

Il Servizio Sanitario nazionale: principi ed evoluzione.

2° lezione

A cura di Laura Dallolio

Che cos'è un sistema sanitario?

Perché sono nati? Perché sono diversi?

- Sistemi sanitari → insieme organizzato di componenti distinte (istituzioni, risorse) che raccolgono e trasferiscono risorse finanziarie per produrre azioni sanitarie
- Caratteristiche dei sistemi sanitari:
 - FINANZIAMENTO**
 - ASSETTO ISTITUZIONALE**

Ogni sistema sanitario ha una sua identità e un suo percorso storico

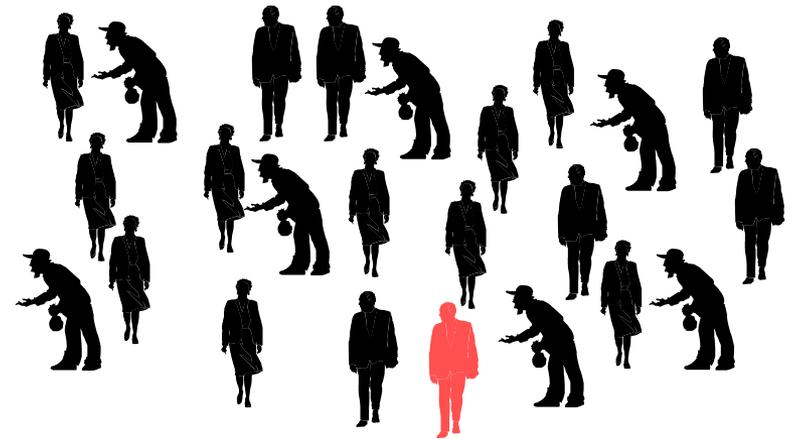
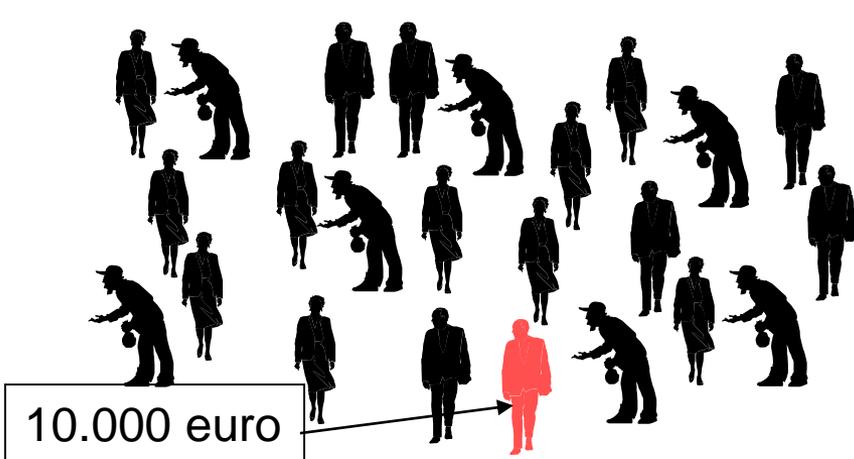
Il finanziamento dei servizi sanitari

- Pagamenti diretti
- Assicurazioni sociali
- Finanziamento tramite imposte
- Assicurazioni volontarie

Pagamenti diretti: accesso vincolato al reddito
→ problema di equità (giustizia sociale)

→ non vantaggioso: non *pooling* dei costi

Pooling dei rischi ovvero: i benefici dei servizi assicurativi



Pagamento diretto: popolazione di 100 persone in cui il rischio di ammalarsi è 1% con pagamento in caso di malattia di 10.000 euro

Schema assicurativo: tutti pagano 100 euro

Assicurazioni sociali

- **Prima risposta sociale** alla domanda di protezione dai costi delle malattie → modello Bismarck (punto di svolta per costruzione dei sistemi sanitari)

Tipicamente nei Paesi che ancora oggi fanno riferimento al modello Bismarck si trova:

- finanziamento tramite versamenti di contributi da parte dei lavoratori e aziende in fondi dedicati all'assistenza sanitaria.
Ma anche finanziamento tramite imposte per chi è estraneo al mondo del lavoro (mix tra contributi sociali e imposte)
- I fondi sono aziende di servizi finanziari che non gestiscono direttamente l'erogazione dei servizi sanitari ma si limitano a pagarli

Finanziamento tramite imposte

- Finanziamento dalla fiscalità generale: non esiste un sistema di raccolta specifico per la sanità
- Le risorse per il settore sanitario sono decise a livello politico
- Il finanziamento è associato alla definizione di un diritto nazionale e universale all'assistenza e ad una organizzazione pubblica dei servizi

Assicurazioni volontarie

- Prodotto finanziario in cui l'assicuratore sostiene una serie di costi per rispondere ad un bisogno di salute a fronte del pagamento di un premio
- Coprono dal rischio finanziario delle malattie
- Presenti in tutti i Paesi economicamente più avanzati (in Italia → rimborso di prestazioni pubbliche o private)
- Anche se integrate da sistemi pubblici per specifiche fasce di popolazione (es: USA programmi federali per anziani e poveri) non sono in grado di offrire garanzie universali

In sintesi

- Solo un intervento diretto da parte delle istituzioni pubbliche, tipicamente costituito da obblighi di contribuzione e assicurazione, riesce a garantire la copertura dell'intera popolazione
- Lo Stato è chiamato ad intervenire per due ragioni:
 - efficienza**
 - equità**

Secondo gli economisti l'intervento pubblico è giustificato da due motivi:

scelta
collettiva

1) **EFFICIENZA ALLOCATIVA**: con le poche risorse a disposizione il benessere che possiamo ottenere è massimo



consente di internalizzare le esternalità ovvero quelle scelte individuali che hanno una ricaduta positiva o negativa sugli altri

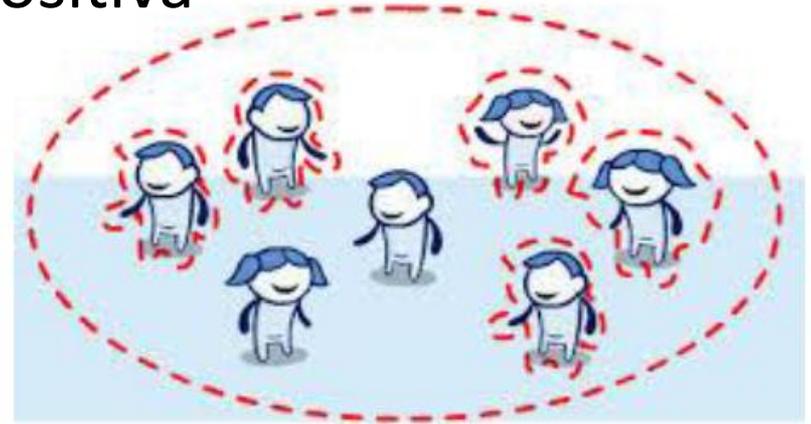
Esempio:

vaccini → esternalità positiva

fumo → esternalità negativa

Le vaccinazioni come esempio di internalizzazione di un'externalità positiva

HERD IMMUNITY o immunità di gregge



vaccini → scelta privata →
n° troppo limitato → scelta
pubblica: rendere le
vaccinazioni obbligatorie

Infezione	Tasso critico di copertura vaccinale
Morbillo	92-95
Pertosse	92-95
Parotite	90-92
Rosolia	80-87
Difterite	80-85
Poliomielite	80-85

BENEFICI SOCIALI ED ECONOMICI DELLE VACCINAZIONI

Vaccinazione influenzale: benefici con i tassi di copertura (CV) attuali e stimati al valore raccomandato OMS del 75%

(dati elaborati da Preaud et al.: Annual public health and economic benefits of seasonal influenza vaccination: a European estimate. BMC Public Health 2014 14:813)

Evitati / stagione	Con attuali CV	Con CV=75%
Casi	-1,6M	-3,2M
Ospedalizzazioni	-45.325	-69.117
Visite MMG	-701.234	-1,4M
Vite salvate	25.000	35.000
Costi	-248M €	-438M €

Ripartizione del risparmio al tasso di copertura vaccinale (CV)

(dati elaborati da Preaud et al.: Annual public health and economic benefits of seasonal influenza vaccination: a European estimate. BMC Public Health 2014 14:813)

Eventi	Costi evitati con attuali CV	Costi evitati con CV 75%
Visite specialistiche	- €22 milioni	- €44 milioni
Ospedalizzazioni	- €131 milioni	- €188 milioni
Giorni di lavoro persi	- €96 milioni	- €208 milioni
Totale	- €248 milioni	- €438 milioni

Impatto sanitario dell'esposizione a fumo ambientale in Italia

Si stima che siano attribuibili al fumo di tabacco in Italia dalle 70.000 alle 83.000 morti l'anno.

Stima degli effetti del fumo passivo in Italia
(casi o morti per anno)

Esposizione in ambito familiare

Bambini con genitori fumatori	
Morte improvvisa del lattante	87 morti
Infezioni respiratorie acute (0-2 anni)	76.954 casi
Asma bronchiale (6-14 anni)	27.048 casi prevalenti
Sintomi respiratori cronici (6-14 anni)	48.183 casi
Otite acuta (6-14 anni)	64.130 casi
Adulti con coniuge fumatore >	
Tumore polmonare	221 morti
Malattie ischemiche del cuore	1.896 morti

Esposizione in ambito lavorativo

Basso peso (<2500 gr) alla nascita per esposizione della madre in gravidanza	2.033 neonati
Tumore polmonare	324 morti
Malattie ischemiche del cuore	235 morti

fumo → costi sociali → scelta pubblica: legge antifumo

2) EQUITA':

per beni come l'automobile è la disponibilità a pagare del singolo che condiziona la scelta

la salute/assistenza sanitaria è un bene particolare che si ritiene debba essere **accessibile a tutti indipendentemente dal prezzo**



Se i cittadini di un Paese sono d'accordo nel ritenere che un bene debba essere accessibile a tutti indipendentemente dal prezzo delegano lo Stato (intervento pubblico) a distribuirli a tutti indipendentemente dalla disponibilità a pagare

Vaccinazioni → esempio di intervento pubblico sia per motivi di efficienza
 allocativa che di equità

CALENDARIO VACCINALE

Vaccino	Ogg - 30gg	3° mese	4° mese	5° mese	6° mese	7° mese	11° mese	13° mese	15° mese	⇄	6° anno	12°-18° anno	19-49 anni	50-64 anni	> 64 anni	
DTPa		DTPa		DTPa			DTPa				DTPa**	dTPaIPV	1 dose dTpa*** ogni 10 anni			
IPV		IPV		IPV			IPV			IPV						
Epatite B	EpB - EpB*	EpB		EpB*			EpB						3 Dosi: Pre Esposizione (0, 1, 6 mesi) 4 Dosi: Post Esposizioni (0, 2, 6 sett. + booster a 1 anno) o Pre Esposizione Imminente (0, 1, 2, 12)			
Hib		Hib		Hib			Hib									
Pneumococco		PCV		PCV			PCV	^^PCV			PCV/PPV			PCV		
MPRV								MPRV			MPRV					
MPR								MPR			oppure	MPR	MPR + V^A	2 dosi MPR**** + V (0-4/8 settimane)		
Varicella								V			MPR + V					
Meningococco C								Men C S o MenACWY coniugato	Men G o MenACWY coniugato			MenACWY coniugato 1 dose				
Meningococco^A		Men B	Men B		Men B			Men B	Men B			Men B	Men B			
HPV												HPV: 2-3 dosi (in funzione di età e vaccino); fino ad età massima in scheda tecnica				
Influenza								Influenza***				1 dose all'anno	1 dose all'anno			
Herpes Zoster															1 dose#	
Rotavirus		Rotavirus##														
Epatite A											EpA###	EpA###		2 dosi (0-6-12 mesi)		

 Cosomministrare nella stessa seduta	 Opzioni di cosomministrazione nella stessa seduta o somministrazione in sedute separate
 Somministrare in seduta separata	 Vaccini per categorie a rischio

Ma come si fa a stabilire quando una prestazione sanitaria è un bisogno meritorio (bene disponibile a tutti indipendentemente dal prezzo)?

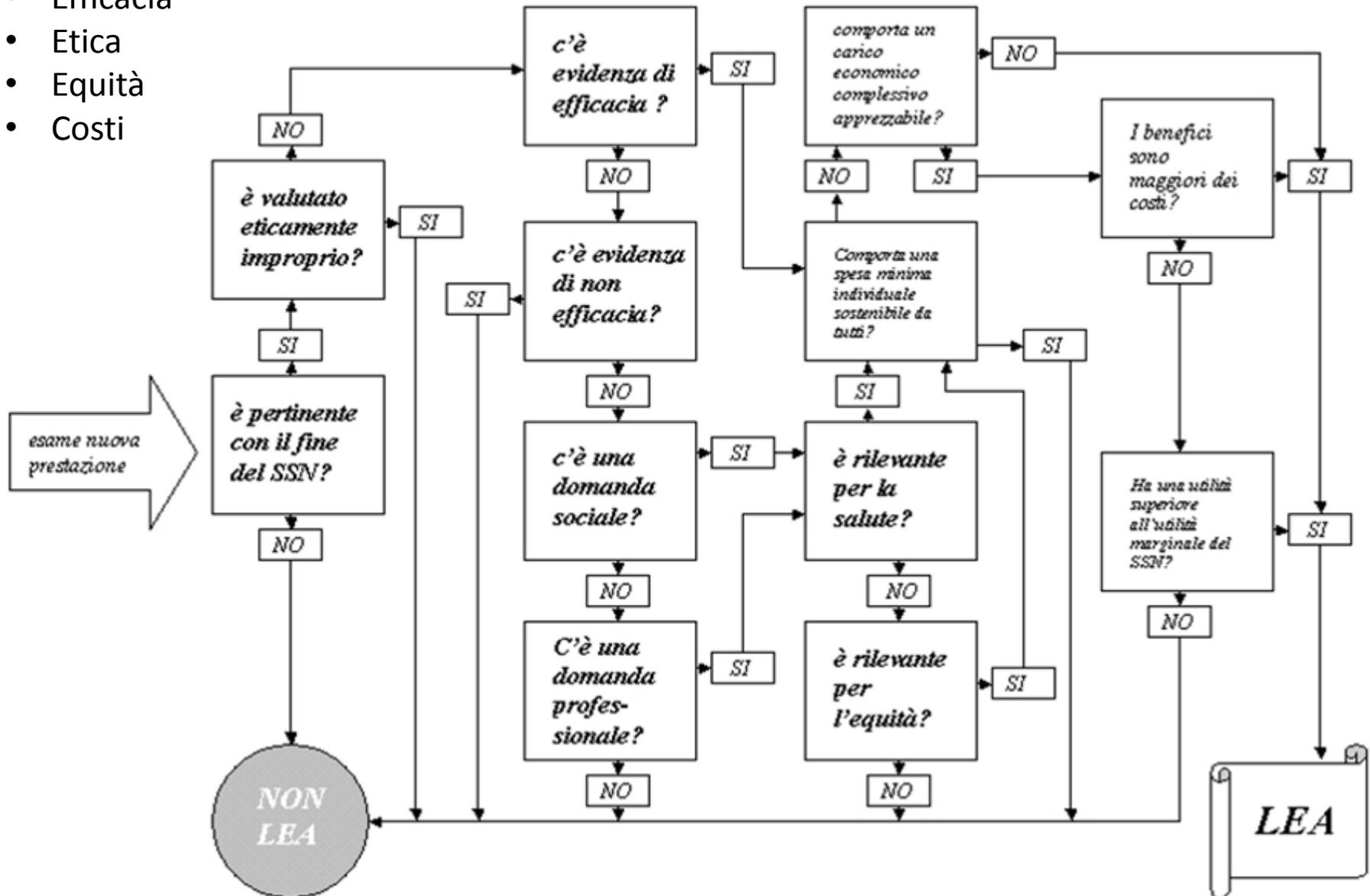
Quali sono i bisogni meritori che devono essere coperti pubblicamente?

Non ci sono ricette ma la meritorietà deriva dai criteri che ogni società si vuole dare

in Italia i LEA rappresentano l'elenco dei beni meritori

Criteri per la definizione dei LEA in Italia

- Efficacia
- Etica
- Equità
- Costi



RICAPITOLANDO

Il **mercato dei servizi sanitari** (sia dal lato del finanziamento che dal lato della produzione ed erogazione) **funziona male** (fallisce) per ragioni sia di efficienza che di equità.

L'intervento pubblico in sanità è quindi **fondamentale** per un più efficiente ed equo funzionamento di questo particolare settore.

I sistemi sanitari alla **Bismarck** e alla **Beveridge** offrono **maggiori garanzie** alla popolazione e sono **più efficienti**

In ogni caso i diversi tipi di finanziamento tendono a convivere in gran parte dei sistemi sanitari

Universal Health Coverage Day: building efficient health systems that provide access to quality care without financial hardship

On 12 December – Universal Health Coverage Day – WHO reaffirms its commitment to support countries in providing affordable, quality health care for everyone.

In 2012, 193 Member States formally adopted a United Nations resolution to accelerate efforts to move towards universal health coverage (UHC) to ensure that all people are able to access the health services they need without facing financial hardship caused by catastrophic and impoverishing out-of-pocket payments.



- **I determinanti non sanitari della salute** → i livelli di salute delle popolazioni dipendono solo in parte dai servizi sanitari → DETERMINANTI SOCIALI della SALUTE



- **Disuguaglianze in salute**



- ✓ per produrre salute bisogna tenere conto anche di questo (promuovere stili di vita sani, difesa ambiente, contrastare degrado)
- ✓ Le politiche per la salute devono essere rivolte anche a settori diversi da quello sanitario: istruzione, ambiente, lavoro, trasporti, alimentazione

Prima stesura Codice Deontologico dell'Infermiere novembre 2016

Presentazione Consiglio Nazionale Roma 26 novembre 2016

Capo I - I principi e i valori

1. L'infermiere è il professionista sanitario che nasce, si sviluppa ed è sostenuto da una rete di valori e saperi scientifici. Persegue l'ideale di servizio. È integrato nel suo tempo e si pone come agente attivo nella società a cui appartiene e in cui esercita.
2. L'infermiere persegue l'ideale di servizio orientando il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività. Le sue azioni si realizzano e si sviluppano nell'ambito dell'assistenza, dell'organizzazione, dell'educazione e della ricerca.
3. L'infermiere cura e si prende cura, nel rispetto della dignità, della libertà, dell'uguaglianza della persona assistita, delle sue scelte di vita e della sua concezione di salute e di benessere.

Capo II - La funzione assistenziale

7. L'infermiere tutela l'ambiente e promuove stili di vita sani anche progettando, specifici interventi educativi e informativi a singoli, gruppi e collettività, organizzandoli e partecipando ad essi.

Capo V - L'organizzazione e la funzione assistenziale

29. L'infermiere ai diversi livelli di responsabilità assistenziale, gestionale e formativa, partecipa e contribuisce alle scelte dell'organizzazione, alla definizione dei modelli assistenziali, formativi ed organizzativi, all'equa allocazione delle risorse e alla valorizzazione della funzione infermieristica e del ruolo professionale.

Legge 833/1978 → Istituzione del SSN

Costituzione Italiana (22.12.1947)

Art. 32

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



Spetta allo Stato la tutela della salute dei cittadini → per questo motivo **deve essere prevista una forma di organizzazione** che prende il nome di **sanità pubblica**

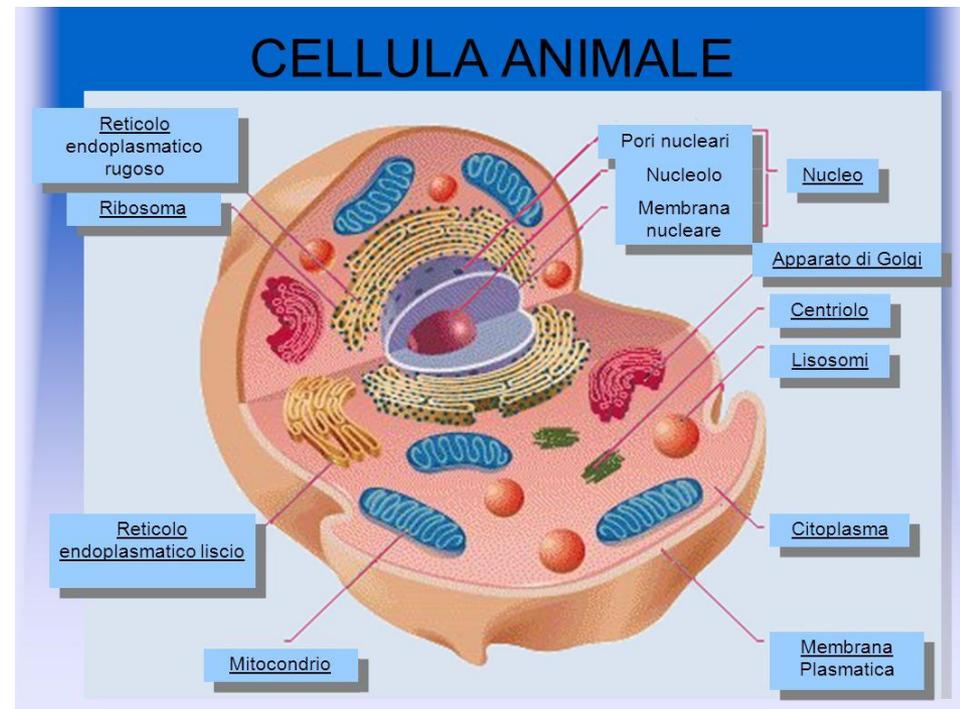
Organizzazione

entità sociale costituita da attività strutturate e coordinate poste in essere al fine di **raggiungere specifici obiettivi**

Sistema organizzato = cellula

Organizzare significa definire:

- la divisione del lavoro in base a specifiche competenze e responsabilità
- le modalità di coordinamento e controllo delle attività per il raggiungimento degli obiettivi



Un sistema organizzato è costituito da:

- Le RISORSE → il personale, il capitale sociale e umano, le tecnologie, le infrastrutture
- L'ASSETTO ORGANIZZATIVO → chi fa cosa → comprende:
 - la struttura organizzativa (anatomia del sistema)
 - i meccanismi operativi (fisiologia)
 - la cultura (assunti che un dato gruppo ha scoperto o sviluppato)
 - la leadership (come le persone sono condotte a seguire certi comportamenti)
- Dai RISULTATI che produce (output, outcome)
- Dall'AMBIENTE con il quale interagisce essendo l'organizzazione un sistema aperto → condizioni economiche, politiche, sociali, culturali, demografiche

Sanità Pubblica

«insieme delle attività organizzate (pubbliche o private) per prevenire le malattie, promuovere la salute e prolungare la vita nella popolazione nel suo complesso».

Organizzazione Mondiale della Sanità (W.H.O.)

Le tre principali funzioni di sanità pubblica sono :

- ***La valutazione e il monitoraggio della salute delle comunità per **identificare i problemi e le priorità*****
- ***La formulazione di **politiche pubbliche** volte a **risolvere i problemi** identificati***
- ***La **garanzia** che tutte le popolazioni abbiano accesso **ad un'assistenza appropriata e costo-efficace*****

Prima della 833...

- **1806 Regolamento napoleonico:** primo esempio di legislazione sanitaria in vigore su tutto il territorio nazionale
- **1888 Riforma sanitaria «legge Crispi-Pagliani»**→ avviata una serie di progetti per dare al Paese una legislazione sanitaria organica → migliora la salute degli italiani (speranza di vita da 35 anni nel 1882 sale a 43 nel 1901)
↓
- Fine 800 e inizio 900: notevoli progressi nel campo dell'igiene e delle malattie infettive, ma l'assistenza per le malattie comuni è un caos→nascono le **società di mutuo soccorso**

- 1947: nell'immediato dopo guerra l'organizzazione sanitaria italiana è molto frammentata e disomogenea → promulgata la Costituzione della Repubblica Italiana (*articolo 32 tutela della salute*)
- 1948-1978: tentativi di portare nell'agenda politica il tema dell' **assicurazione sanitaria obbligatoria** ma che non vanno mai in porto

Popolazione assicurata dalle mutue e assistita dai Comuni, Italia 19443-1970

anno	Popolazione assicurata	%
1943	15,9 milioni	35,5%
1950	18,9 milioni	38,6%
1960	40,1 milioni	80,0%
1970	48,0 milioni	88,5%

Epoca pre-riforma

L'organizzazione sanitaria in Italia è divisa in 3 comparti:

- **Stato, Province, Comuni:** interventi di sanità pubblica, assistenza per malattie infettive, patologie neurologiche e psichiatriche, assistenza per i non abbienti iscritti all'elenco comunale
- **Enti previdenziali e Casse mutue**
- **Enti ospedalieri:** enti autonomi qualificati come istituzioni caritatevoli finanziati dai benefattori. Spese per ricoveri remunerate dal Comune per i poveri e dalle mutue per gli assicurati

Caratteristiche principali del «sistema mutualistico» italiano

- Filosofia assicurativa-risarcitoria → attenzione a diagnosi/cura e scarsa attenzione alla prevenzione
- Disomogeneità nella fornitura dei servizi → diversa assistenza in base all'ente (caratteristiche lavorative, capacità di contribuzione, residenza)
- Attività non coordinata degli enti → spesa incontrollata

- Con la legislatura 1976-1979 e la cosiddetta fase della *solidarietà nazionale* si crea un clima favorevole ad una serie di riforme fondamentali dello Stato
- Crisi finanziaria degli enti mutualistici e ospedalieri, istituzione delle Regioni → eventi che contribuirono al superamento della fase di stallo
- Con la legge n. 449/1977 vengono messi in liquidazione tutti gli enti mutualistici



Legge 833

*approvata il 23 dicembre 1978 (381 voti a favore, 77 contrari, 7 astenuti)
concludendo un percorso iniziato nel 1960*

Legge 833/1978 (Legge di Riforma sanitaria)

TITOLO I Il servizio sanitario nazionale Capo I - Princìpi ed obiettivi (giurisprudenza)

1. I princìpi.

La **Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale.**

La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla **promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica** di tutta la popolazione **senza** distinzione di **condizioni individuali o sociali** e secondo modalità che assicurino l'**eguaglianza** dei cittadini nei confronti del servizio.

L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.

Stato → programmazione generale e finanziamento del sistema

Regioni → compiti di programmazione attuativa e definizione dell'organizzazione dei servizi sanitari su base territoriale

Comuni → gestione dei servizi sanitari tramite le USL

Legge 23 dicembre 1978 n°833 (la I° riforma)

I principi su cui si fonda il SSN:

Principio di universalità: secondo con cui vengono garantite prestazioni sanitarie a tutti senza distinzione di condizioni individuali, sociali e di reddito;

Principio di uguaglianza: secondo cui tutti hanno diritto alle medesime prestazioni a parità di bisogno;

Principio di globalità:

secondo cui non viene presa in considerazione la malattia ma in generale la persona, cio' inevitabilmente implica un collegamento di tutti i servizi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione.

Legge 23 dicembre 1978 n°833 (la I° riforma)

Le più importanti innovazioni:

Sotto il profilo **tecnico**:

- unificazione degli enti mutualistici ed istituzione delle USL: ambito territoriale 50.000-200.000 abitanti;

Sotto il profilo **politico**:

- Introduzione del principio di **equità** (erogazione delle prestazioni senza distinzioni); organo di governo delle USL è il comitato di gestione, organo di base dell'USL era l'Assemblea generale costituita dal consiglio comunale

Sotto il profilo **economico**:

- istituzione del FSN per razionalizzare la spesa sanitaria mediante l'introduzione della programmazione

Principi cardine 833

- Copertura universale
- Impossibilità di rinunciare alla tutela sanitaria
- Obbligo di finanziamento in base alle possibilità
- Diritto a ricevere i servizi in base alle proprie esigenze
- Omogeneità del grado di copertura dei cittadini

L'istituzione del SSN

- Traduce in pratica il concetto di salute come diritto
- Determina il superamento della frammentarietà delle casse mutue
- Garantisce il finanziamento da parte dello Stato
- Attribuisce ai Comuni le competenze gestionali della sanità

Le critiche alla riforma sanitaria del 1978:

- scadenze fissate con scarso realismo;
- mancanza** di una vera cultura della **programmazione**
- impossibilità a determinare una spesa in assenza di programmazione
- carenza assoluta di strumenti di controllo della spesa globale
- gestione clientelare** delle USL;
- mancanza di valutazione (indicatori di qualità)

Anni 80
Sistemi sanitari
in crisi

Recessione mondiale

Transizione epidemiologica

Transizione demografica e sociale

Innovazione tecnologica

The government is not the solution.
It is the problem.

1980



1979

L'impianto del SSN delineato dalla 833 aveva diversi punti critici:

- scarsa efficienza organizzativa
- mancanza di responsabilizzazione
- modello organizzativo inadeguato

D.lgs 502/92 e 517/93: la seconda riforma sanitaria



Sono leggi di RIORDINO,
non sono stati messi in discussione i principi

i cardini del riordino: AZIENDALIZZAZIONE e
REGIONALIZZAZIONE

Le **principali novità** del D.Lgs. 502/92 e successive modifiche D.lgs 517/73 hanno riguardato:

- introduzione del concetto di **Livelli Essenziali e uniformi di Assistenza** definiti dal PSN e fissati contestualmente all'individuazione delle risorse
- **regionalizzazione**: le Regioni hanno **piena responsabilità finanziaria** delle risorse assegnate dal Governo, eventuali scostamenti devono essere ripianati con fondi regionali
I Comuni hanno perso ogni ruolo nella gestione delle USL

- **Aziendalizzazione:** le USL si costituiscono in **aziende** (ASL) e i grandi ospedali si rendono autonomi dalle USL e si trasformano in Aziende ospedaliere (autonomia imprenditoriale)
- I poteri di gestione (ASL, Azienda ospedaliera) sono riservati al **direttore generale** che deve assicurare la parità di bilancio
- il **finanziamento** delle USL avviene per quota capitaria pesata e quello delle aziende Ospedaliere per tariffa a prestazione (classificate con sistema DRG)
- L'introduzione dell'accreditamento con un'apertura (almeno teorica) alla **libera concorrenza** tra **strutture pubbliche o private**

Il d.lgs 229/99: la terza riforma sanitaria

- completamento del processo di regionalizzazione
- sviluppo del sistema aziendalizzazione: disciplina del sistema «autorizzazione-accreditamento-accordi contrattuali» → da concorrenza a integrazione
- valorizzazione del processo di programmazione
- indicazione sui LEA: efficacia, efficienza, appropriatezza, economicità
- valorizzazione delle risorse umane (ECM)

Il processo di decentramento è stato ulteriormente rafforzato dalla riforma del titolo V della Costituzione

Legge Costituzionale 18 ottobre 2001 n.3
Federalismo sanitario o «devolution»

...spetta alle regioni la potestà legislativa
in campo di tutela della salute

La modifica del titolo V della Costituzione sancisce la piena autonomia delle Regioni nell'organizzazione e nella gestione della sanità.

Un bilancio delle riforme

- L'**aziendalizzazione** ha avuto il merito di aver mitigato la pervasività della politica e di aver cercato di conseguire efficacia, efficienza, contenimento dei costi.
- La **regionalizzazione**, fortemente accentuata con il federalismo, ha avuto **effetti deleteri** perché ha favorito lo sviluppo di modelli istituzionali molto differenti tra regione e regione e ha fatto sì che si perdesse quell'equilibrio tra poteri centrali e poteri regionali.

Da quali leggi è regolata l'assistenza sanitaria in Italia?

L'assistenza sanitaria in Italia è regolata dalla **legge 833/78** (detta anche legge di riforma sanitaria) e successive modifiche tra le quali le più importanti sono

il **D.Lgs 502/92** (2° riforma sanitaria) e il **D.Lgs 229/99** (3° riforma sanitaria).

Aspetti caratterizzanti il SSN

- Responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute
- Universalità, uguaglianza ed equità di accesso alle prestazioni
- Centralità della persona
- Globalità della copertura (LEA) e finanziamento pubblico dei LEA
- Metodo della programmazione
- Regionalizzazione
- Aziendalizzazione
- Soggetti erogatori del SSN

Responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute

Distribuzione delle competenze in tema di salute



Stato:

- definisce i **livelli essenziali di assistenza** che devono essere garantite su tutto il territorio nazionale
- definisce i **principi fondamentali** con leggi-quadro

Regioni:

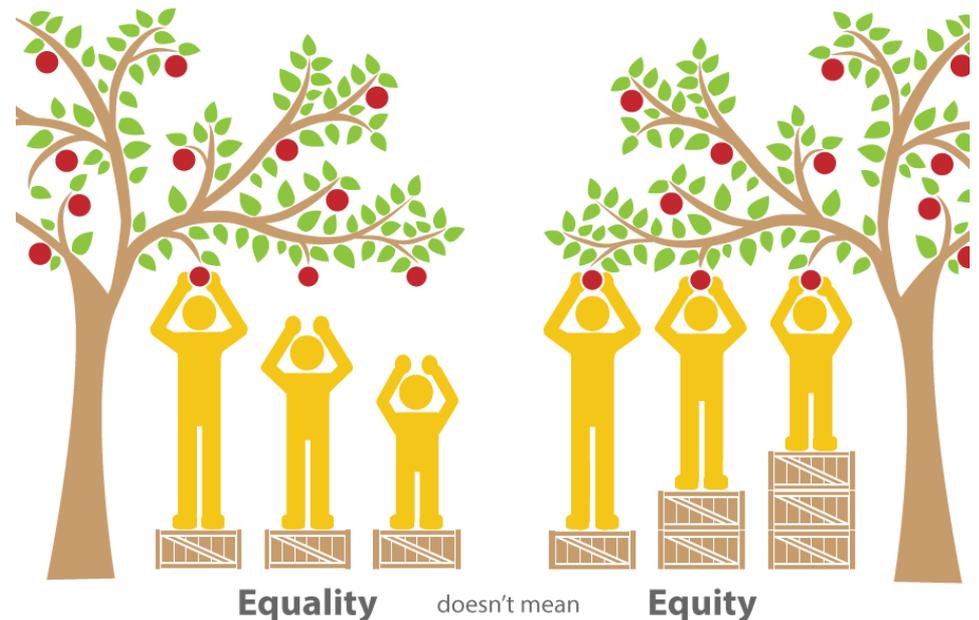
- devono garantire prestazioni e servizi inclusi nei livelli essenziali
- emanano leggi specifiche

Universalità, uguaglianza ed equità di accesso alle prestazioni

Articolo 1 della legge istitutiva del SSN

La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione **senza distinzione di condizioni individuali o sociali** e secondo modalità che assicurino l'**eguaglianza** dei cittadini nei confronti del servizio.

EQUITA': il principio dell'equità ha come obiettivo quello di affrontare le **disuguaglianze sociali** nelle condizioni di salute, nel ricorso ai servizi sanitari e nella vulnerabilità al consumo di prestazioni inappropriate.



Centralità della persona

Il principio della centralità della persona si estrinseca attraverso una serie di diritti:

- Diritto di informazione
- Consenso informato
- Diritto alla riservatezza
- Diritto alla libertà di scelta del MMG e del luogo di cura



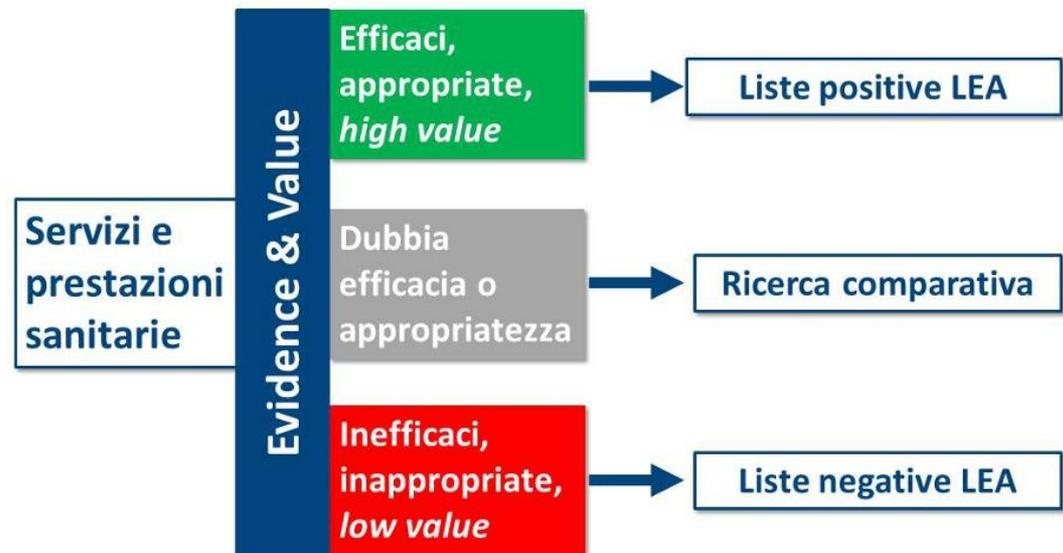
Responsabilizza il paziente ed è un requisito indispensabile per introdurre nel sistema elementi di competizione

Globalità della copertura assistenziale

- La definizione dei LEA rappresenta la garanzia di una parità di trattamento dei cittadini in ambito sanitario
- **LEA: prestazioni garantite dal SSN a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa**
 - assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro (vaccinazioni, screening, controlli sanitari, certificazioni ecc.)
 - assistenza distrettuale (MMG, PLS, Guardia medica, assistenza domiciliare ecc)
 - assistenza ospedaliera (attività di PS, ricoveri ordinari, in lungo-degenza, diurni ecc)

LEA: entrati in vigore il 23/2/2002 e solo recentemente aggiornati.

Vera criticità → criteri per la definizione



La programmazione

- La programmazione è il metodo utilizzato per orientare e coordinare gli obiettivi e l'attività dei diversi livelli istituzionali
- Lo strumento di programmazione a livello statale è il **Piano Sanitario Nazionale**: progetto di salute condiviso attuato in sinergia con le Regioni.
- A livello regionale è il **Piano Sanitario Regionale**

La regionalizzazione

Alle Regioni spettano:

- **autonomia organizzativa e piena responsabilità finanziaria**
- **funzioni legislative e amministrative** in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera

Il processo di regionalizzazione iniziato con la seconda riforma sanitaria si è consolidato con la riforma costituzionale del 2001: lo Stato definisce i principi fondamentali e alla Regioni spetta la potestà legislativa.

Legge Costituzionale 18 ottobre 2001 n.3

Federalismo sanitario o «devolution»

...spetta alle regioni la potestà legislativa
in campo di tutela della salute

L'aziendalizzazione:

- Con la 2° riforma sanitaria: le USL e gli ospedali diventano...*Aziende dotate di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica....*
- **Aziende Sanitarie Locali (ASL):** nuovi soggetti organizzativi che hanno come *mission* la salute della popolazione e una gestione che rispetti i criteri di efficacia ed efficienza

- Gli Ospedali di maggior rilievo e i Policlinici Universitari sono riconosciuti indipendenti dalle Aziende Sanitarie Locali e definiti **Aziende Ospedaliere (AO)** e Aziende Policlinico Universitario (AOSP).
- Gli altri ospedali rimangono all'interno dell'ASL come Presidi Ospedalieri pur essendo garantita una maggiore autonomia.
- Il riconoscimento di **autonomia** alle ASL e alla AO è il **presupposto** per l'attribuzione di **responsabilità** in termini di maggiore potere decisionale
- Il processo di aziendalizzazione ha previsto l'attribuzione di responsabilità agli organi dirigenti sui risultati raggiunti

Quali sono gli organi gestionali delle Aziende Sanitarie?

Ogni Azienda è diretta da una triade

- Il **Direttore Generale** (DG): nominato dalla Regione, contratto a tempo determinato di durata da 3 a 5 anni, rinnovabile e revocabile in caso di grave disavanzo o per violazioni di leggi o principi di buon andamento.

Funzioni: è responsabile della gestione complessiva dell'azienda sanitaria.

Requisiti: laureati, esperienza di almeno 5 anni di direzione, frequenza di un corso regionale in materia di sanità pubblica e organizzazione e gestione sanitaria

Le Regioni aggiornano periodicamente gli elenchi dei DG in possesso di tali requisiti

- Il **Direttore Sanitario** e il **Direttore Amministrativo**: scelti dal DG

Ma che cosa sono le aziende e quali effetti comporta la considerazione di ospedali e strutture sanitarie in quanto aziende?

- Aziende → contenuto economico → strutture che impiegano risorse per ottenere risultati
- Se le risorse fossero illimitate non avremmo bisogno dell'economia!
- Ma essendo le risorse limitate → devono essere utilizzate per ottenere il massimo risultato
- Le risorse devono essere attentamente valutate e organizzate al fine di permettere di ottenere il massimo risultato

I soggetti erogatori del SSN

- i soggetti erogatori possono essere pubblici o privati (a condizione che siano accreditati) → introdotta la **concorrenza** tra le strutture pubbliche e private

La regolamentazione dell'ingresso delle strutture nel sistema di produzione è articolata su diversi livelli:

- Autorizzazione
- Accredimento istituzionale
- Accordi contrattuali



Accreditamento istituzionale vs volontario

	ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE	ACCREDITAMENTO VOLONTARIO all'eccellenza
Obiettivo	Selezione fornitori SSR	Promozione della qualità
opzione	obbligatoria	volontaria
ricaduta	economica	Immagine e prestigio
diffusione	Tutte le strutture con rapporti con SSN	Alcune strutture
gestione	Istituzionale (Regioni)	Terzi (es: Joint Commission)
modalità	ispettiva	valutazione conformità
contenuti	Istituzionali, organizzativi e tecnici	organizzativi e tecnici
riferimenti	Normativa, programmazione, scientifici	Evidenze scientifiche

Com'è organizzato istituzionalmente l'SSN ?



Livelli operativi del SSN secondo la normativa vigente

Livello nazionale (statale o centrale)

- ***Organi di indirizzo*** (Parlamento, Governo, Consiglio dei Ministri, Ministero della Salute)
- ***Organo di raccordo tra il livello centrale e quello regionale*** (Conferenza Stato Regioni)
- ***Organi ausiliari tecnico scientifici*** (AIFA, CCM, ISS ecc)

Livello regionale

Per l'esercizio delle funzioni legislative in materia di assistenza sanitaria fatti salvi i principi generali che spettano allo Stato

Livello locale (periferico o territoriale)

ne fanno parte: i Comuni, le Aziende Sanitarie Locali (ASL) e i Distretti, le Aziende Ospedaliere (AO)

Livello NAZIONALE

Organi di indirizzo: Parlamento e Governo

Parlamento: fissa i principi generali e approva il Piano Sanitario Nazionale e la legge finanziaria

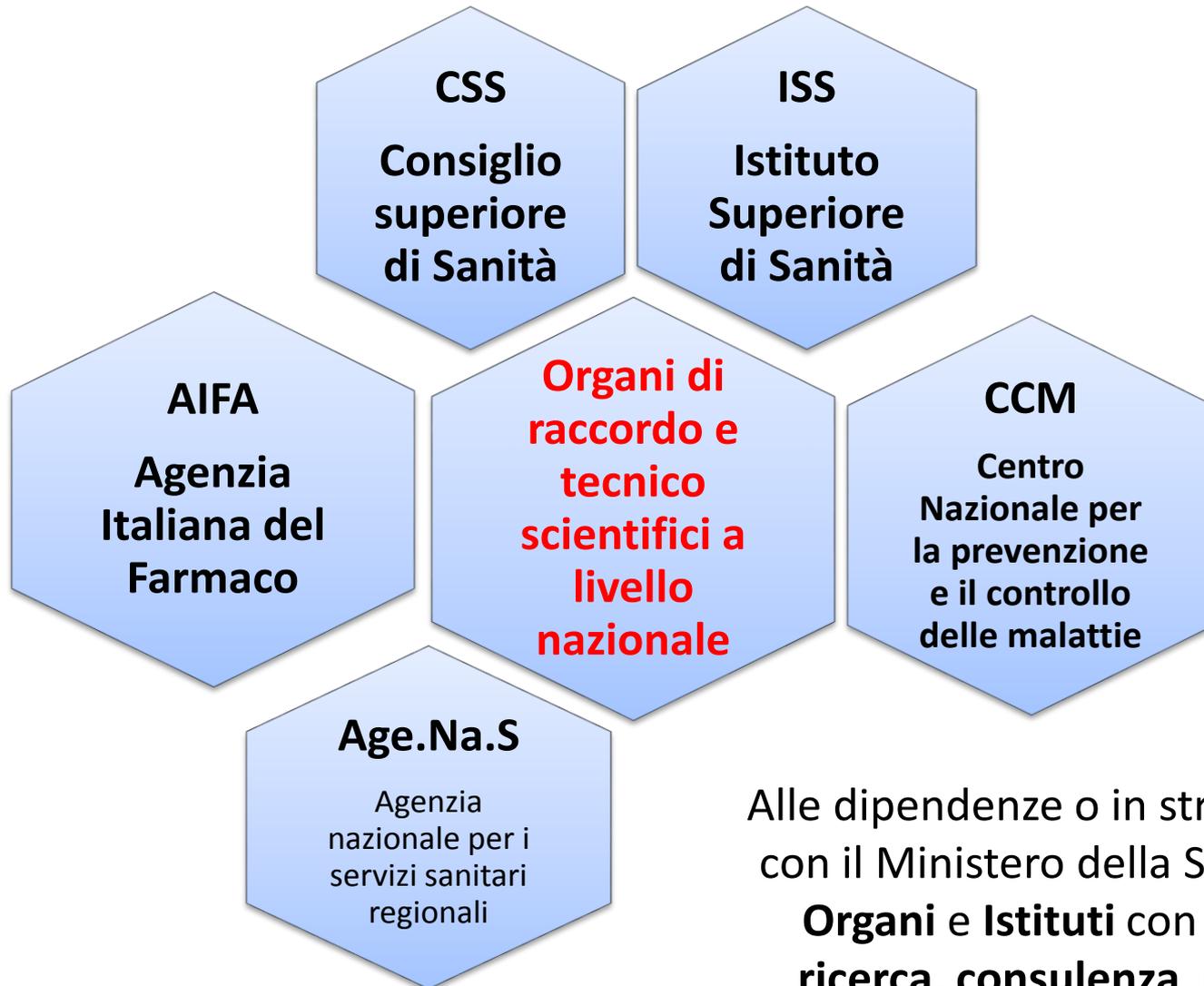
Governo ed in particolare del ***Ministero della Salute***: controlla l'uso delle risorse, promuove la ricerca e la formazione predispone il PSN all'interno del quale sono definiti i LEA

*Organo di raccordo tra il livello centrale
e quello regionale*

Conferenza Stato-Regioni

- costituita nel 1993 per favorire la cooperazione tra l'attività dello Stato e quella delle Regioni e le Province Autonome, costituendo la "**sede privilegiata**" della **negoziazione politica** tra le **Amministrazioni centrali** e il sistema delle autonomie **regionali**.
- La Conferenza è composta dai **20 Presidenti delle Regioni** a statuto speciale e ordinario e dai **2 Presidenti delle Province autonome** di Trento e di Bolzano

Organi ausiliari tecnico scientifici



Alle dipendenze o in stretto contatto con il Ministero della Salute vi sono **Organi e Istituti** con funzioni di **ricerca, consulenza, proposta e supporto in materia tecnica e scientifica**



Centro nazionale per la prevenzione
e il controllo delle malattie

Network per la prevenzione e la sanità pubblica



Ministero della Salute

[English](#)
[Disclaimer](#)
[Newsletter](#)
[Privacy policy](#)
[Redazione](#)
[Mappa del sito](#)
 Cerca

➤ Che cos'è il Ccm

➤ I programmi e i progetti del Ccm

➤ Piano nazionale della prevenzione

➤ Guadagnare Salute

➤ Ondate di calore e salute

➤ Commenti

➤ I convegni del Ccm

➤ Le pubblicazioni del Ccm

➤ Archivio in bella vista

➤ Archivio aggiornamenti

➤ Archivio newsletter

➤ I siti del network

Il Ccm è una rete collaborativa. Questo sito, quindi, offre visibilità ai siti che partecipano al lavoro di prevenzione e promozione della salute e della sanità pubblica.

Azioni per una vita in salute

[Ebp e lavoro](#)

[Ebp e obesità](#)

[EpiCentro](#)

[Guadagnare Salute](#)

[Guadagnare Salute in](#)

In bella vista - In gazzetta ufficiale il PNPV 2017-2019

Il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (PNPV) è stato pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 18 febbraio 2017. La nuova offerta vaccinale contenuta nel Piano si configura come un valido strumento per ridurre le disuguaglianze nel Paese e migliorare lo stato di salute della popolazione. Un Piano nazionale che contenga un Calendario nazionale di riferimento fortemente condiviso sul piano tecnico e politico con le Regioni e Province Autonome ha l'obiettivo di garantire a tutti i cittadini i pieni benefici derivanti dalla vaccinazione, attraverso l'equità nell'accesso a vaccini di elevata qualità e disponibili nel tempo. L'eliminazione e la riduzione del carico delle malattie infettive prevenibili da vaccino rappresentano una priorità per il Paese.



[Segue >>](#)

Ricerca avanzata

CERCA UN PROGETTO O UN CONTENUTO NEL SITO >>

➤ Calendario eventi

<< Marzo 2017 >>

D	L	M	M	G	V	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

➤ Antimicrobico-resistenza (AMR): country visit dell'ECDC in Italia

I dati di antibiotico-resistenza riguardanti l'Italia sono tra i peggiori in Europa. Per questo motivo il Ministero della Salute ha invitato dal 9 al 13 gennaio una delegazione dell'ECDC per ricevere raccomandazioni sulle possibili azioni di controllo.

[Segue >>](#)

➤ Antimicrobico-resistenza (AMR): on line il report annuale ECDC

A gennaio 2017 l'ECDC ha pubblicato il rapporto annuale "Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2015" con i dati forniti dallo European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net), la rete di sorveglianza coordinata dall'ECDC.

[Segue >>](#)

➤ G7: focus su clima, ambiente e salute

Il Governo italiano durante la Presidenza del G7 2017 porterà all'attenzione dei Capi di Stato il tema relativo a *I Cambiamenti climatici e l'impatto sulla salute*.

[Segue >>](#)

➤ JA-CHRODIS: final conference

Il 27 e 28 febbraio a Bruxelles è previsto il convegno conclusivo della European Joint Action CHRODIS.

[Segue >>](#)

➤ Newsletter

Per tenerti aggiornato sulle ultime novità del sito, iscriviti alla newsletter del Ccm:

E-mail: *

Iscriviti

Cancella iscrizione



Istituto Superiore di Sanità

Benvenuti sul sito istituzionale

IT PEC: protocollo.centrale@pec.iss.it

Cerca

Amministrazione trasparente

Basi di Dati

Dipartimenti e Centri

EU Reference Laboratories

Registri

Servizi

Ufficio Stampa

Altro...

Malattie della povertà, l'ISS in prima fila nel progetto EURIPRED per la condivisione degli strumenti e dei risultati della ricerca

ISS 02/02/2017 L'ISS, in qualità di membro di EATRIS (European Infrastructure for Translational Medicine), aderisce ad <http://www.euripred.eu/EURIPRED> (European Research Infrastructure for Poverty Related Diseases), un network di infrastrutture che collaborano tra loro con l'obiettivo di combattere, attraverso lo sviluppo e la condivisione di nuovi strumenti (vaccini, farmaci, microbiciidi), le malattie della povertà: HIV/AIDS, malaria, tubercolosi, epatite B e C. Istituto nel novembre 2013, finanziato dalla Commissione Europea, coordinato dal National Institute for Biological Standards and Control (NIBSC), centro di eccellenza della Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (UK), EURIPRED raccoglie 17 enti di ricerca europei appartenenti a 10 Paesi, oltre a gruppi di... Leggi...

AVVISO: dal 31 marzo 2015 l'Istituto Superiore di Sanità accetta fatture trasmesse esclusivamente attraverso il Sistema di interscambio (SDI) gestito dall'Agenzia delle Entrate e secondo il formato previsto dal decreto ministeriale del 3 aprile 2013 n. 55 ("Regolamento in materia di emissione, trasmissione e ricevimento della fattura elettronica da applicarsi alle amministrazioni pubbliche ai sensi dell'articolo 1, commi da 209 a 213 della legge 24 dicembre 2007 n.44").

Corsi e convegni

Lavorare all'ISS

Pubblicazioni

Chi siamo





Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

HOME AGENAS AREE TEMATICHE RICERCA E SVILUPPO PUBBLICAZIONI DOCUMENTAZIONE

Agenas è un ente pubblico non economico nazionale, che svolge una funzione di supporto tecnico e operativo alle politiche di governo dei servizi sanitari di Stato e Regioni, attraverso attività di ricerca, monitoraggio, valutazione, formazione e innovazione

AGENAS

- L'Agenzia
- Struttura
- Amministrazione trasparente
- Gare, avvisi e concorsi
- Contatti
- Posta elettronica certificata

IN PRIMO PIANO archivio primo piano

- Newsletter Agenas: nuovo Monitor n. 39 e ultimi report HTA**
Nella prima Newsletter del 2016 presentiamo il nuovo Monitor n. 39, la rivista Agenas che dedica questo numero a "La governance... [leggi di più](#)
- Rapporto Trasparenza, etica e legalità' nelle Aziende sanitarie**
Presentato il "Rapporto sullo stato di attuazione delle azioni adottate dalla sanità pubblica in materia di trasparenza... [leggi di più](#)
- Risultati PNE 2015 nella Newsletter Agenas**
Il Programma nazionale esiti è un'attività istituzionale del Servizio sanitario italiano e fornisce valutazioni... [leggi di più](#)
- Protocollo di Intesa Anac Agenas - Compilazione online modulistica**
Pubblichiamo l'aggiornamento delle modalità operative per la compilazione della modulistica ai fini della dichiarazione... [leggi di più](#)

ATTUALITÀ

- Comunicati
- Newsletter
- Dicono di noi

RICERCA e SVILUPPO

- Ricerca corrente e finalizzata - Ricerca Agenas - CCM
- Ricerca internazionale
- POAT - Assistenza tecnica alla governance delle Regioni
- Sperimentazioni gestionali e innovazione

AREE TEMATICHE

Monitoraggio e Valutazione

Il Ministero della Salute, nell'ambito di un sistema di valutazione della sanità, si avvale di Agenas per il monitoraggio delle variabili di qualità, efficienza ed equità. Attraverso il PNE, l'Agenzia elabora gli esiti degli interventi sanitari; inoltre, effettua il monitoraggio dell'erogazione dei LEA, valuta i dati della spesa sanitaria e della soddisfazione dei cittadini (empowerment) ... [leggi di più](#)

- LEA Livelli Essenziali di Assistenza
- Spesa sanitaria
- PNE
Programma Nazionale Valutazione Esiti
- Empowerment del Cittadino

SANITÀ NELLE REGIONI

Livello REGIONALE

Provvedimenti di competenza regionale:

- Determinazione degli **ambiti territoriali dell'Aziende USL e Aziende Ospedaliere**
- compiti, organizzazione, funzionamento delle **Aziende USL**
- predisposizione del **Piano Sanitario Regionale (PSR)**

Ruolo delle Regioni si è andato rafforzando nel tempo

Legge costituzionale 18 ottobre 2001 n.3: spetta alle Regioni la **potestà legislativa in materia sanitaria**, fatto salvo che per la determinazione dei principi fondamentali.

Livello LOCALE

I servizi sanitari sono tradizionalmente articolati su 3 livelli in base alla tipologia e alla complessità degli interventi forniti.

Assistenza primaria: fornita da professionisti specificatamente addestrati al **primo contatto e alle cure continuative**. Si occupa di soddisfare il bisogno emergente ma anche di garantire il trattamento della cronicità e della non autosufficienza.

Assistenza secondaria: comprende **servizi specialistici** ambulatoriali del territorio e ospedalieri che trattano pazienti spesso indirizzati dall'assistenza primaria.

Assistenza terziaria: servizi ad **alta specializzazione** e ad elevato impegno tecnologico.

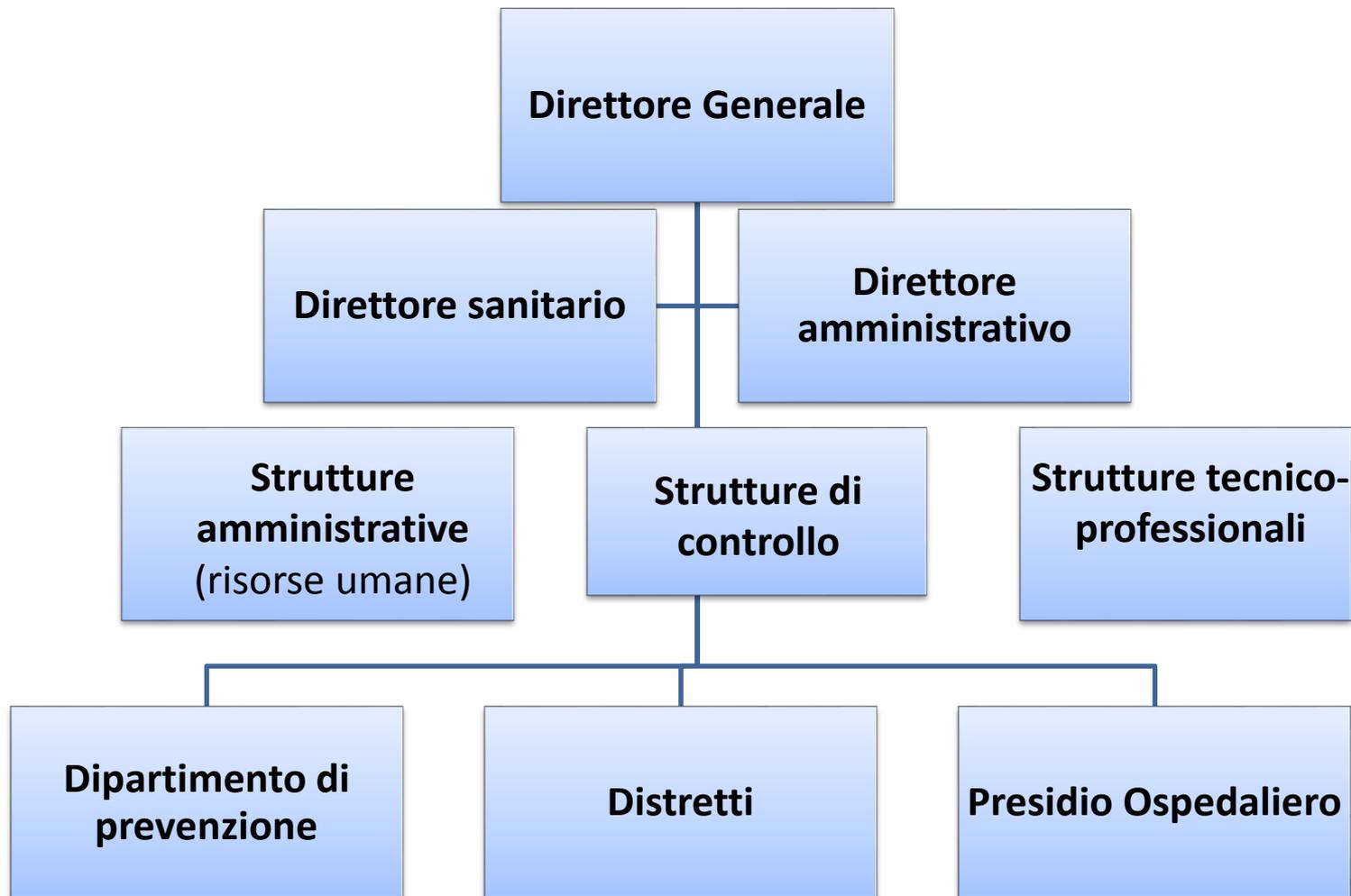
Quali sono i compiti delle ASL e delle AO?

- ASL: **garantire i LEA** attraverso l'erogazione di prestazioni e servizi erogati dall'ASL stessa oppure tramite soggetti erogatori esterni , pubblici o privati, presso i quali l'ASL acquista le prestazioni
- AO: rispondere a **specifici bisogni** di salute fornendo assistenza **sanitaria secondaria o terziaria**

ASL

dal punto di vista dell'organizzazione dei servizi all'interno delle Aziende USL si distinguono 3 settori

- **Attività di prevenzione:** Dipartimento di Prevenzione
- **Assistenza distrettuale:** Distretti
- **Assistenza ospedaliera:** Presidi Ospedalieri



Che cosa fa il Dipartimento di Prevenzione?

struttura operativa dell'Azienda USL dedita

all'organizzazione tutte le iniziative di prevenzione primaria

e secondaria in base alla situazione epidemiologica e ai

Piani sanitari regionali e aziendali

- **profilassi malattie infettive e parassitarie**
- tutela della collettività dei **rischi sanitari degli ambienti di vita** con riferimento anche agli **inquinanti ambientali**
- tutela rischi **infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro**
- **sanità pubblica veterinaria**
- **tutela igienico-sanitaria degli alimenti**
- **sorveglianza e prevenzione nutrizionale**

Che sono i distretti?

- Sono la **struttura operativa** delle **ASL** deputata a **garantire la *primary care*** o assistenza sanitaria primaria
- **Compito:** garantire accessibilità, continuità, tempestività della risposta assistenziale, di favorire un approccio intersettoriale alla promozione della salute, garantendo l'integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale.

Secondo il D.lgs 229/99 il distretto deve garantire:

- Pronto intervento e guardia medica
- Assistenza **medico-generica** e **specialistica** ambulatoriale
- Attività o servizi per la prevenzione e la cura delle **tossicodipendenze**
- Attività o servizi **consultoriali** per la tutela della **salute dell'infanzia, della donna e della famiglia**
- Attività o servizi rivolti a **disabili ed anziani**
- Attività o servizi di **assistenza domiciliare** integrata
- Attività o servizi per patologie da **HIV** e patologie in **fase terminale**

E adesso?

Cosa sta succedendo in Italia?

Grande Recessione: la peggior crisi economica dai tempi della Grande Depressione

Il benessere della popolazione e le istituzioni del welfare sono il principale bersaglio degli effetti della crisi e delle politiche di bilancio

La sanità è l'isola del tesoro quando si vuole tagliare poiché unisce grandi dimensioni ad elevata dinamicità endogena



Allocazione della spesa pubblica per settori di spesa dello Stato (in miliardi)

	2010	2013	diff. assol. (*)	diff. %
SSN	112,8	109,6	-3,2	-2,8
Istruzione	61,7	58,2	-3,6	-5,7
Protezione Sociale	16,3	14,6	-1,7	-10,7
Ordine Pubblico	30,1	30,2	+0,1	+0,4
Difesa	21,1	21,8	+0,7	+3,6

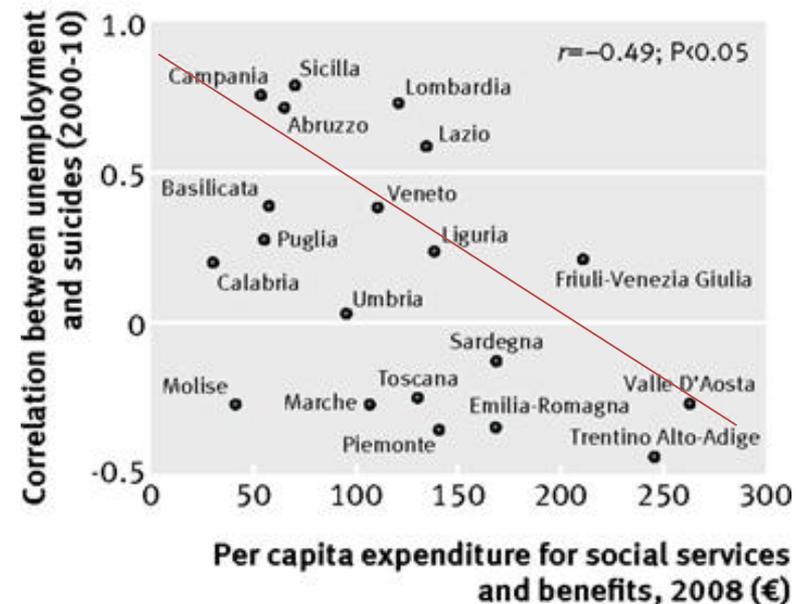
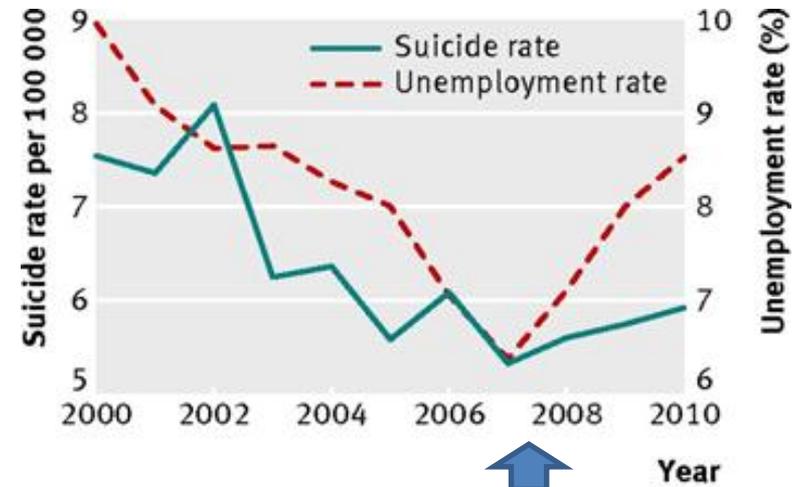


Tratto da una lezione del prof. Taroni F

Qual è/sarà l'impatto della crisi sulla salute?

- Mancano indagini e ricerche specifiche
- Ricerche attuali basate sull'utilizzo di statistiche sanitarie correnti: bassa qualità, ritardo nella produzione, non consentono di studiare a fondo il problema
- Effetti precoci e specifici della crisi sono: depressione, disturbi del comportamento raramente rappresentati nelle statistiche sanitarie correnti

Roberto De Vogli BMJ 2013;347:bmj.f4908



- Le **recessioni economiche fanno male alla salute**: ogni 100 dollari di ↑ spesa pubblica in welfare la mortalità generale si ↓ dello 0,99%
- L'impatto sulla salute deriva sia dalla **recessione economica** che dalle **politiche fiscali** adottate
- Le crisi producono **nuove vulnerabilità sociali**: disoccupazione, lavoro flessibile, posticipazione del pensionamento, riduzione del reddito riducono la capacità di far fronte a fattori di rischio endogeni ed esogeni
- Le istituzioni del welfare svolgono una funzione anticiclica alla crisi e immediata di sostegno alla popolazione

Le politiche sanitarie **in tempo di crisi** dovrebbero **continuare a tutelare la salute** rispondendo all'aumento della domanda derivante dai nuovi bisogni.

Invece le 3 manovre finanziarie hanno **bloccato il finanziamento** al SSN e determinato un aumento della spesa a carico dei cittadini (ticket).

Fondo sanitario 2016: **109,3** miliardi

Tra il 2008 e il 2014 **riduzione di 17,544 miliardi di spesa per il SSN**

Tabella n. 5/APP/PATTO – Effetto cumulato delle manovre 2008-2014 a carico dei trasferimenti ordinari per il Servizio sanitario nazionale

Contributo agli obiettivi di finanza pubblica	Quote annue a carico delle RSO						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
D.L. 112/2008, art.79, co. 1-bis (minor incremento)		2.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000
L. 191/2009, art. 2, co. 67 (personale)		466	466	466	466	466	466
D.L. 78/2010, art.9, co.16 (personale)			418	1.132	1.132	1.132	1.132
D.L. 78/2010, art.11, co.5, 7 e 12 (farmaceutica)			600	600	600	600	600
D.L. 98/2011, art. 17, co. 6 (ticket)				834	834	834	834
D.L. 98/2011, art. 17, co. 5 (visite fiscali)					70	70	70
D.L. 98/2011, art. 17, co. 1 e 2 (minor incremento)					2.500	5.450	5.450
D.L. 95/2012, art. 15, co.22 (farmaceutica)				900	1.800	2.000	2.100
D.L. 228/2012, art.1, co.132 (farmaceutica)					600	1.000	1.000
L. 147/2013, art. 1, co. 481 (personale)							540
L. 190/2014, art. 1, co. 398							2.352
Totale concorso in termini di saldo netto da finanziare	0	2.466	4.484	6.932	11.002	14.552	17.544

Fonte: elaborazione Corte dei conti - Sezione delle autonomie - Importi in milioni di euro

Tratto da una lezione di Taroni F

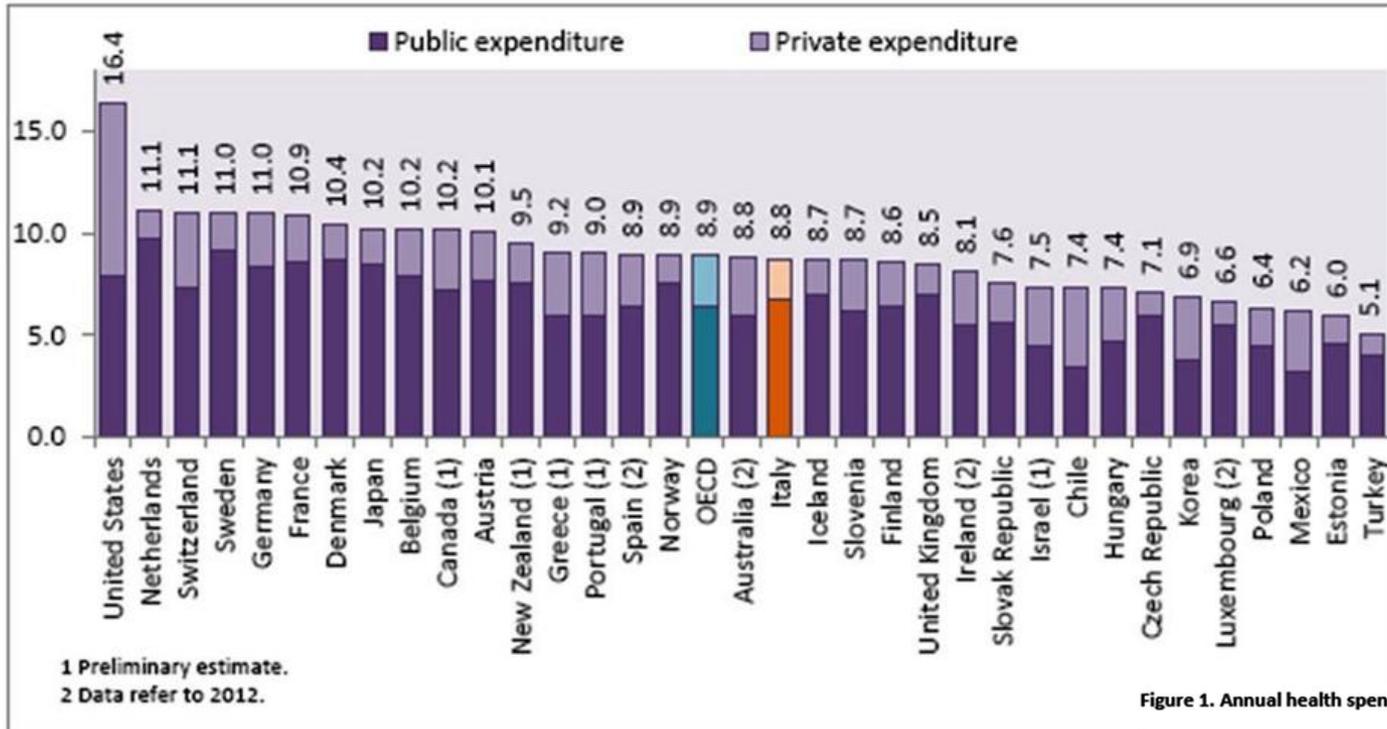
Spesa sanitaria pubblica in rapporto al Prodotto Interno Lordo

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Spesa sanitaria pubblica corrente}}{\text{Denominatore} \quad \text{Prodotto Interno Lordo a prezzi correnti}} \times 100$$

- **quota di risorse** che vengono **utilizzate** per la promozione, il mantenimento, la cura e il ristabilimento delle condizioni di salute della popolazione **rispetto a quanto prodotto complessivamente** nel periodo di riferimento.
- *proxy* della misura del peso economico potenziale per la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e degli altri servizi socio-sanitari aggiuntivi che la regione vuole garantire ai suoi cittadini.

Spesa sanitaria sul PIL (%)

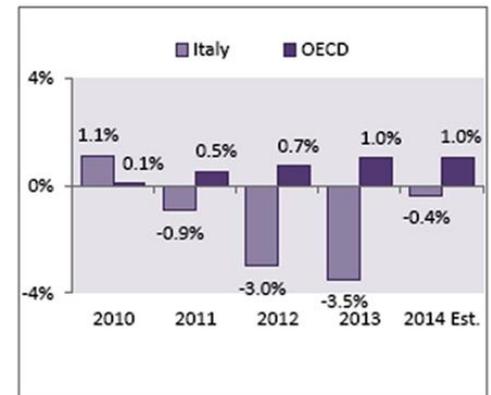
Figure 2. Health spending* as a share of GDP, 2013



* Excluding capital expenditure.
Source: OECD Health Statistics 2015

La percentuale del PIL destinato alla spesa sanitaria è inferiore alla media OCSE

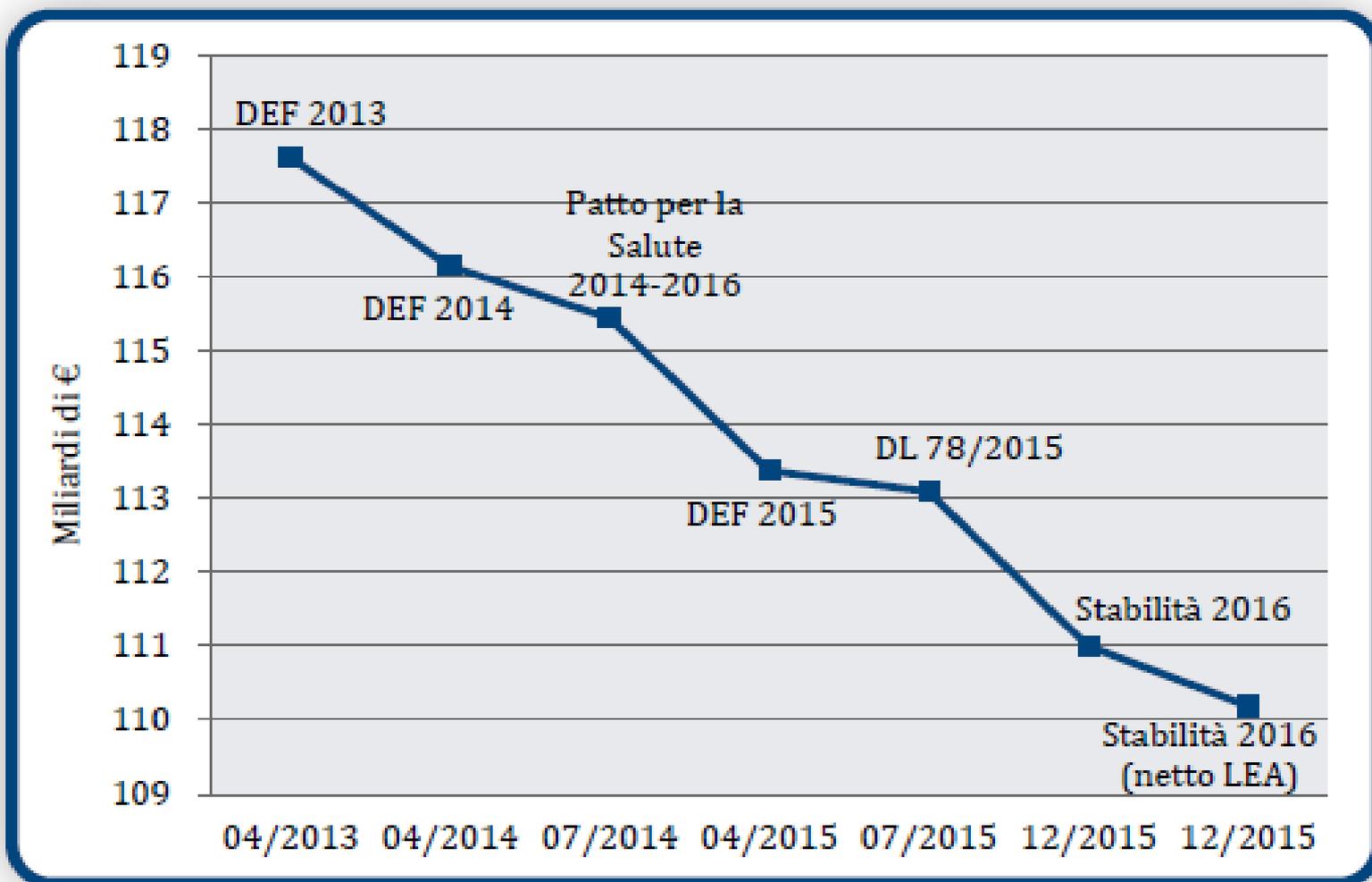
Figure 1. Annual health spending growth*, 2010-2014



* Per capita spending in real terms
Source: OECD Health Statistics 2015

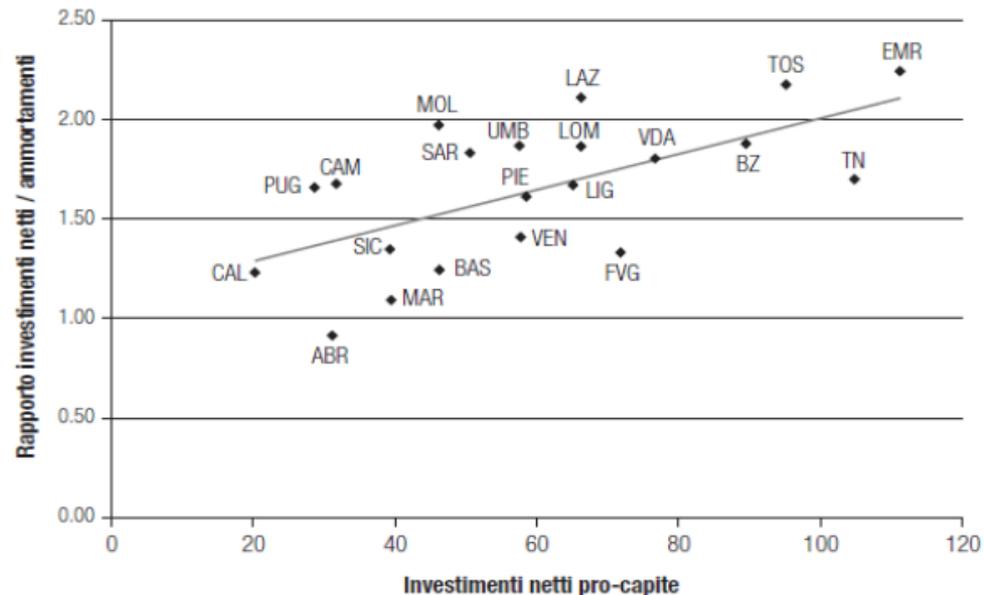
Finanziamento pubblico del SSN

Disinvestimento del SSN per fronteggiare la crisi



**Se nel complesso il SSN è finanziariamente in equilibrio,
con una spesa contenuta e un buon
profilo di appropriatezza nel confronto internazionale,
dove sono i principali problemi?**

Il SSN ha **fortemente contenuto la spesa per investimenti per il rinnovo** e lo sviluppo tecnologico e infrastrutturale, sia a livello di politiche nazionali



Desto preoccupazione la modalità con cui sono stati ottenuti i rilevanti ed efficaci contenimenti della spesa



blocco delle assunzioni, congelamento delle retribuzioni pubbliche, così come di contenimento della spesa per farmaci, medical device, beni e servizi e per le prestazioni erogate da produttori privati accreditati

Dati più recenti confermano una progressiva riduzione del turnover e una forte carenza di personale di giovane età a fronte di un crescente invecchiamento del personale.

Compensazione del *turnover*

Tasso di compensazione del turnover

Numeratore	Entrati nel periodo - Stabilizzati nel periodo (anno di riferimento)
	<hr/>
Denominatore	Usciti nel periodo (anno di riferimento)

x 100

Valore di riferimento/Benchmark. Se il tasso di compensazione è >100, significa che vi è stato un ampliamento dell'organico, mentre se è <100, l'organico ha subito una contrazione.

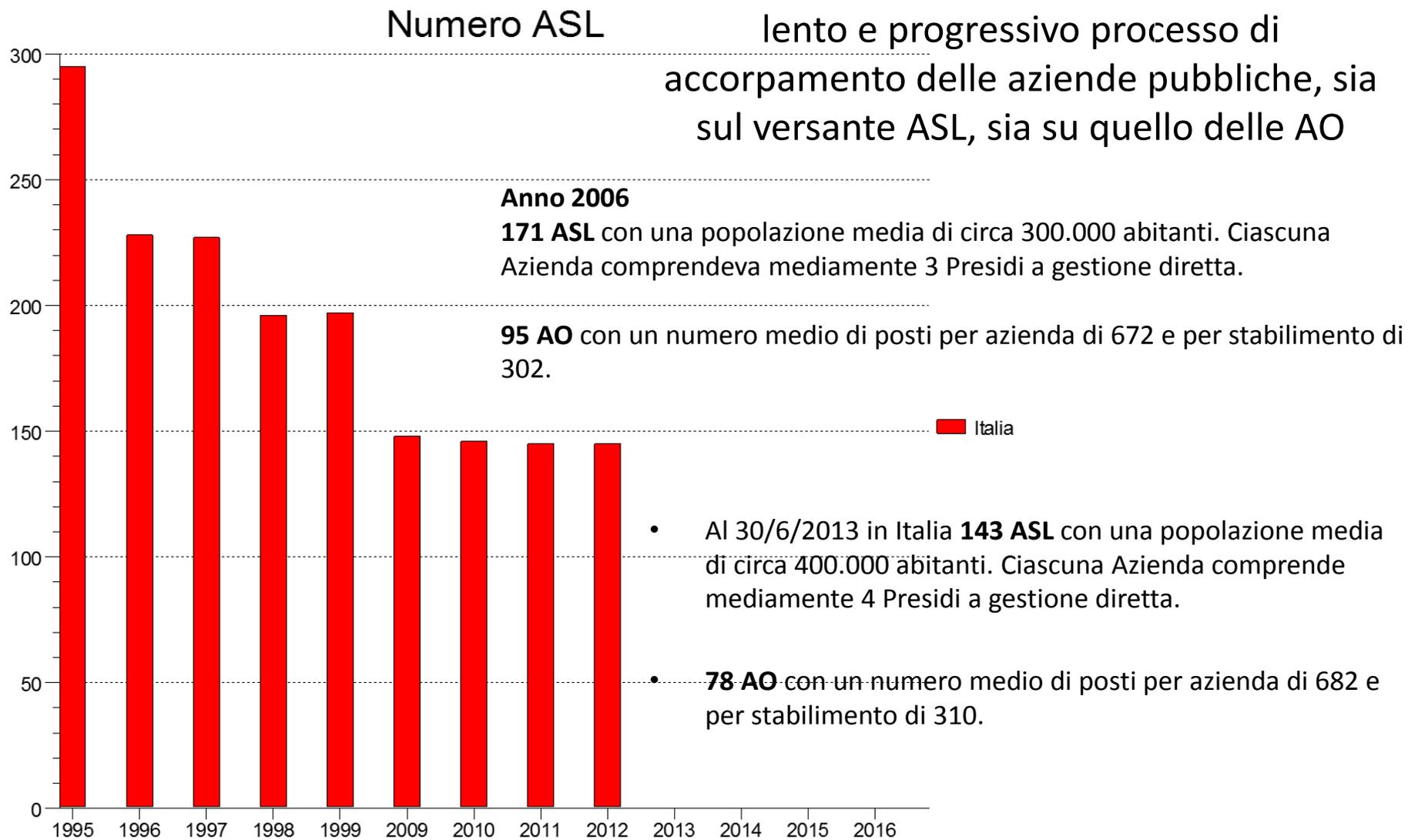
Tabella 1 - *Tasso (per 100) di compensazione del turnover al netto delle procedure di stabilizzazione per regione - Anni 2008-2011*

Regioni	2008	2009	2010	2011
Piemonte	104,0	152,0	94,4	43,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	112,9	108,2	226,5	103,2
Lombardia	87,6	83,9	80,8	94,6
Trentino-Alto Adige*	139,2	84,5	94,3	85,5
Veneto	110,2	90,6	90,1	79,3
Friuli Venezia Giulia	146,9	129,3	78,0	92,4
Liguria	98,6	103,0	61,7	89,9
Emilia-Romagna	110,5	123,9	111,2	83,8
Toscana	129,5	130,8	103,0	96,5
Umbria	81,6	113,2	75,7	108,7
Marche	99,3	123,4	100,3	91,3
Lazio	69,5	56,2	37,7	25,0
Abruzzo	52,1	24,0	96,5	131,0
Molise	68,7	44,9	75,4	6,5
Campania	55,8	95,4	27,6	69,9
Puglia	76,4	63,7	66,2	40,0
Basilicata	194,5	99,8	48,0	130,8
Calabria	90,8	83,8	27,4	65,6
Sicilia	60,9	96,0	76,6	89,8
Sardegna	125,2	154,6	76,5	80,0
Italia	97,2	96,8	81,9	78,2

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Fonte dei dati: Elaborazione su dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anni 2008-2011.

Trasformazione della geografia dei servizi e degli assetti istituzionali



Perché questa tendenza al gigantismo?

ricerca di una **razionalità** di sistema
per il conseguimento di **economie di scala** e
l'eliminazione di duplicazioni e sovrapposizioni di
competenze e servizi

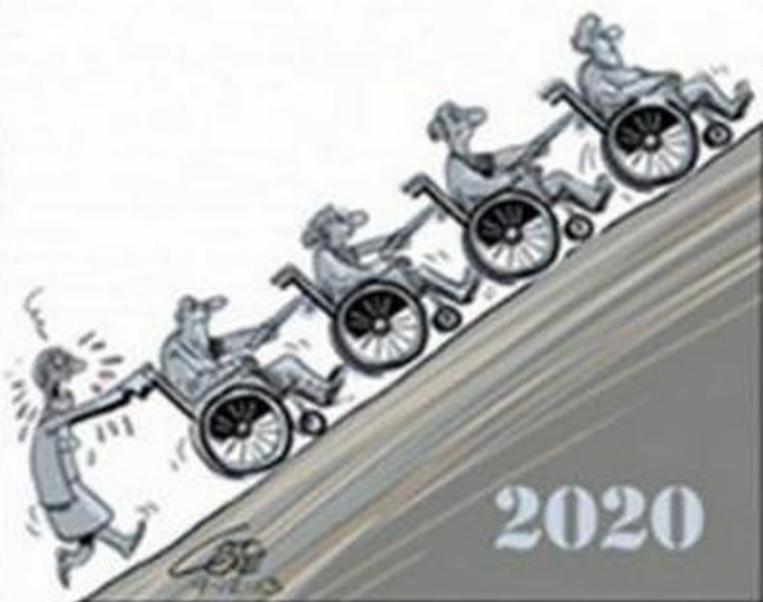
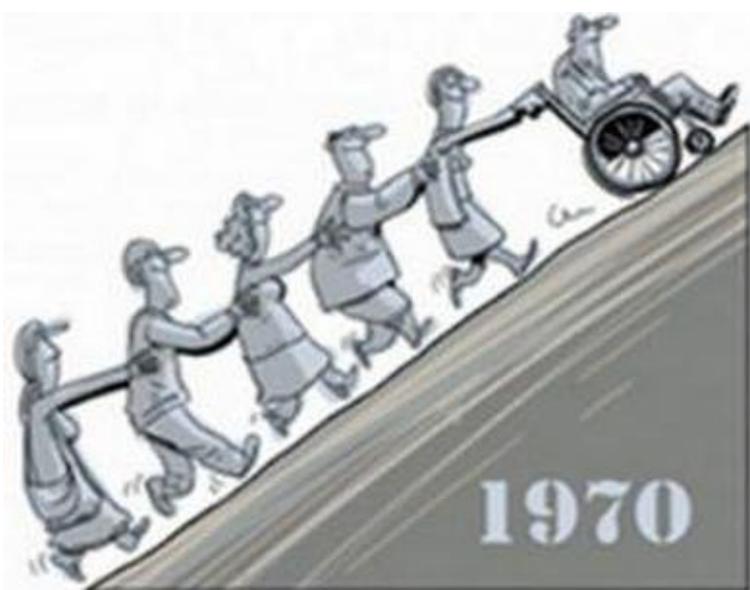
In molte regioni, si sta prefigurando un nuovo assetto istituzionale di SSR, basato su un numero davvero limitato di aziende «giganti» (Marche, Abruzzo, Umbria, Emilia-Romagna)

Questo che cosa potrebbe implicare?

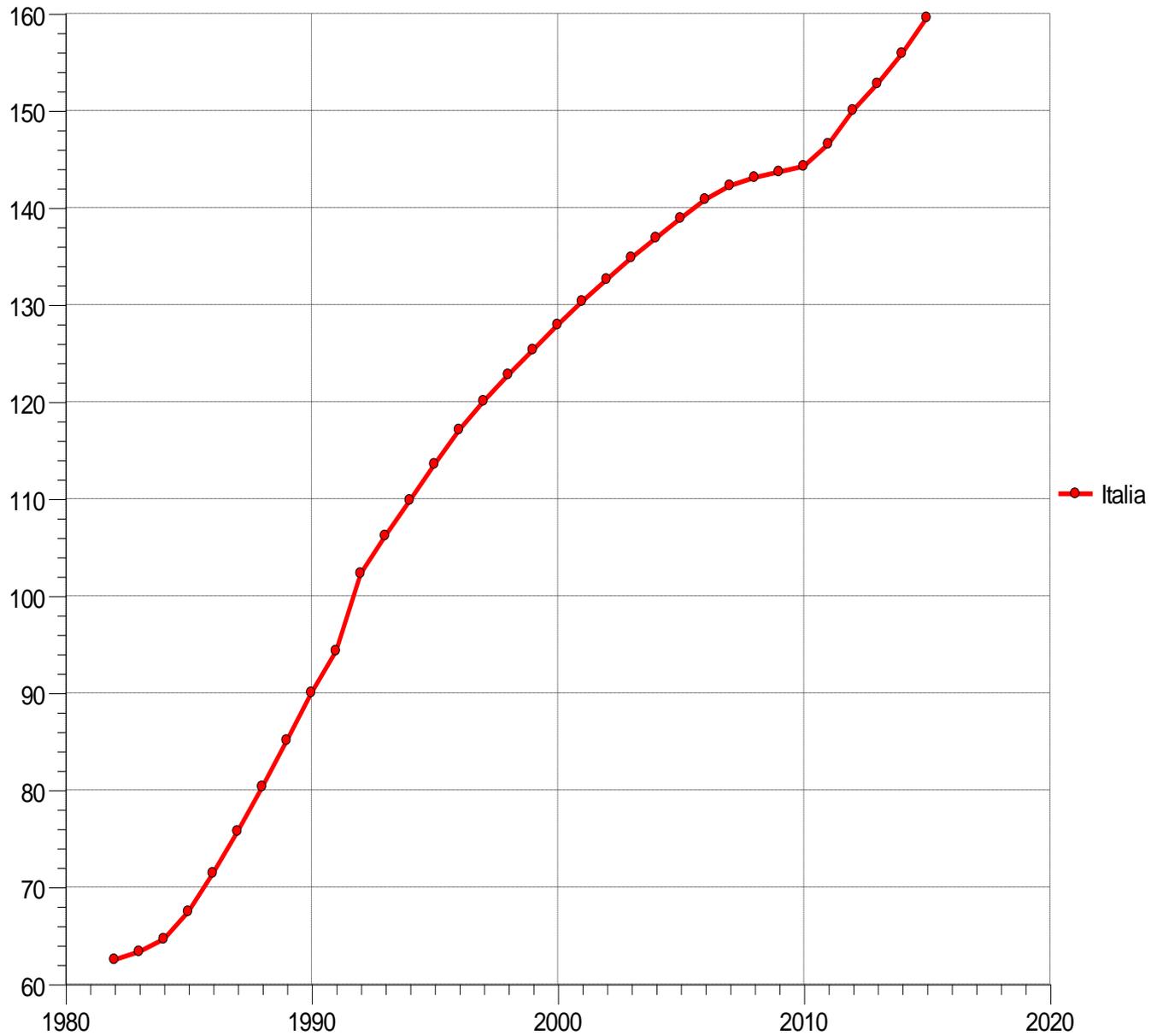
“Se questa dinamica dovesse confermarsi e rafforzarsi nel tempo, ci collocherebbe davanti a una **profonda modifica degli assetti istituzionali**.

Poche grandi aziende configurano delle organizzazioni lontane dal modello previsto dal D.lgs. 502/92.

A titolo di immagine esemplificativa, possiamo affermare che in una regione con sole 3 o 4 aziende, l'incontro tra l'assessore, il direttore generale dell'assessorato e i direttori generali delle aziende diventa l'unica cabina di regia dello sviluppo del SSR”.



Indice di invecchiamento M+F



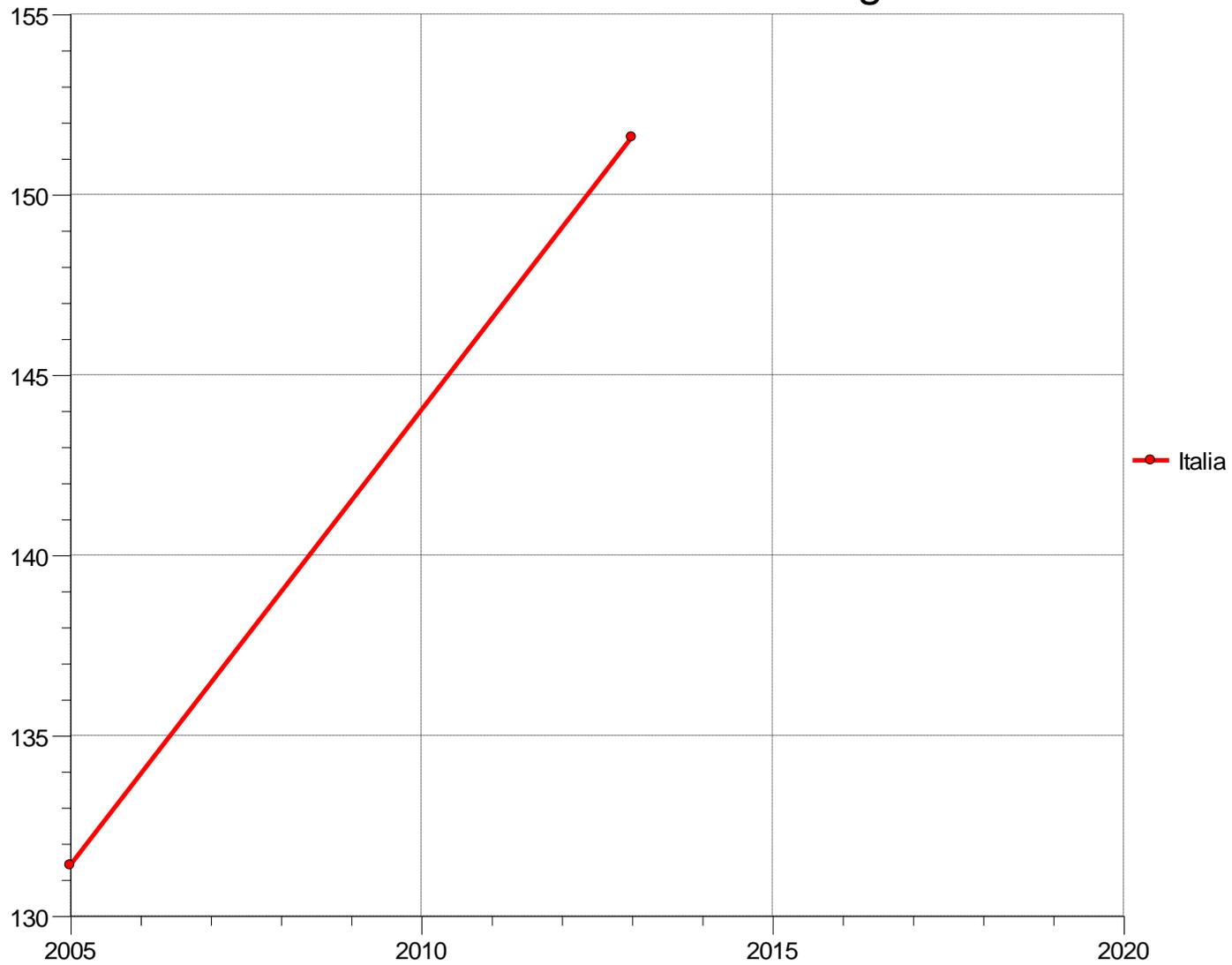
Tasso std mortalità M



Tasso std mortalità F



Tasso almeno una malattia cronica grave M+F



Qualche considerazione conclusiva

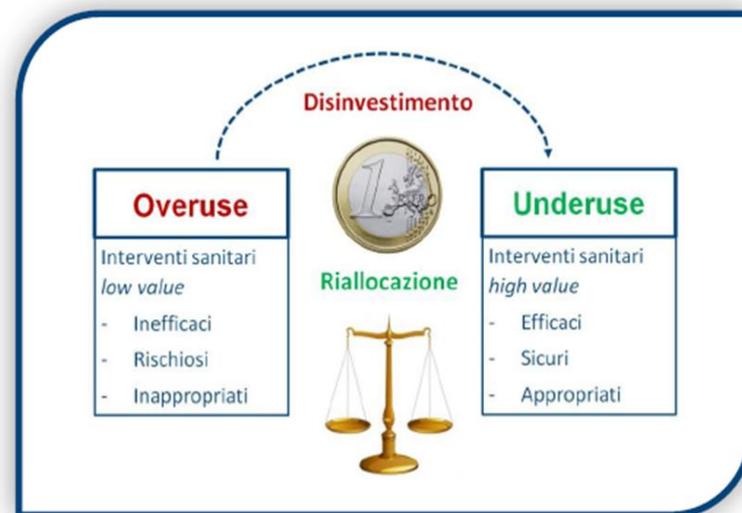


Continuare a difendere il SSN
(conquista sociale)

Contenimento del de-finanziamento pubblico e riduzione degli sprechi

Tabella 2. Impatto stimato degli sprechi sulla spesa sanitaria pubblica

Categoria	%	Mld €
1. Sovra-utilizzo	30	7,42
2. Frodi e abusi	20	4,95
3. Acquisti a costi eccessivi	13	3,21
4. Sotto-utilizzo	14	3,46
5. Complessità amministrative	11	2,72
6. Inadeguato coordinamento dell'assistenza	12	2,97



Rimodulazione dei LEA sulla base delle migliori evidenze scientifiche

Relazione **ideale** tra LEA e valore delle prestazioni

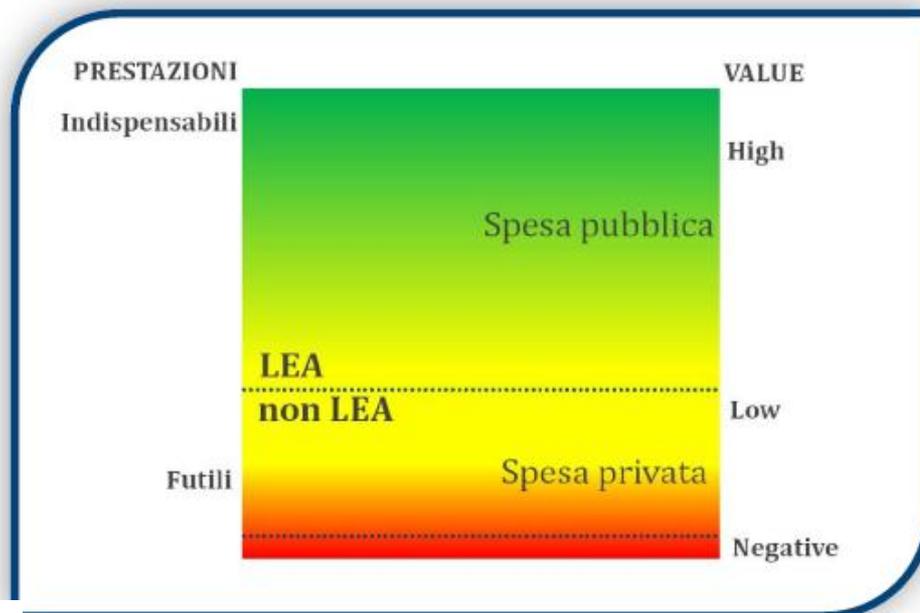


Figura 14. Relazione ideale tra LEA e *value* delle prestazioni

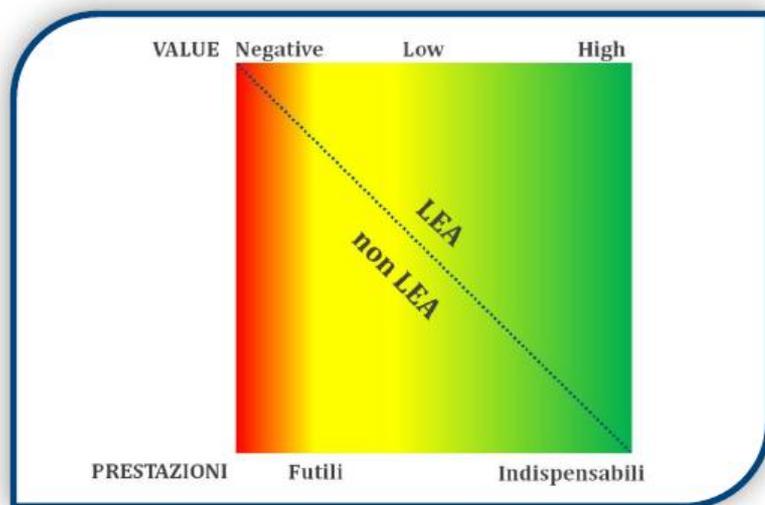


Figura 13. Relazione attuale tra LEA e *value* delle prestazioni

Relazione **reale** tra LEA e valore delle prestazioni