoriali, servizi ospedalieri;
4. **assistenza integrativa**: erogazione di dispositivi medici monouso, di presidi per diabetici, di prodotti destinati ad un'alimentazione particolare;
5. **assistenza specialistica ambulatoriale**;
6. **assistenza protesica**;
7. **assistenza termale**;
8. **Assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale**;
9. **Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale.**

# Livelli Essenziali di Assistenza

## Capo III: Assistenza distrettuale Artt. 4-9

### **Assistenza sanitaria di base, continuità assistenziale, assistenza ai turisti**

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

### **Emergenza sanitaria territoriale**

Il SSN garantisce, in situazioni di emergenza urgenza in ambito territoriale, interventi sanitari tempestivi e finalizzati alla stabilizzazione del paziente, assicurando il trasporto in condizioni di sicurezza al presidio ospedaliero più appropriato. Il coordinamento e la gestione dell'attività di emergenza territoriale sono effettuati dalle Centrali operative 118 nell'arco delle 24 ore.

### **Assistenza farmaceutica**

Il SSN garantisce tramite le farmacie convenzionate la fornitura dei farmaci di classe a); Garantisce i farmaci per il periodo immediatamente successivo alla dimissione ospedaliera o visita specialistica, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo; L'assistenza farmaceutica può essere erogata tramite le farmacie territoriali delle Asl e delle AO ai sensi della legge n. 405/2001 (prima non riportata dal dPCM 2001). Sono specificate le garanzie in materia di medicinali "generici" e di farmaci innovativi.

# Livelli Essenziali di Assistenza

## Cure Domiciliari e Cure Palliative Domiciliari

Il 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. La ASL assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio.

Le cure domiciliari si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, come previsto dal DPCM 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio-sanitaria"

Il bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di VMD che consentano la presa in carico della persona e la definizione del Piano di assistenza individuale (PAI) integrato

**Il SSN garantisce le CP domiciliari di cui alla legge n. 38/2010 nell'ambito della rete locale di CP a favore delle persone affette ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o se esistono sono inadeguate o inefficaci per la stabilizzazione della malattia o un prolungamento significativo della vita**

# Livelli Essenziali di Assistenza

## Capo V: Assistenza Ospedaliera

### **Attività che costituiscono il livello:**

- 1. Pronto soccorso** (richiamano le indicazioni sull'attività di triage per la codifica di gravità dei casi e la definizione della priorità di intervento).
- 2. Ricovero ordinario per acuti** (con uno specifico richiamo all'assistenza al neonato sano; allo screening per la sordità, cataratta congenite e malattie metaboliche ereditarie; alle procedure analgesiche nel corso del travaglio e del parto naturale in strutture individuate dalle regioni; si assume la lista di DRG ad elevato rischio di inappropriata allegata al Patto per la salute 2010-2012 (allegato 6)).
- 3. Day surgery** Si definisce il DS e i criteri generali per il ricorso a questo regime di erogazione delle prestazioni. Si individua una lista di prestazioni eseguibili in ambulatorio e ad alto rischio di inappropriata in DS (Allegato 6A).
4. Day hospital
5. Riabilitazione e lungodegenza post-acuzie
6. Attività trasfusionali
7. Attività di trapianto di organi e tessuti
8. Centri antiveneni (CAV)

# Livelli Essenziali di Assistenza

## Capo V: Assistenza Ospedaliera, Appropriately Organizzativa

- A. Un aggiornamento della lista dei DRG “potenzialmente inappropriati” in regime di ricovero ordinario, che diventano 108**, con l’inclusione degli ulteriori 65 DRG già individuati dall’allegato B) al Patto per la salute 2010-2012, per i quali le Regioni dovranno fissare le percentuali di ricoveri effettuabili appropriatamente e le misure volte a disincentivare i ricoveri inappropriati
- B. Lista di 24 procedure trasferibili dal regime di ricovero diurno chirurgico (day surgery) al regime ambulatoriale**, già individuati dall’allegato A) al Patto per la salute 2010-2012, per le quali, analogamente a quanto previsto per i DRG, le Regioni dovranno individuare percentuali di ricoveri appropriate e misure disincentivanti. La logica di individuazione delle procedure da trasferire è quella del “pacchetto” che comprende, in un’unica prestazione, le procedure pre e post intervento (visite, accertamenti diagnostici, controlli, ecc.);
- C. L’esplicitazione dei criteri di appropriatezza per tutti i regimi di ricovero**

# Livelli Essenziali di Assistenza

## Prestazioni Totalmente escluse

in quanto non hanno come fine diretto la tutela della salute, o perché la loro efficacia non è sufficientemente provata in ambito scientifico o, ancora, perché il bilancio complessivo dei loro benefici in rapporto al costo risulta sfavorevole:

a) chirurgia estetica non conseguente ad incidenti, malattie o malformazioni congenite;

b) circoncisione rituale maschile;

c) medicine non convenzionali (agopuntura - fatta eccezione per le indicazioni anestesiolgiche - fitoterapia, medicina antroposofica, medicina ayurvedica, omeopatia, chiropratica, osteopatia nonché tutte le altre non espressamente citate);

d) vaccinazioni non obbligatorie in occasione di soggiorni all'estero;

e) certificazioni mediche (con esclusione di quelle richieste dalle istituzioni scolastiche ai fini della pratica non agonistica per i propri alunni, ai sensi dell'art. 31 del DPR 270/2000 e dell'art. 28 del DPR 272/2000) non rispondenti a fini di tutela della salute collettiva, anche quando richieste da disposizioni di legge (incluse le certificazioni di idoneità alla pratica di attività sportiva, agonistica e non, idoneità fisica all'impiego, idoneità al servizio civile, idoneità all'affidamento e all'adozione, rilascio patente, porto d'armi, ecc.)

f) le seguenti prestazioni di medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale: esercizio assistito in acqua, idromassoterapia, ginnastica vascolare in acqua, diatermia a onde corte e microonde, agopuntura con moxa revulsivante, ipertermia NAS, massoterapia distrettuale riflessogena, pressoterapia o presso-depressoterapia intermittente, elettroterapia antalgica, ultrasuonoterapia, trazione scheletrica, ionoforesi, laserterapia antalgica, mesoterapia, fotoforesi terapeutica, fotochemioterapia extracorporea, fotoforesi extracorporea.

# Livelli Essenziali di Assistenza

## Prestazioni Parzialmente escluse

***Prestazioni parzialmente escluse dai LEA***: prestazioni che potranno essere fornite ai cittadini solo a condizione che venga rispettato il principio dell'appropriatezza clinica e organizzativa, vale a dire:

1. Che lo stato di salute del paziente sia tale per cui quella specifica prestazione può portare un effettivo beneficio (appropriatezza clinica);
2. Che il regime di erogazione della prestazione (ricovero ordinario, day hospital, day surgery, ambulatorio) sia quello che garantisce l'uso più efficiente delle risorse in rapporto alle caratteristiche dell'intervento e alle condizioni del paziente

# Livelli Essenziali di Assistenza

## Prestazioni Parzialmente Escluse

- a) Assistenza odontoiatrica, limitatamente alle seguenti prestazioni: programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva e assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità
- b) Densitometria ossea limitatamente alle condizioni per le quali vi sono evidenze di efficacia clinica
- c) Medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale: l'erogazione delle prestazioni ricomprese nella branca è condizionata alla sussistenza di taluni presupposti (quali la presenza di quadri patologici definiti, l'età degli assistiti, un congruo intervallo di tempo rispetto alla precedente erogazione, ecc.) ovvero a specifiche modalità di erogazione (es. durata minima della prestazione, non associazione con altre prestazioni definite, ecc.), fatto salvo quanto previsto nell'elenco 1 punto f.
- d) Chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri erogabile limitatamente a casi particolari di pazienti con anisometropia grave o che non possono portare lenti a contatto o occhiali.

# Livelli Essenziali di Assistenza

## Monitoraggio, griglia LEA e rispettivi indicatori

La verifica sintetica avviene attraverso la raccolta ed elaborazione di un **set di indicatori** selezionati dal Comitato LEA con il fine di:

1. Conoscere l'erogazione dei livelli di assistenza nelle regioni
2. Evidenziare le eventuali criticità

Le soglie sono suddivise in 5 classi in funzione della distanza del valore dell'indicatore dallo standard nazionale ("valore normale") e a ciascuna classe è assegnato un punteggio.

1	VALORE NORMALE	9 punti
2	SCOSTAMENTO MINIMO	6 punti
3	SCOSTAMENTO RILEVANTE MA IN MIGLIORAMENTO	3 punti
4	SCOSTAMENTO NON ACCETTABILE	0 punti
5	DATO MANCANTE O PALESEMENTE ERRATO	- 1 punto

Livello di Assistenza	20 dimensioni	35 Indicatori	Peso
Assistenza Collettiva	6	13	5
Assistenza Distrettuale	9	14	11
Assistenza Ospedaliera	5	8	9

# Livelli Essenziali di Assistenza

## Monitoraggio, griglia LEA e rispettivi indicatori

Anno 2014

Mappa interattiva



Legenda della mappa dell'Italia

- adempiente
- adempiente con impegno su alcuni indicatori
- critica
- non sottoposta a verifica

Anno 2015

Mappa interattiva



Anno 2015:

Legenda della mappa dell'Italia

- adempiente
- adempiente con impegno su alcuni indicatori
- critica
- non sottoposta a verifica

I punteggi finali vengono poi suddivisi in 2 classi di valutazione:

<i>Valutazione</i>	<i>Intervallo del punteggio</i>
<b>Adempiente</b>	<b>≥ 160 o compreso tra 140 - 160 e nessun indicatore critico (con punteggio di valutazione &lt;3)</b>
<b>Inadempiente</b>	<b>&lt; 140 o compreso tra 140 - 160 con almeno un indicatore critico (con punteggio di valutazione &lt;3)</b>

**Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA**

*Metodologia e Risultati dell'anno 2015*

Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione Sanitaria – Ufficio VI

# Livelli Essenziali di Assistenza

## Monitoraggio, griglia LEA e rispettivi indicatori

### Screening Oncologici:

Prevenzione	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto	0,6	score $\geq 9$	score 7 - 8	score 5 - 6	score 0 - 4
-------------	--	-----	----------------	-------------	-------------	-------------

### Riduzione dell'ospedalizzazione ordinaria e aumento del day hospital:

Ospedaliero	15.1 Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1.000 residenti	1,5	$\leq 160,00$	160,01 - 170,00	$> 170,00$ e non in aumento	$> 170,00$ e in aumento
-------------	--	-----	---------------	-----------------	-----------------------------	-------------------------

### Anziani trattati in Assistenza Domiciliare Integrata:

Distrettuale anziani	8 Percentuale di anziani $\geq 65$ anni trattati in ADI	2,35	$\geq 1,88$	$\geq 1,56$ e $< 1,88$	$< 1,56$ e in aumento	$< 1,56$ e non in aumento
----------------------	---	------	-------------	------------------------	-----------------------	---------------------------

# L'aziendalizzazione

D.L.vo 502/1992:

- Qualificazione dell'Azienda ULS (ASL), con personalità giuridica ed autonomia amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica
- Rappresenta la sintesi di un principio guida per l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari finalizzato alla continua ricerca di miglioramento dell'efficienza produttiva, distributiva ed allocativa delle risorse sanitarie
- Compete il raggiungimento dei livelli di assistenza del proprio ambito territoriale
- Fra i nuovi ruoli il Direttore Generale, Sanitario, Amministrativo (Sociale) e il Controllo di gestione

# L'aziendalizzazione

## Finalità e Dimensione Economica

**Finalità economica**= azienda ricondotta al conseguimento di remunerazione

**Dimensione economica**= riconducibile allo svolgimento di attività di PRODUZIONE e CONSUMO (aspetto proprio anche della PA)

**Imprese**= il fine economico immediato è la produzione di remunerazione (monetaria e di altra specie)

**Aziende Pubbliche**=il fine economico immediato è l'appagamento dei BISOGNI PUBBLICI E DELLA COLLETTIVITA' di riferimento attraverso la produzione e il consumo di beni pubblici e alla remunerazione dei prestatori di lavoro

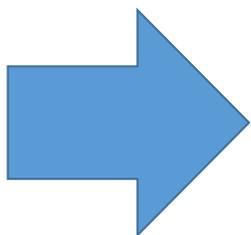
«A differenza delle imprese, la produzione e il consumo di beni è qui (nelle aziende pubbliche) FINE e NON MEZZO» (Airoldi)

# L'aziendalizzazione

## Finalità e Dimensione Economica

**Finalità economica**= azienda ricondotta al conseguimento di remunerazione

**Dimensione economica**= riconducibile allo svolgimento di attività di PRODUZIONE e CONSUMO (aspetto proprio anche della PA)



La **dimensione economica** degli istituti pubblici si sostanzia nello svolgimento di processi di produzione di beni pubblici, consumo degli stessi e raccolta dei tributi attraverso i quali finanziare l'attività svolta

# L'aziendalizzazione

## Principio di Economicità

Capacità di una organizzazione di perdurare nel tempo senza ricorrere a interventi di sostegno o copertura finanziaria da parte di terzi.

Elementi costitutivi:

- Durabilità=continuità nel tempo
- Autonomia=capacità di non dipendere da sussidi esterni

**Le organizzazioni sottoposte a tale vincolo di bilancio sono propriamente definite aziende**

**Aziendalizzazione delle strutture di produzione ed erogazione dei servizi sanitari** (le USL diventano ASL; aziendalizzazione di ospedali di rilievo nazionale - ASO)

# L'aziendalizzazione

D.L.vo 502/1992:

Art. 3 l'USL diventa «Azienda dotata di personalità giuridica pubblica, di **autonomia** organizzativa, amministrativa, **patrimoniale**, contabile, gestionale e tecnica» la cui gestione veniva affidata al Direttore Generale affiancato da Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo (e *Direttore dei Servizi Sociali e della Funzione Territoriale* )

- **Responsabilità diretta dei dirigenti** nelle funzioni svolte
- **Obbligo del *pareggio di bilancio*, della tenuta di una *contabilità economica*** (per centri di costo) che consenta un'analisi comparativa dei costi, dei rendimenti, dei risultati

# L'aziendalizzazione

D.L.vo 502/1992:

- I servizi sanitari **non sono quindi gestiti da organi politici quali i Comuni**. Il comune nella figura del Sindaco e della conferenza dei Sindaci, al fine di garantire il **coordinamento della gestione delle ASL con la programmazione locale** interviene però nella **programmazione**, nella valutazione della previsione di bilancio e nella verifica dell'andamento generale delle attività (feedback a Direttore generale e Regione) –Piano di Zona-
- Gli Ospedali non costituiti in Aziende Ospedaliere (Ospedali territoriali) rimanevano presidi ospedaliere delle ASL diretti da un dirigente medico e da un dirigente amministrativo e dotati di autonomia economica-finanziaria con contabilità separata all'interno dell'ASL.

# L'aziendalizzazione

D.L.vo 502/1992:

- Per quanto riguarda l'**organizzazione**, la nuova riforma sanitaria confermò l'articolazione delle ASL in **Distretti Sanitari di base** con l'obiettivo di realizzare un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi che erogano prestazioni sanitarie e socio-assistenziali nel territorio della ASL
- Ai Distretti venne attribuita autonomia gestionale e economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio delle ASL.

***Riduzione complessiva del numero delle USL che da 659 diventano 197 ASL e 95 ASO (uso più razionale delle risorse: aziende troppo piccole non sono economicamente vantaggiose).***

# ASL e ASO: per riassumere

## *Caratteristiche comuni*

*1. forma giuridica: Asl e Aso sono **aziende sanitarie** istituzionalmente orientate al raggiungimento di risultati non economici ma condizionate nel loro operare da processi di natura economica*

*2. Contabilità e bilancio*

*3. Organi principali (DG)*

# ASL e ASO: per riassumere

## *Caratteristiche specifiche*

### 1. Finalità

Asl – fine della soddisfazione dei bisogni di salute della popolazione, attraverso la garanzia dei livelli essenziali di assistenza scegliendo se

erogare direttamente le prestazioni

acquistare le prestazioni da altri soggetti, pubblici o privati

Aso – rispondono a specifici bisogni di salute solo erogando prestazioni specialistiche ospedaliere (funzioni relative al trattamento dei casi di acuzie e esacerbazioni acute)

# ASL e ASO: per riassumere

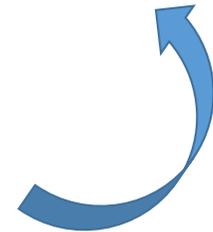
## *Caratteristiche specifiche*

### 2. Modalità di finanziamento

Asl – sono finanziate sulla base del fabbisogno di assistenza della popolazione residente, attraverso il sistema della quota capitaria (valore riconosciuto per ogni assistito determinato sulla base di coefficienti parametrici in relazione a livelli uniformi di prestazioni sanitarie sul territorio nazionale)

Aso – sono finanziate in base alle prestazioni erogate, attraverso un sistema di tariffazione delle prestazioni (DRG)

Finanziamento EX ANTE a superamento del criterio della Spesa Storica



# L'aziendalizzazione

## Elementi Organizzativi

Tutti i modelli organizzativi di base presentano alcuni elementi fondamentali:

**VERTICE STRATEGICO:** formato da persone che hanno la responsabilità dell'organizzazione (organi responsabili dei risultati complessivi dell'organizzazione e del governo economico della stessa)

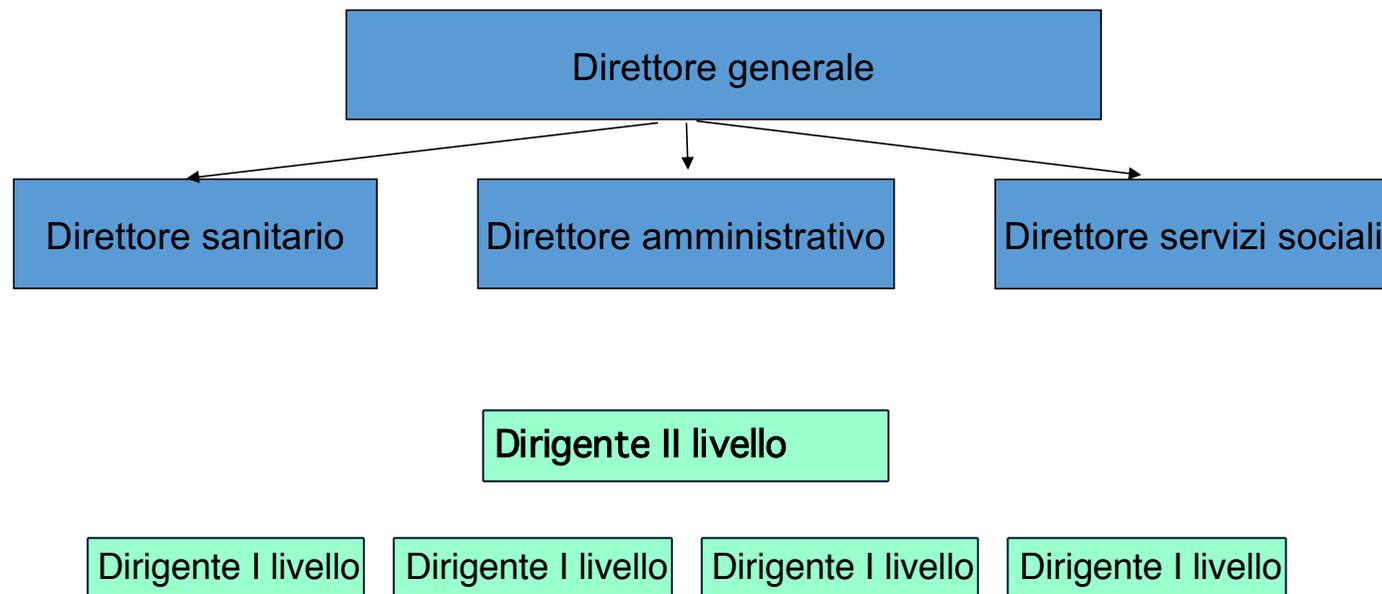
In una azienda sanitaria è rappresentato dal Direttore Generale coadiuvato dal Direttore Amministrativo e Sanitario (e Direttore dei Servizi Sociali e della Funzione Territoriale)

**LINEA INTERMEDIA:** catena di «manager» che fungono da collegamento tra i vertici strategici e il nucleo operativo traducendo in obiettivi specifici gli obiettivi generali dell'organizzazione e raccogliendo informazioni di feedback sulla performance delle rispettive unità da trasmettere ai manager di livelli superiori

Nelle aziende sanitarie è rappresentata dai responsabili di Distretto, di Dipartimento, di Presidio (es. Ospedaliero)

# L'aziendalizzazione

## Elementi Organizzativi



# L'aziendalizzazione

## Vertice Strategico

Il Direttore generale, il Direttore amministrativo, il Direttore sanitario e il Direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale costituiscono la direzione aziendale.

Presidiano, per quanto di rispettiva competenza, il governo strategico, il governo clinico ed il governo economico-finanziario.

Alla direzione aziendale spetta la responsabilità complessiva della gestione aziendale e il perseguimento della mission e degli obiettivi della stessa.

Il Direttore amministrativo, il Direttore sanitario e il Direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale coadiuvano il Direttore Generale nell'esercizio delle sue funzioni e partecipano unitamente ad esso, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'Azienda.

Sono quindi soggetti attori, unitamente al Direttore Generale, di quella funzione di programmazione, allocazione delle risorse e committenza, propria della direzione generale, che la differenzia dalla funzione di produzione affidata invece alle strutture tecnico funzionali.

# L'aziendalizzazione

## Linea Intermedia

I direttori di area assumono diretta responsabilità delle funzioni ad essi attribuite e concorrono con la formulazione di proposte e pareri, alla formazione delle decisioni della Direzione generale.

Rappresentano il collegamento tra il livello strategico ed il sistema operativo aziendale, collegando la direzione aziendale con le linee produttive.



La funzione di produzione è esercitata dalla linea produttiva (strutture, dipartimenti, unità operative) e rappresenta l'insieme delle attività finalizzate all'erogazione diretta di servizi e prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, recupero e reinserimento sociale (svolte nei diversi regimi consentiti, ivi incluse le attività svolte in regime libero-professionale intramurario).

# L'aziendalizzazione

## Elementi Organizzativi

**NUCLEO OPERATIVO:** comprende i professionisti che svolgono l'attività fondamentale («core business»), direttamente legata alla realizzazione dei prodotti e dei servizi. Trasformano gli input in output e distribuiscono gli output.

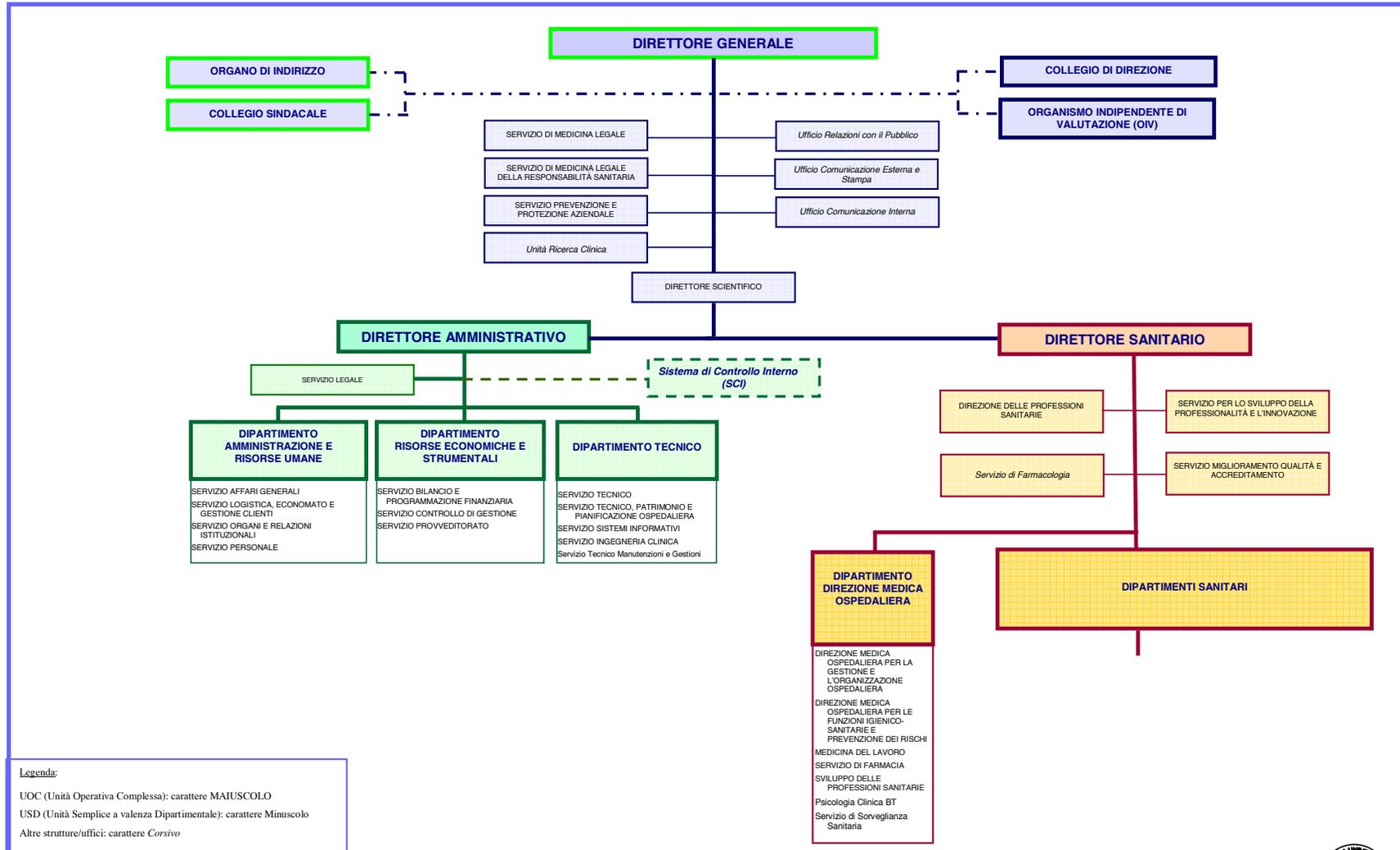
Nelle aziende comprendono gli eventuali settori in cui si articolano i distretti e i dipartimenti (Unità operative semplici e complesse)

**TECNOSTRUTTURA:** analisti che contribuiscono alla attività organizzativa rendendo il lavoro più efficace ed efficiente.

Tecnostrutture Sanitarie (es. unità organizzative per la qualità)

Tecnostrutture Amministrative: (es. Controllo di gestione)

**SERVIZI DI SUPPORTO:** attività integrative e di supporto per il «core business» (Farmacia, Amministrazione del Personale...)



**DIRETTORE SANITARIO**

**DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE DI SALUTE MENTALE (DISM)**

PSICHIATRIA  
PSICOSOMATICA E  
PSICOLOGIA MEDICA  
Psicologia Clinica BR

**DAI DI CHIRURGIA E ONCOLOGIA**

CHIRURGIA GENERALE ED EPATO-BILIARE  
BREAST UNIT  
ONCOLOGIA  
RADIOTERAPIA  
UROLOGIA  
CHIRURGIA GENERALE E DEL PANCREAS  
Chirurgia Senologica  
Chirurgia Colonrettale e Centro Stomizzati  
Chirurgia Endocrina

**DAI DI CHIRURGIA E ODONTOIATRIA**

CHIRURGIA DELLA MANO  
CHIRURGIA GENERALE E DELL'OBESITÀ  
CHIRURGIA GENERALE ED ENDOSCOPIA D'URGENZA  
CHIRURGIA GENERALE ED ESOFAGO STOMACO  
CHIRURGIA PLASTICA E CENTRO USTIONI  
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE E ODONTOIATRIA  
CHIRURGIA VASCOLARE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA A  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA B  
Endoscopia d'Urgenza  
Trapianto di Rene

**DAI CARDIO-VASCOLARE E TORACICO**

CARDIOCHIRURGIA  
CHIRURGIA TORACICA  
CARDIOLOGIA  
FIBROSI CISTICA  
PNEUMOLOGIA

**DAI MEDICO-GENERALE**

ANGIOLOGIA  
DERMATOLOGIA  
EMATOLOGIA  
ENDOCRINOLOGIA,  
DIABETOLOGIA E MALATTIE DEL METABOLISMO  
GASTROENTEROLOGIA A  
GASTROENTEROLOGIA B  
GERIATRIA A  
GERIATRIA B  
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI  
MEDICINA GENERALE E SEZIONE DECISIONE CLINICA  
MEDICINA GENERALE AD INDIRIZZO IMMUNOEMATOLOGICO ED EMOCOAGULATIVO  
MEDICINA GENERALE PER LO STUDIO E IL TRATTAMENTO DELLA MALATTIA IPERTENSIVA  
MEDICINA GENERALE E MALATTIE ATEROTROMBOTICHE E DEGENERATIVE  
NEFROLOGIA E DIALISI  
REUMATOLOGIA  
Allergologia  
Liver Unit

**DAI EMERGENZA E TERAPIE INTENSIVE**

ANESTESIA E RIANIMAZIONE A  
ANESTESIA E RIANIMAZIONE B  
CENTRALE OPERATIVA SUEM  
PRONTO SOCCORSO BT  
TERAPIA DEL DOLORE  
Anestesia e Terapia Intensiva in Chirurgia Cardiaca e Toracica  
Rianimazione e terapia intensiva polivalente

**DAI MATERNO-INFANTILE**

CHIRURGIA PEDIATRICA GENERALE E SPECIALISTICA  
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE  
ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA  
OSTETRICIA E GINECOLOGIA  
OSTETRICIA E GINECOLOGIA B  
PEDIATRIA AD INDIRIZZO CRITICO  
PEDIATRIA AD INDIRIZZO DIABETOLOGICO E MALATTIE DEL METABOLISMO  
PEDIATRIA  
Chirurgia pelvica mininvasiva  
Pediatria Specialistica ad attività integrata - Ospedale di Giorno

**DAI PATOLOGIA E DIAGNOSTICA**

ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOGICA  
FISICA SANITARIA  
IMMUNOLOGIA  
LABORATORIO ANALISI  
MEDICINA NUCLEARE  
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA  
NEURORADIOLOGIA  
RADIOLOGIA BR  
RADIOLOGIA BT  
Diagnostica Epatica e Gastroenterologica  
Biologia Molecolare dei Tessuti

**DAI DI NEUROSCIENZE**

NEUROCHIRURGIA A  
NEUROCHIRURGIA B  
NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA  
NEUROLOGIA A  
NEUROLOGIA B  
NEUORRIABILITAZIONE OCULISTICA  
OTORINOLARINGOIATRIA  
RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE  
Stroke Unit

**DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE MEDICINA TRASFUSIONALE (DINT)**

MEDICINA TRASFUSIONALE

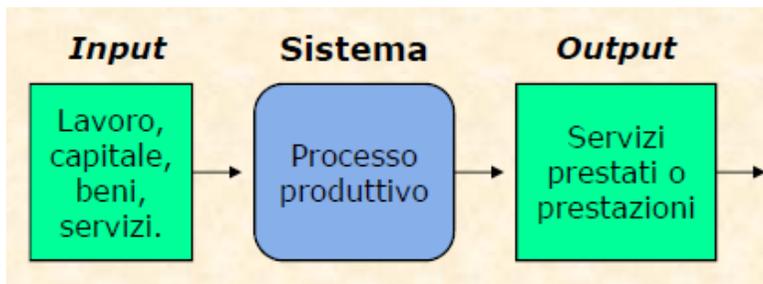
**Legenda:**

UOC (Unità Operativa Complessa): carattere MAIUSCOLO  
USD (Unità Semplice a valenza Dipartimentale): carattere Minuscolo  
Altre strutture/uffici: carattere *Corsivo*

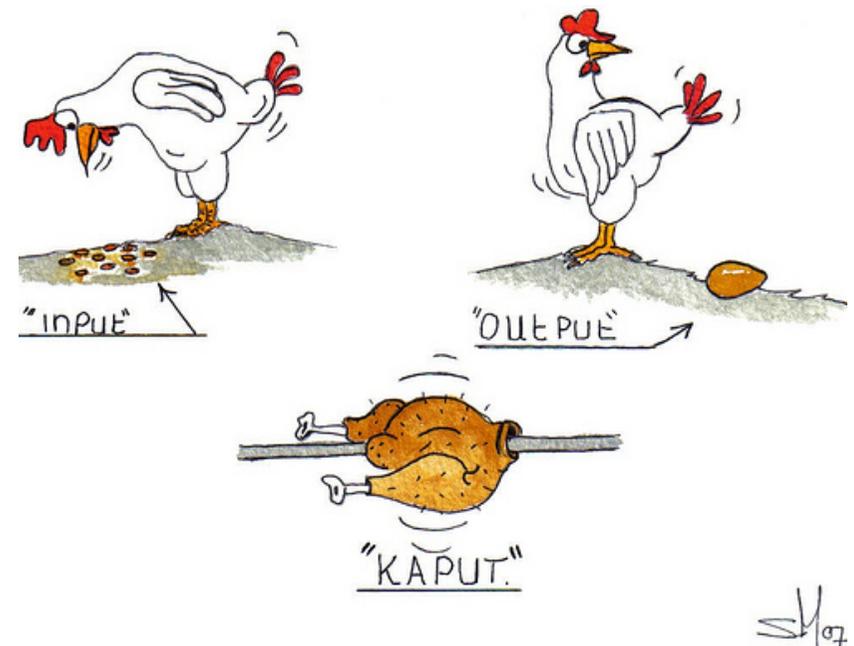
# L'aziendalizzazione

## Come produrre salute?

### Input, output e outcome (1)



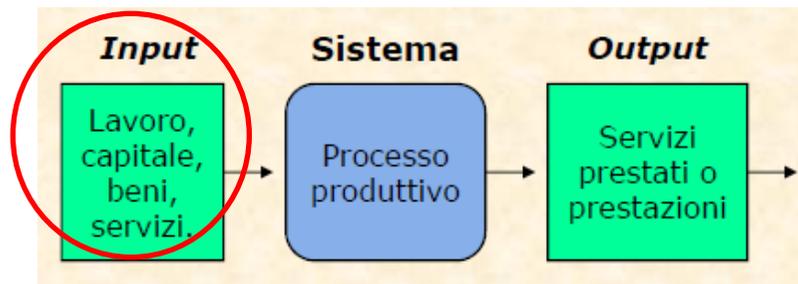
L'organizzazione è un sistema aperto verso l'esterno: in virtù dell'interazione con l'ambiente ne acquisisce degli **INPUT** e li restituisce sotto forma di **OUTPUT** a seguito del **PROCESSO DI TRASFORMAZIONE** che avviene al suo interno



# L'aziendalizzazione

## Come produrre salute?

### Input, output e outcome (2)



L'organizzazione è un sistema aperto verso l'esterno: in virtù dell'interazione con l'ambiente ne acquisisce degli **INPUT** e li restituisce sotto forma di **OUTPUT** a seguito del **PROCESSO DI TRASFORMAZIONE** che avviene al suo interno

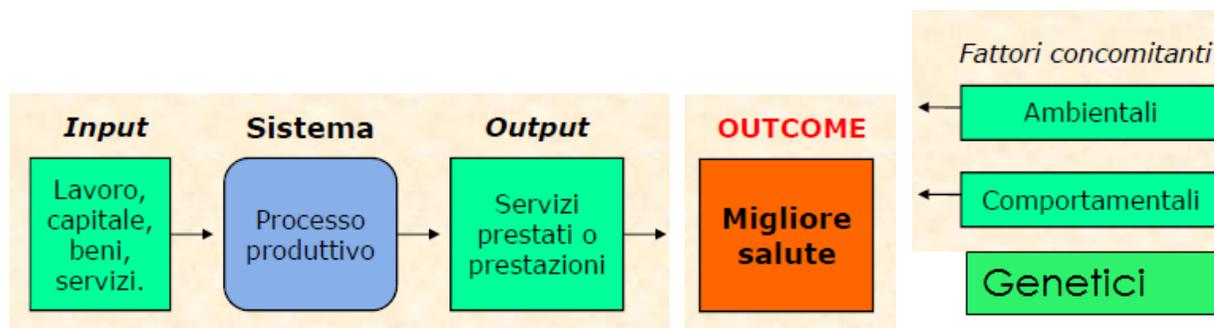
#### **INPUT: RISORSE**

- **PERSONALE** (inclusi gli aspetti psicologici quali la motivazione, le relazioni interpersonali, il livello di benessere)
- **CAPITALI**: Sociali (competenze organizzative); umani (abilità professionali), finanziari
- **TECNOLOGIE**
- **SPAZI** (infrastrutture)

# L'aziendalizzazione

## Come produrre salute?

### Input, output e outcome (3)



**INPUT:** risorse (umane, strumentali, finanziarie...) (es. sale operatorie, ferri, staff, strumentazione etc...)

**PROCESSO DI TRASFORMAZIONE:** si mettono in relazione tra loro i diversi attori e, attraverso i PROCESSI PRODUTTIVI così creati, si svolgono tutte le attività necessarie per generare gli OUTPUT (es. operazione chirurgica)

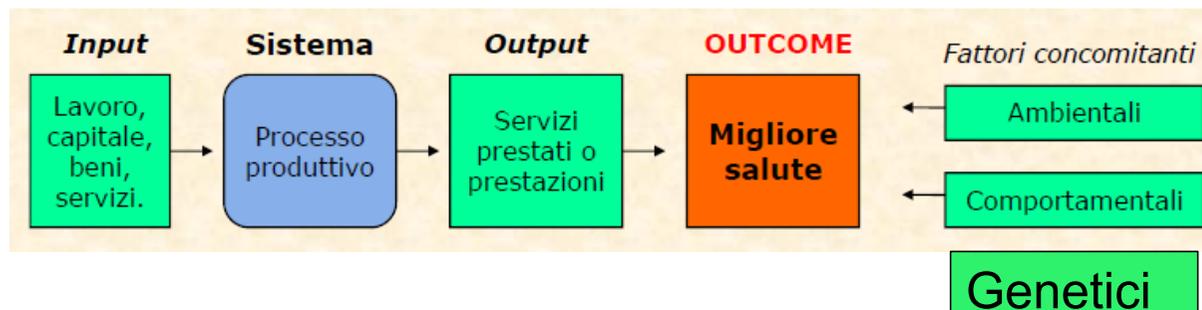
**OUTPUT:** prodotti del processo che il sistema sanitario fornisce all'esterno (es. numero degli interventi chirurgici eseguiti)

**OUTCOME:** gli output interagiscono con l'ambiente e con gli individui ai quali sono indirizzati e conducono ai risultati (intermedi e finali) (es. diminuzione della mortalità)= esito sull'individuo/popolazione della prestazione erogata

# L'aziendalizzazione

## Come produrre salute?

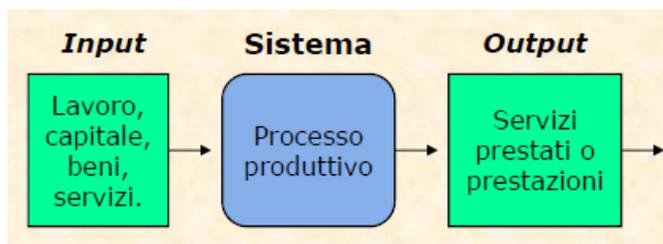
### Input, output e outcome (4)



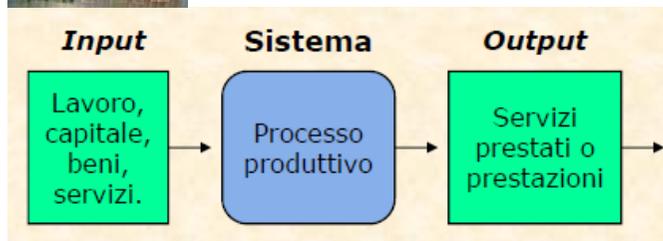
#### **FATTORI AMBIENTALI CONCOMITANTI:**

- Condizioni economiche generali
- Condizioni politiche, culturali e sociali;
- Condizioni demografiche (es. invecchiamento);
- Bisogni di salute
- Le relazioni con altre organizzazioni / istituzioni (competitività, cooperazione)

# L'aziendalizzazione Aziende Pubbliche e Imprese



**Pareggio di bilancio**



**Guadagno**

# L'aziendalizzazione

## D.L.vo 502/1992:

### **EFFICACIA**

Un'organizzazione è *efficace* quando **ha raggiunto con successo gli obiettivi prefissati**.

I giudizi di efficacia implicano quindi una valutazione ex-post del grado di raggiungimento degli obiettivi desiderati.

Tali obiettivi possono essere: il grado di soddisfazione della clientela, il livello di copertura vaccinale adeguato, etc... (INDICATORI DI PERFORMANCE)

# L'aziendalizzazione

## D.L.vo 502/1992:

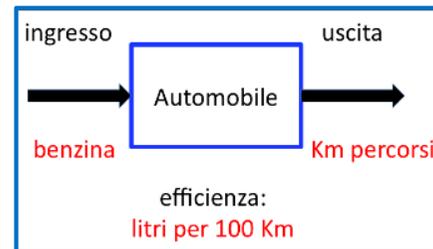
### EFFICIENZA

Un'organizzazione è **efficiente** quando **utilizza in maniera economica le risorse a propria disposizione**

I giudizi di efficienza si pongono come obiettivo l'analisi delle alternative che producono il massimo rapporto tra mezzi impiegati (input) e risultati ottenuti (output).

Distinguiamo: e. **produttiva (tecnica)** e **allocativa (gestionale)**.

$$\text{EFFICIENZA} = \frac{\text{OUTPUT}}{\text{INPUT}}$$

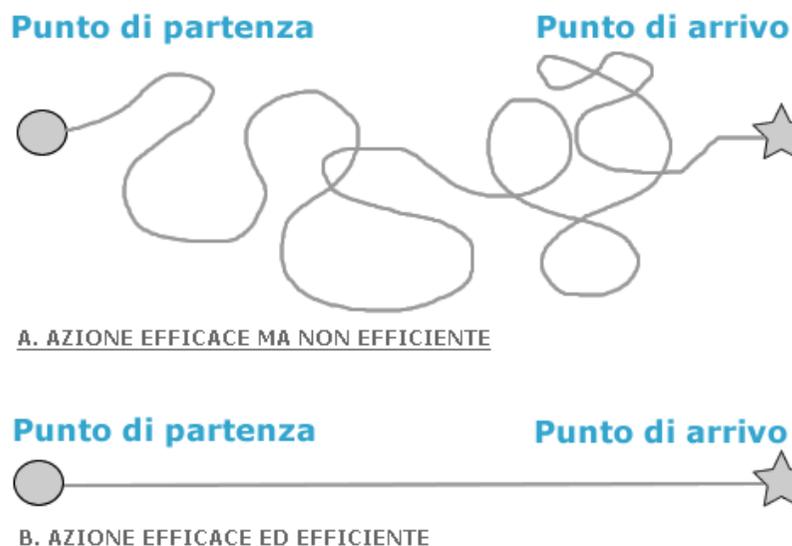


# L'aziendalizzazione

## L'Appropriatezza

### APPROPRIATEZZA

L'appropriatezza definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente (o della collettività), fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi



- a) si considera appropriata qualunque prestazione sia in grado di racchiudere in sé due qualità primarie, come *l'efficacia e l'efficienza*, e al tempo stesso possa essere considerata accettabile sia da chi la riceve che da chi la eroga (Tonelli S)

# L'aziendalizzazione

## L'Appropriatezza

- **APPROPRIATEZZA CLINICA:** “ci si attende **più benefici che effetti negativi** in un paziente che presenta un set preciso di manifestazioni cliniche” (adeguato rapporto rischio-beneficio: evidence based guidelines)
- **APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA:** “se il tipo di assistenza teoricamente richiesta dalle caratteristiche cliniche del paziente corrisponda al tipo di assistenza concretamente offerta” (adeguato rapporto costi-efficacia). Correla strettamente con il concetto più specifico del “sottoutilizzo” (under-use) e “sovrautilizzo” (over-use) delle prestazioni sanitarie e con il concetto di «setting adeguato».

# L'aziendalizzazione

## L'Appropriatezza

Un discreto numero di studi volti a indagare le differenze di pratica clinica si è concentrato, storicamente, **sull'intervento chirurgico di tonsillectomia**, a partire dal lavoro di Glover (1938) il quale osservò che la frequenza della tonsillectomia variava fino a 20 volte tra i vari quartieri di Londra. Più o meno nello stesso periodo fu condotto a New York uno studio su mille bambini in età scolare, con risultati sorprendenti

***Box A***

**L'enigma della tonsillectomia – Uno studio a New York**

**Dove:** la città di New York

**Quando:** anni '50

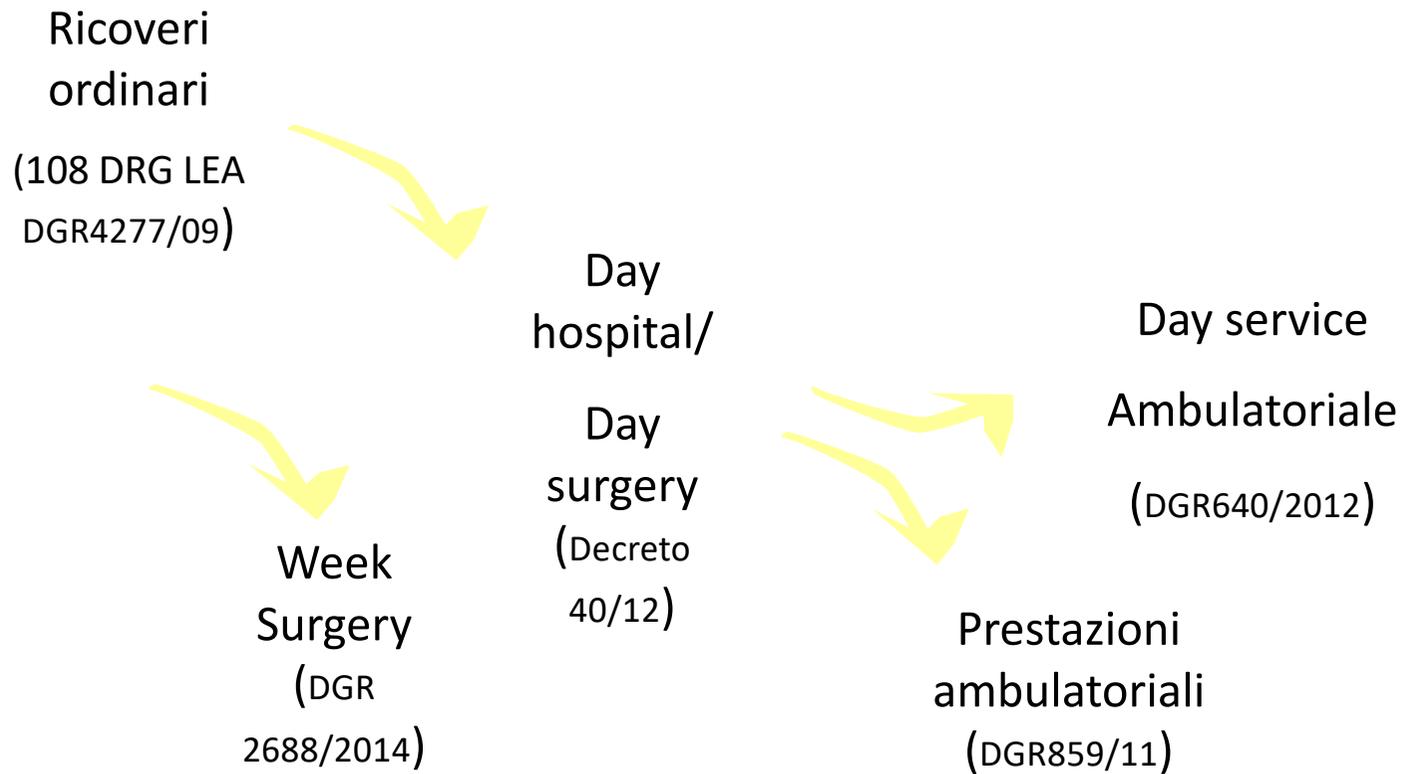
**Chi:** 1000 bambini in età scolare con tonsilliti acute e ricorrenti

**Risultati:** il 61% dei bambini (n=610) aveva già subito una tonsillectomia; questa osservazione dimostrava già di per sé la scarsa efficacia della procedura. Il risultato più sorprendente fu che il rimanente 39% dei bambini ancora non tonsillectomizzati (n=390) fu sottoposto alla visita da parte di un gruppo di medici scolastici, che raccomandarono l'intervento nel 45% dei casi (n=175). Il rimanente 55% dei bimbi (n=215) fu visitato da un altro gruppo di medici, che raccomandarono l'intervento nel 46% dei casi (n=99). Infine, i bambini ai quali, per due volte di seguito, non era stata consigliata la tonsillectomia (n=116), furono a loro volta inviati a un terzo gruppo di medici, che consigliarono l'intervento nel 44% dei casi (n=51). In definitiva, se tutti i bambini a cui era stata raccomandata la procedura l'avessero effettivamente subita, il numero totale di bambini operati, incluso quel 61% già tonsillectomizzato all'inizio dello studio, sarebbe stato pari a 935 su 1000.

**DRG ad elevato rischio di inappropriatezza:** lista di ricoveri ospedalieri (DRG) potenzialmente inappropriati, effettuati in regime ordinario per prestazioni potenzialmente eseguibili a livello ambulatoriale o in ricovero diurno.

# Programmazione Sanitaria

## Setting Assistenziale Appropriato:



# Programmazione Sanitaria

## Setting Assistenziale Appropriato:

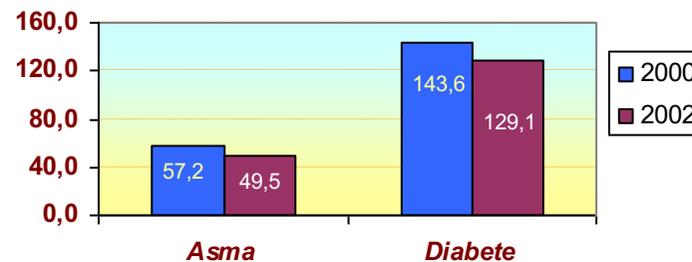
### Aumento “appropriatezza”

- ◆ Aumento day hospital per le prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza in modalità ordinaria
- ◆ Minor ricorso al ricovero per diagnosi trattabili in altre modalità assistenziali

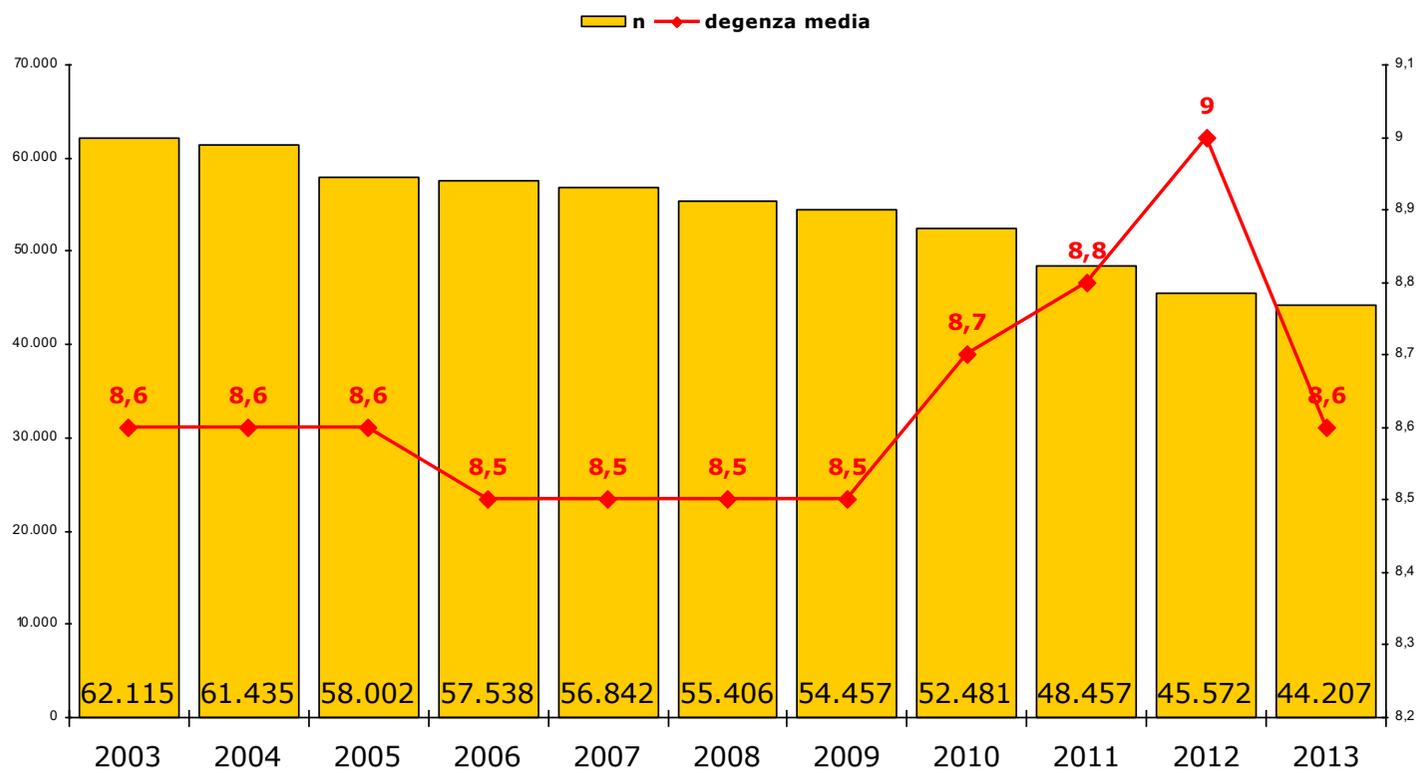
% dimessi in D.H.

DRG	2001	2002
Interventi sul cristallino	47%	62%
Interventi per ernia inguinale e femorale	24%	31%
Interventi sul ginocchio senza CC	20%	26%
Legatura e stripping di vene	31%	40%
Decompressione tunnel carpale	66%	73%

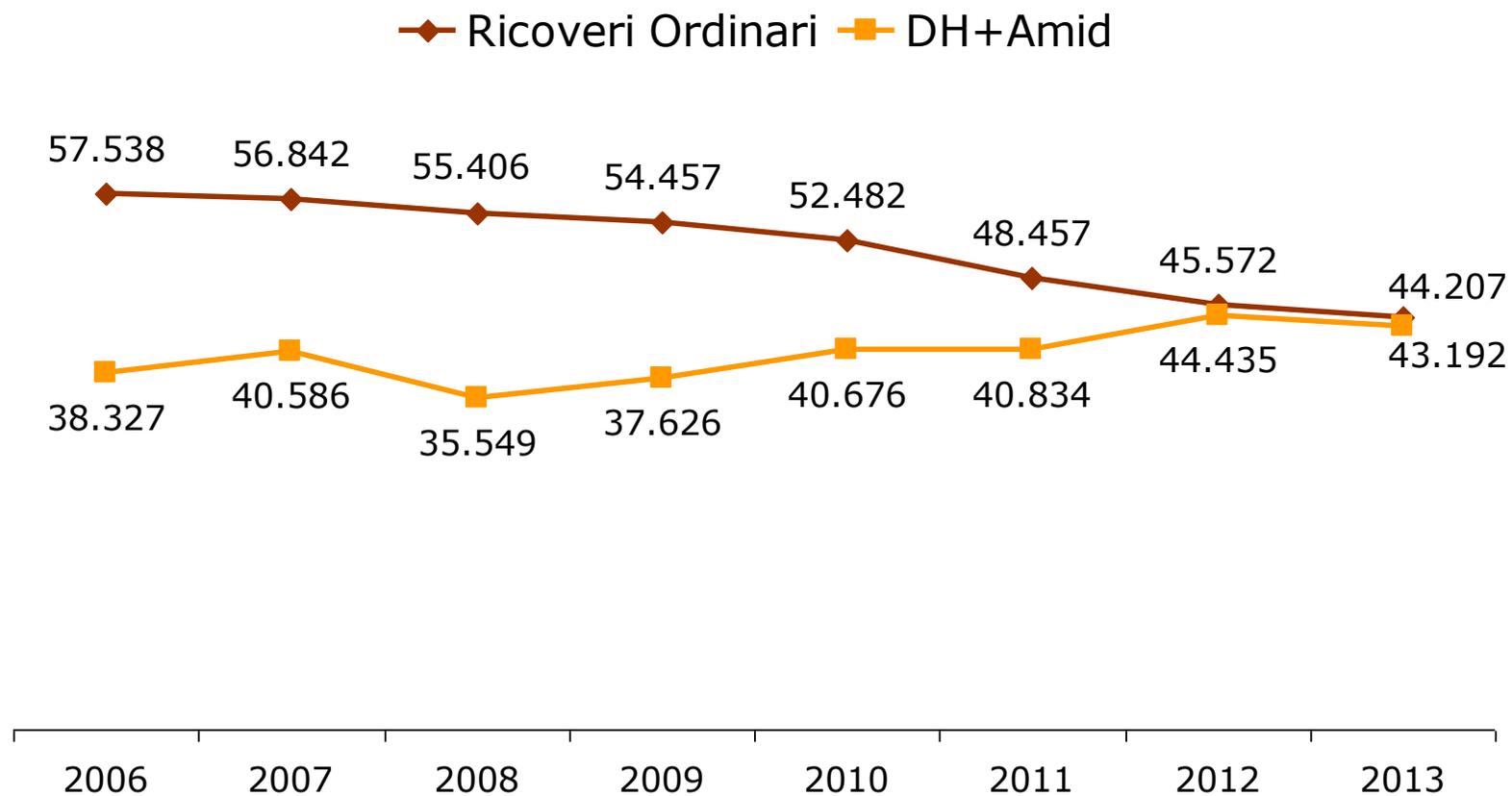
Tassi di ricovero per 1.000 ab.



# Setting Assistenziale Appropriato: AOUI Verona



# Setting Assistenziale Appropriato: AOUI Verona



# Finanziamento:

- Viene distinto in due livelli
  - Nazionale (finanziamento Sanitario Nazionale): a carico del bilancio dello stato e determinato dalla finanziaria; distribuito alle Regioni sulla base del numero dei residenti, corretto per la mobilità interregionale, la coesistenza e la conservazione del patrimonio immobiliare, le dotazioni tecnologiche e le condizioni sociosanitarie
  - Locale (regionale) costituiti dal
    - Fondo sanitario Regionale
    - Da entrate proprie (ticket, prestazioni a pagamento)
    - Forme di indebitamento
  - Finanziamento deve essere coerente a quello statale e sulla base di alcuni servizi essenziali (PS, 118, trapianti)
  - Le USL: pagano le strutture convezionate a prestazione sui propri residenti (tariffa stabilita a livello Regionale) e distribuendo i fondi residui tra i servizi ed i presidi della propria gestione

# L'accreditamento:

**Introduzione di un meccanismo concorrenziale** al fine di garantire una migliore qualità delle prestazioni e un contenimento dei costi di produzione (utente finale ha la libera scelta circa le strutture eroganti: ASL, ASO, Strutture Private) → introduzione di regole di quasi-mercato

# L'accreditamento:

- ACCREDITAMENTO è il processo per mezzo del quale un'agenzia o altra organizzazione autorevole, valuta e riconosce che un'istituzione, un professionista o un corso di studi soddisfa standard (caratteristiche) predefiniti ed è pertanto in grado di svolgere determinate funzioni e compiti.
- L' "accreditamento dei servizi sanitari" è il riconoscimento pubblico che un'organizzazione/ istituzione sanitaria soddisfa gli standard (requisiti) fissati da appositi organismi di accreditamento (Stato, Regioni, Province Autonome) ed è pertanto in grado di erogare determinate prestazioni sanitarie.

# L'accreditamento:

- L'accreditamento è un **processo di valutazione, sistematico e periodico, che verifica l'intero sistema erogante**, non si focalizza solo su singoli aspetti, ma valuta con una visione complessiva tutto ciò che può influenzare la qualità delle prestazioni erogate ed i loro esiti.
- L'accreditamento ha l'obiettivo di **verificare la presenza dei requisiti (standard) necessari per l'erogazione di determinati livelli di assistenza**. Rappresenta uno strumento per garantire la qualificazione degli erogatori e per promuovere l'autovalutazione ed il miglioramento continuo della qualità.
- La procedura di accreditamento è, peraltro, indispensabile al soggetto erogatore per continuare ad essere considerato tale e garantisce il committente (l'istituzione che finanzia) **sull'effettivo standard delle prestazioni fornite**.

# L'accreditamento:

Il punto di partenza consiste nella definizione di **criteri e standard** che, se soddisfatti, consentono di accreditare le strutture interessate.

L'obiettivo dei processi di accreditamento è duplice:

1. attività di valutazione rispetto a standard di buona qualità;
2. miglioramento continuo delle prestazioni erogate.

Sono riconosciute due tipologie di accreditamento delle organizzazioni sanitarie:

- A. Per pubblica regolamentazione (obbligatorio per legge), cioè il cosiddetto accreditamento istituzionale (Italia, Spagna, Francia, ...);
- B. Per autoregolamentazione professionale (accreditamento volontario) (USA, Canada, Australia, ...).

# L'accreditamento:

In Italia, l'istituto dell'accreditamento è richiesto per legge ed è pertanto un **obbligo istituzionale** delle strutture e delle organizzazioni sanitarie essere accreditate **per poter operare ed accedere ai finanziamenti pubblici del Fondo Sanitario Nazionale**.

L' "accreditamento istituzionale" è stato introdotto dalla normativa di riordino del SSN (D.L.vi 502/92, 517/93, 229/99) e con il **DPR 14/01/97 ha identificato i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi** per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.

Alle Regioni e alle Province Autonome è demandato il **compito di accreditare le strutture sanitarie** operanti nel rispettivo territorio.

Si tratta di un processo continuo: i criteri che consentono il rilascio dell'autorizzazione vengono poi verificati con regolarità e sistematicità (ogni 3 anni).

# L'accreditamento:

Art. 8-bis del D.lgs 229/99 comma 3

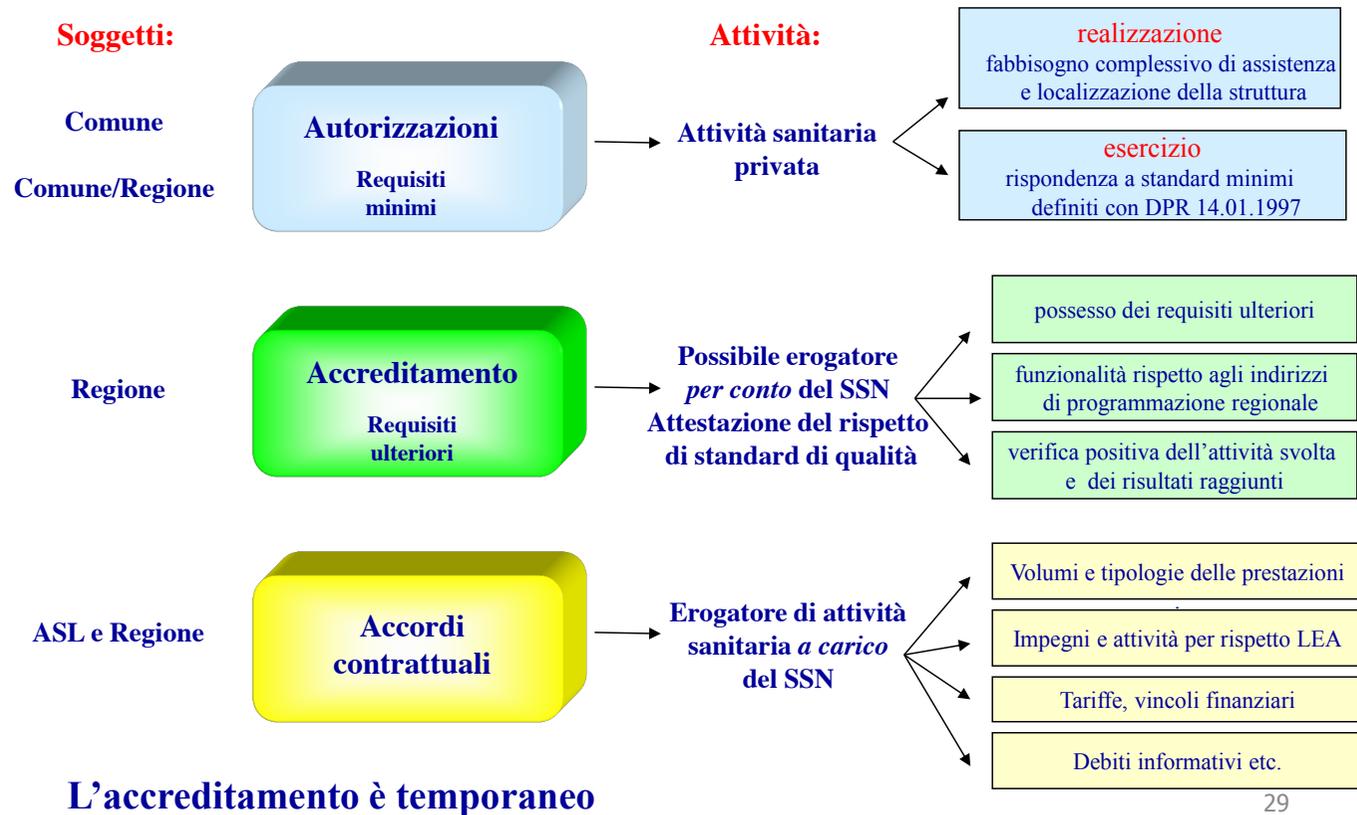
“La realizzazione di strutture sanitarie e l'esercizio di attività sanitarie, l'esercizio di attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale e l'esercizio di attività sanitarie a carico del Servizio Sanitario Nazionale sono subordinate, rispettivamente, al rilascio delle [autorizzazioni](#) di cui all'articolo 8-ter, [all'accreditamento istituzionale](#) di cui all'articolo 8-quater, nonché alla stipulazione degli [accordi contrattuali](#) di cui all'articolo 8-quinquies. (...)

# L'accreditamento:

Art. 8-bis del D.lgs 229/99 comma 3



# L'accreditamento: Art. 8-bis del D.lgs 229/99 comma 3



# L'accreditamento:

## Art. 8-bis del D.lgs 229/99 comma 3

Il processo di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie passa attraverso 3 fasi distinte :

[1] **Autorizzazione alla realizzazione di nuove strutture** e **Autorizzazione all'esercizio** di attività sanitarie al cui rilascio è subordinata la presenza dei requisiti minimi strutturali, tecnologici, organizzativi.

[2] **Accreditamento istituzionale** nel momento in cui la struttura sanitaria è in possesso dei requisiti ulteriori di qualità, è in linea con gli indirizzi della programmazione provinciale/regionale/nazionale, evidenzia validità della attività svolta e dei risultati raggiunti. Viene rilasciato un attestato di soggetto accreditato ad esercitare per conto del SSN.

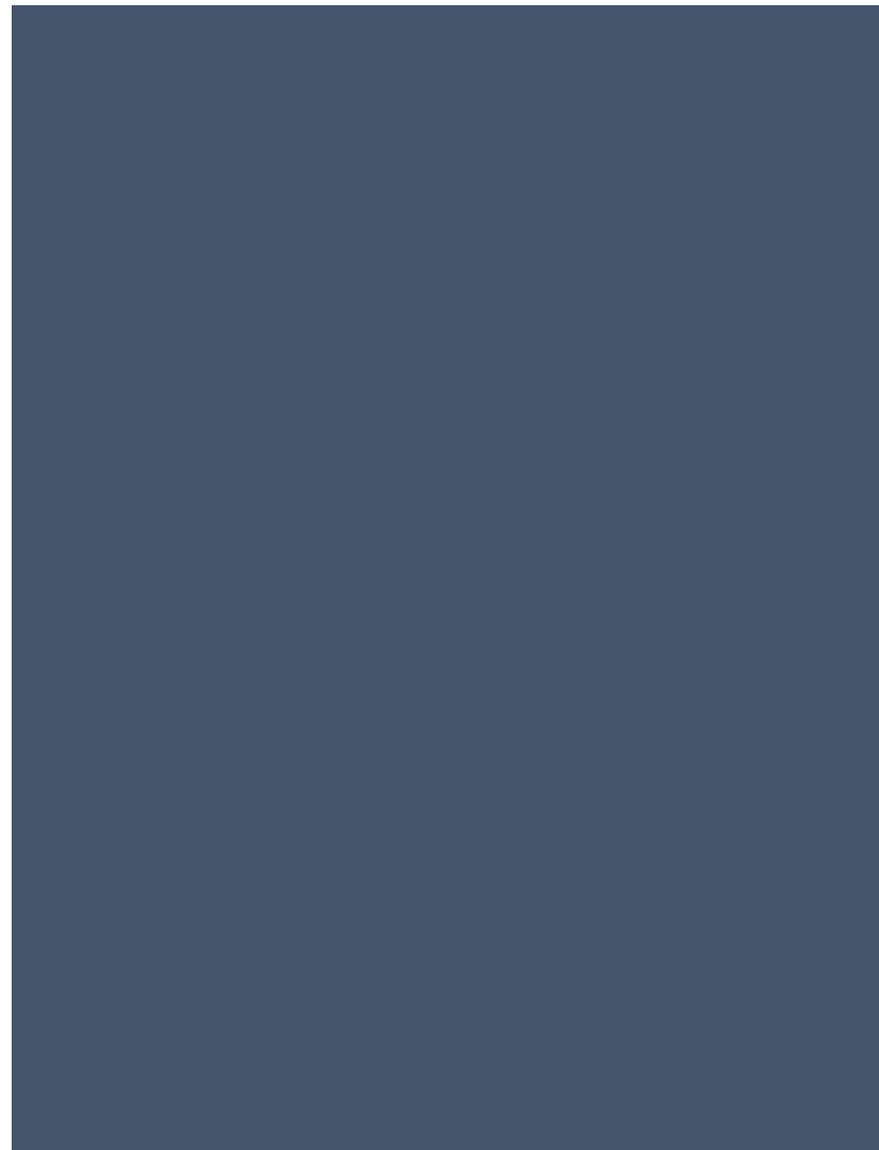
[3] **Accordi contrattuali** - La regione/provincia autonoma e le unità sanitarie locali stabiliscono accordi con i soggetti pubblici e contratti con quelli privati accreditati, relativamente ai servizi sanitari che questi potranno fornire.

## L'accreditamento: limiti

Qualsiasi procedimento di accreditamento o di certificazione (es. ISO 9000), per quanto le verifiche possano essere accurate e gli operatori esperti, non è in grado di garantire la “qualità” dei prodotti finali forniti, ma **solo l'esistenza dei requisiti predisponenti di tipo organizzativo, tecnico e strutturale che possano favorire e promuovere la “qualità”**

# Sviluppo del servizio assistenziale in Italia

## Terza Riforma del Sistema Sanitario



## Riforma sanitaria «ter»: il D.Lgs 229/1999

Ha **consolidato e rafforzato i processi di aziendalizzazione** previsti dalla riforma

- Rafforzato il **ruolo delle regioni** e puntualizzato il potere delle stesse nei confronti delle ASL (es. articolazione delle ASL in Distretti, vigilanza e controllo, valutazione dei risultati, finanziamento ...)
- Valorizzazione del **processo programmatico** con creazione di una circolarità tra PSN e PSR (il PSN è adottato con la collaborazione delle Regioni e i PSR richiedono un parere a livello centrale in ordine alla coerenza con le direttive del PSN).

## Riforma sanitaria «ter»: il D.Lgs 229/1999

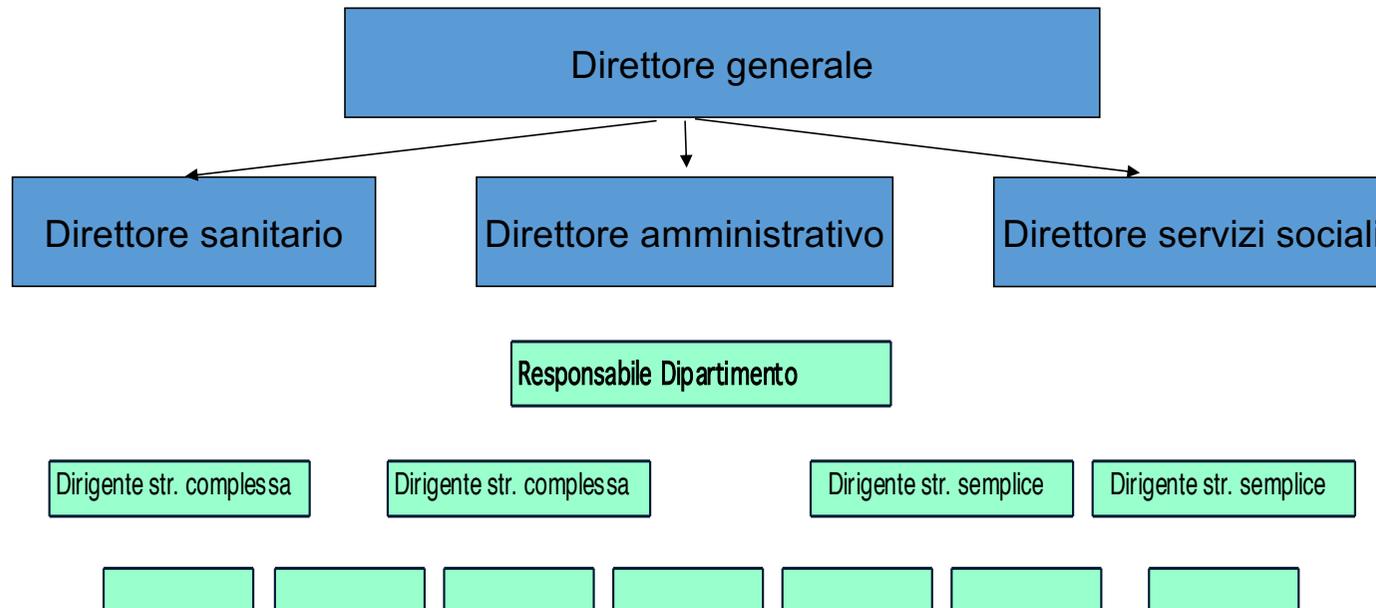
- Introduce l'**Atto Aziendale**: strumento con cui il DG fissa le norme generali sull'organizzazione e il funzionamento dell'azienda (simile ad uno statuto aziendale). L'obiettivo è una più chiara e diretta responsabilizzazione dei DG in merito alla gestione e ai servizi garantiti.
- **Rafforzamento del ruolo dei comuni sia a livello locale che regionale** nell'ottica di una maggiore integrazione a livello distrettuale dei servizi sanitari con quelli sociali. Viene previsto per le Regioni l'obbligo di istituire la Conferenza Permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale cui fanno parte i sindaci con il compito di **formulare osservazioni sul PSR** (se i manager risultano inadempienti i Sindaci ne possono chiedere la rimozione)

## Riforma sanitaria «ter»: il D.Lgs 229/1999

- Ruolo fondamentale del **distretto**: primo livello di assistenza sanitaria cioè primo contatto del cittadino con il SSN
- Enfasi sul **Dipartimento di Prevenzione** che diventa il fulcro delle attività di prevenzione sul territorio
- **Formazione permanente** per il personale sanitario e valutazione periodica
- **Formazione manageriale** medici e crediti formativi («Clinical governance»)
- Organizzazione e modalità di lavoro su base **dipartimentale**

# Organizzazione delle Aziende sanitarie (AO, Az.USL)

Dopo il D.Lgs. 229/99



## Riforma TITOLO V della costituzione (Legge n 3 del 18 Ottobre 2001):

Viene modificata la ripartizione delle competenze legislative tra Stato e Regioni. Per alcune «materie» tra cui organizzazione e assistenza sanitaria, **la potestà legislativa viene assegnata alle Regioni**, fatto salvo l'intervento dello Stato nella determinazione dei principi

# Obiettivi del sistema sanitario:

- Garantire una copertura sanitaria qualitativamente soddisfacente ed universalmente accessibile
- Il regime pubblico prevede che ogni cittadino partecipi in modo proporzionale al proprio reddito alla costituzione di un fondo monetario per la salute
- Articolazione in tre livelli
  - Primary care
  - Secondary care
  - Tertiary care

# Primary Care:

- Definito come il primo contatto con il paziente
- Il paziente non ha ancora definito la diagnosi
- Livello di offerta diretta dei servizi
  - Promozione, prevenzione e mantenimento dello stato di salute
  - Counselling
  - Educazione sanitaria
  - Diagnosi e trattamento
  - ADI
- Garantisce la continuità assistenziale in diverse sedi e a livelli diversi

## Secondary Care

Servizi specialistici ambulatoriali del territorio ed ospedalieri che trattano pazienti indirizzati dall'assistenza primaria

## Tertiary Care

Alta specializzazione ad elevato impegno tecnologico per pazienti che necessitano di interventi ad elevata complessità

Pochi centri di riferimento a livello regionale

