

Argomenti

- **Contesto di riferimento**
- **Quadro macroeconomico e scenario nazionale**
- **Sistemi regionali e modelli a confronto**
- **Cenni sulla figura del MMG**

Silvia Angeloni
sangeloni1@libero.it

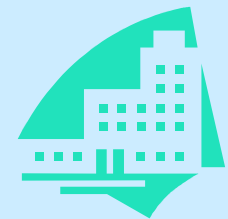
Versione per il Test

CLASSIFICA

della **Organizzazione Mondiale della Sanità** (O.M.S.)
World Health Organization (W.H.O.)

Che ha misurato le
PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI DI **191 STATI** MEMBRI

- 1° - Francia
- 2° - Italia
- 3° - Rep. di San Marino
- 4° - Andorra
- 5° - Malta
- 6° - Singapore
- 7° - Spagna
- 8° - Oman
- 9° - Austria
- 10° - Giappone



SISTEMA SANITARIO ITALIANO È QUINDI FRA I PIÙ VALIDI

Per questo motivo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S) vorrebbe capire meglio quali sono gli aspetti forti del nostro modello Sanitario per compararlo con quello di altre Nazioni

**PER STUDIARE MEGLIO I SISTEMI SANITARI EUROPEI
LA O.M.S. HA APERTO UNA SEDE A VENEZIA**

In modo da entrare nel vivo dei Sistemi Sanitari Europei, utilizzarne i servizi, parlare con gli operatori, i dirigenti, ecc.





Estensione dell'intervento pubblico nel settore sanitario

Sistemi Pluralistici

- il bene salute è considerato come un **bene di consumo**
- lo Stato non interviene nel finanziamento dell'assistenza sanitaria alla quale provvedono i cittadini attraverso assicurazioni commerciali
- lo Stato regola il mercato dei servizi sanitari con organi di indirizzo simili a quelli di altri settori (antitrust, licenze)
- lo Stato non è responsabile della produzione dei servizi

USA

Sistemi Mutualistici

- il bene salute è considerato come un **bene di consumo garantito e regolamentato**
- lo Stato è responsabile per la politica sanitaria nazionale
- lo Stato interviene regolamentando le mutue e rendendo obbligatoria l'iscrizione
- lo Stato può possedere a sua volta alcune mutue
- lo Stato in parte possiede le strutture sanitarie
- lo Stato controlla le strutture

**Francia, Germania,
Olanda**

Sistemi Sanitari Nazionali

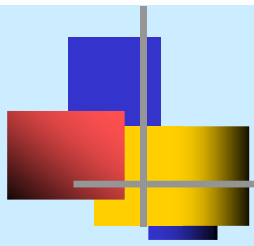
- il bene salute è considerato come un **diritto del cittadino**
- lo Stato è responsabile per la politica sanitaria nazionale
- lo Stato raccoglie i fondi attraverso la tassazione generale
- alloca le risorse alle strutture in base alla programmazione sanitaria
- lo Stato possiede la maggioranza delle strutture

Italia, UK



Intervento dello Stato

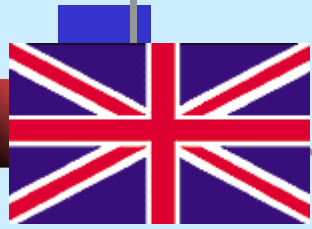
SILVIA ANGEONI



Classi di sistema sanitari

Tre distinte classi di sistema sanitario:

- ❖ **Assicurativi**, cioè finanziati in via prioritaria con contributi assicurativi volontari,
- ❖ **Mutualistici**, cioè finanziati in via prioritaria con fondi malattia,
- ❖ **Universalistico pubblico**, cioè finanziati in via prioritaria con il prelievo fiscale.



Sistemi Universalistici

Modello Beveridge



INGHILTERRA

- Lord Beveridge ha cominciato a promuovere un nuovo sistema di sicurezza sanitaria nel 1940
- Nel 1948 nasce il National Health Service

ITALIA

- Art. 32 Costituzione italiana (1 gennaio 1948) *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”*
- Legge 833 del 1978 istituisce il Servizio Sanitario Nazionale

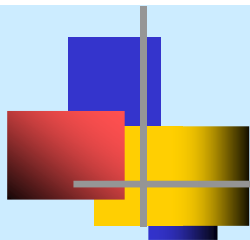
Variabili di complessità importate dai SSN

- invecchiamento della popolazione
- transizione epidemiologica
- aumento delle aspettative degli individui e comunità (Benessere)
- nuove tecnologie
- globalizzazione



Criticità comuni ai sistemi e l'esigenza di continuare lo stato di riforma

- iniquità nell'accesso e nella qualità delle cure
- inappropriatelyzza dei percorsi diagnostico-terapeutici
- inefficiente coordinamento, gestione, informazione
- qualità (oggettiva e percepita) dei servizi erogati
- nuovo ruolo dei pazienti e delle comunità



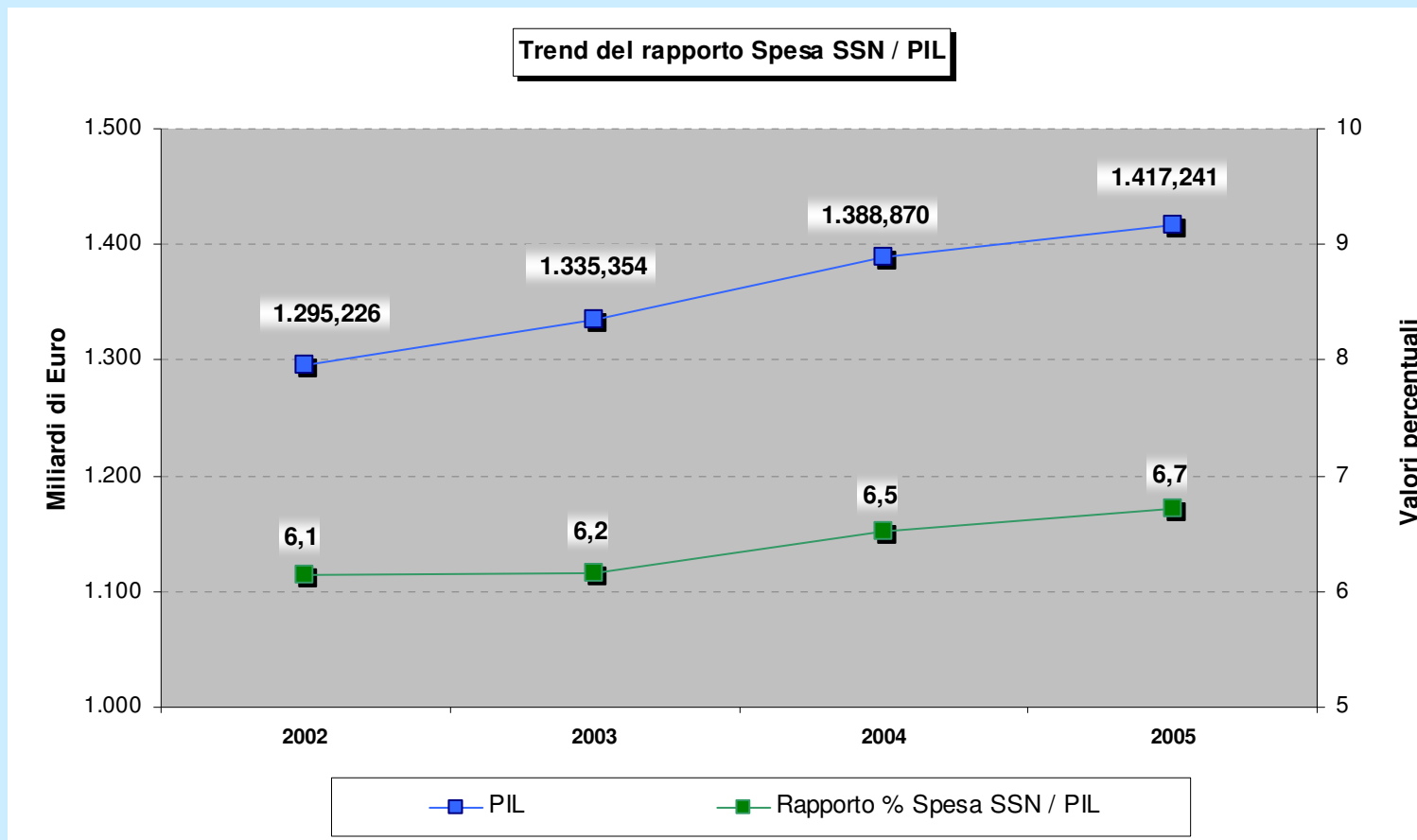
ALCUNI DATI dal Ministero della Salute

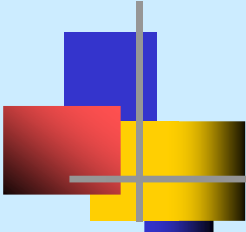
SPESA del Servizio Sanitario Nazionale - Trend dal
2002 al 2005

Anni	Ammontare Spesa SSN (Miliardi di Euro)	Variazione % della Spesa SSN rispetto all'anno precedente	Spesa pro-capite (Euro)	PIL (Miliardi di Euro)	Rapporto % Spesa SSN/PIL	Variazione % del rapporto Spesa SSN/PIL rispetto anno precedente
2002	79,549	4,67	1.381	1.295,226	6,14	-1,53
2003	82,220	3,36	1.427	1.335,354	6,16	0,25
2004	90,510	10,08	1.556	1.388,870	6,52	5,84
2005	95,242	5,23	1.629	1.417,241	6,72	3,12

La spesa pro-capite è calcolata con riferimento alla popolazione residente al 1° gennaio dell'anno di riferimento

ALCUNI DATI dal Ministero della Salute





ALCUNI DATI Sole 24 Ore (28/2/2008)



6,7%

Flusso finanziario di Spesa pubblica sul PIL

4,2

I medici ogni mille abitanti in Italia

In Francia sono 3,37; negli Stati Uniti 2,56.

47%

L'incidenza della spesa ospedaliera

In rapporto alla spesa sanitaria

8,6%

Il sistema sanitario sul PIL

Corrisponde a due terzi della filiera della salute che, a sua volta, costituisce il 12,5% del PIL



La Sanità: non una spesa, ma una risorsa

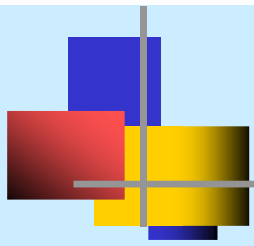
La spesa per la sanità è anche un fattore di sviluppo e di occupazione

La filiera della salute è la terza impresa in Italia (come dice il recente studio della Commissione sanità di Confindustria, pubblicato nel 2006)

Valore aggiunto diretto e indotto delle attività della **filiera della salute** in mln € (anno 2004)

Attività economiche	Valore aggiunto diretto	Valore aggiunto indotto	Valore aggiunto totale	Valore aggiunto totale/PIL
Industria	10.800	10.400	21.200	1,57%
Commercio	7.600	24.400	32.000	2,37%
Servizi	55.100	41.000	96.100	7,11%
Totale filiera	73.500	75.800	149.300	11,05%

Considerando l'**occupazione indotta**, la filiera assorbe due milioni e mezzo di addetti, più del **10% delle complessive forze di lavoro occupate**.

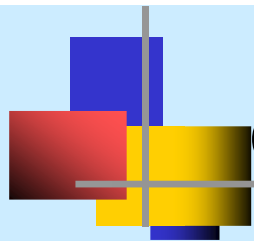


L'origine dell'Economia Sanitaria

Il sistema sanitario, all'interno di quello economico complessivo, ha lo scopo di produrre un particolare tipo di **bene economico**: le prestazioni o i servizi sanitari (per esempio **ricoveri, visite, esami diagnostici**) al fine di promuovere *salute*.

Ogni attività sanitaria ha in sé anche un aspetto **economico**, in quanto utilizza *risorse*.

Le risorse sono, peraltro, scarse a livello di collettività e bisogna quindi utilizzarle al meglio. Non essendo possibile ottenere tutto ciò che si vorrebbe, è necessario fare delle scelte: l'**Economia Sanitaria** fornisce strumenti per aiutare a prendere decisioni che siano compatibili con il miglior uso possibile delle risorse.



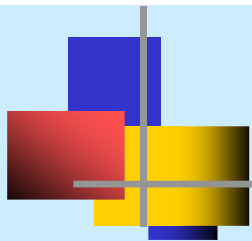
CARATTERISTICHE della domanda e dell'offerta

L'obiettivo di garantire ai cittadini un vero e proprio diritto alla salute, svincolato dalle condizioni personali di ricchezza, ha creato una **domanda di prestazioni sanitarie crescente**.

Come soluzioni tra le scelte possibili, il nostro Legislatore ha optato per un sistema caratterizzato da meccanismi di funzionamento originali con principi fondamentali innovativi, come ad esempio:

- libertà di scelta del fornitore delle prestazioni di cura da parte del cittadino;
- l'aziendalizzazione delle strutture;
- la regionalizzazione del sistema;
- la pre-definizione delle risorse a carico dell'Erario dello Stato.

Prende così corpo un sistema pubblico caratterizzato da indicativi elementi di competizione, dove i singoli presidi ed aziende sanitarie devono ricercare il gradimento del **cittadino** che diventa un vero e proprio **cliente**.



COMPETENZE

Dopo le modifiche apportate dalla L. cost. 18 ottobre 2001, n. 3:

- la **tutela della salute**, intesa in ampia accezione, risulta esplicitamente rimessa alla legislazione **concorrente Stato-Regione** (art. 117, c. 3, Cost.);
- mentre la determinazione dei **Livelli Essenziali delle prestazioni** concernenti i diritti sociali che debbono essere garantiti su tutto il territorio nazionale tornano ad essere ascritti alla competenza legislativa esclusiva dello **Stato** (art. 117, c. 2, Cost.).

Alle **Regioni** è riconosciuta l'autonomia di erogare **livelli aggiuntivi** provvedendo al reperimento delle risorse richieste allo scopo.

Quindi, nel contesto normativo del federalismo fiscale, le Regioni devono provvedere con proprie risorse agli effetti finanziari conseguenti agli eventuali maggiori costi di produzione per l'erogazione dei livelli di assistenza e/o livelli di assistenza superiori a quelli ritenuti essenziali.



I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA)

I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA sono anche citati dal Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229, il quale, all'art. 1, c. 2, sancisce: *“Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso risorse pubbliche 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 dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse.”*

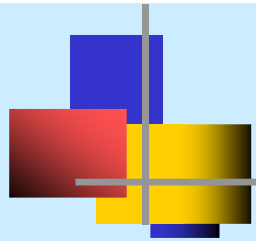
Il D.Lgs. n. 229 stabilisce inoltre la classificazione dei LEA distinguendo 3 livelli:

- l'assistenza **sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro**;
- l'assistenza **distrettuale**;
- l'assistenza **ospedaliera**.

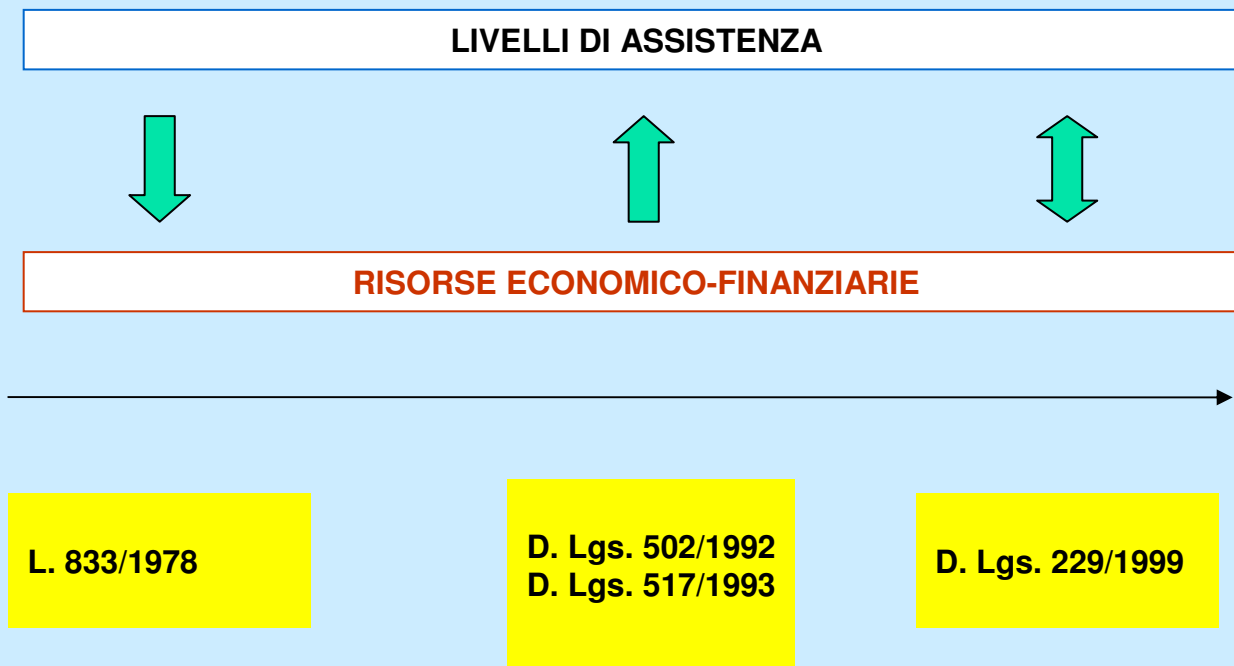
D.P.C.M. 29/11/2001 (“Definizione dei livelli essenziali di assistenza”)

Nel novembre 2001, la Conferenza Stato-Regioni ha elaborato un provvedimento che indica, in un **primo allegato**, tutte le prestazioni e i servizi erogabili e, in un **secondo allegato**, **3 elenchi** di prestazioni:

- un primo elenco riguarda alcune **prestazioni da escludere dai LEA**, in quanto non corrispondono alle necessità assistenziali tutelate dal SSN o non soddisfano i principi di efficacia e di appropriatezza;
- un secondo elenco individua alcune prestazioni che possono essere erogate **solo in presenza di specifiche condizioni cliniche**;
- un terzo elenco riguarda alcune prestazioni ospedaliere che presentano un **profilo organizzativo potenzialmente inappropriato** (si tratta, in particolare, di una lista di prestazioni riconducibili a 43 DRG ad alto rischio di inappropriata erogazione se erogate in regime di degenza ordinaria, per le quali sarebbe sufficiente il ricorso al day hospital o ad altre forme di assistenza territoriale).



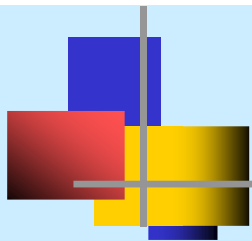
Evoluzione della logica di programmazione lungo l'arco delle tre riforme





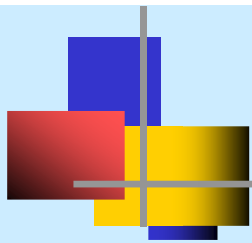
I livelli della pianificazione strategica

- Il sistema sanitario è caratterizzato da una struttura decisionale disposta su tre macro-livelli, in cui le competenze sono divise tra **stato**, **regione** e **azienda sanitaria** - territoriale e ospedaliera - con competenze sempre maggiori del Comune.



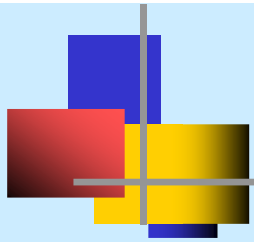
“Programma e controlla”

- Definisce il programma sanitario nazionale.
- Regola e orienta il servizio sanitario nazionale.
- Definisce criteri e standard di valutazione qualità ed efficienza.
- Controlla e vigila sui farmaci attraverso l'AIFA.
- Non gestisce servizi destinati a soddisfare la domanda finale e non dispone di un'organizzazione territoriale articolata.
- Definisce i ruoli ed i contenuti delle professioni sanitarie.
- Controlla i flussi finanziari.
- Sviluppa la programmazione a livello nazionale.
- Esercita controlli e verifiche.

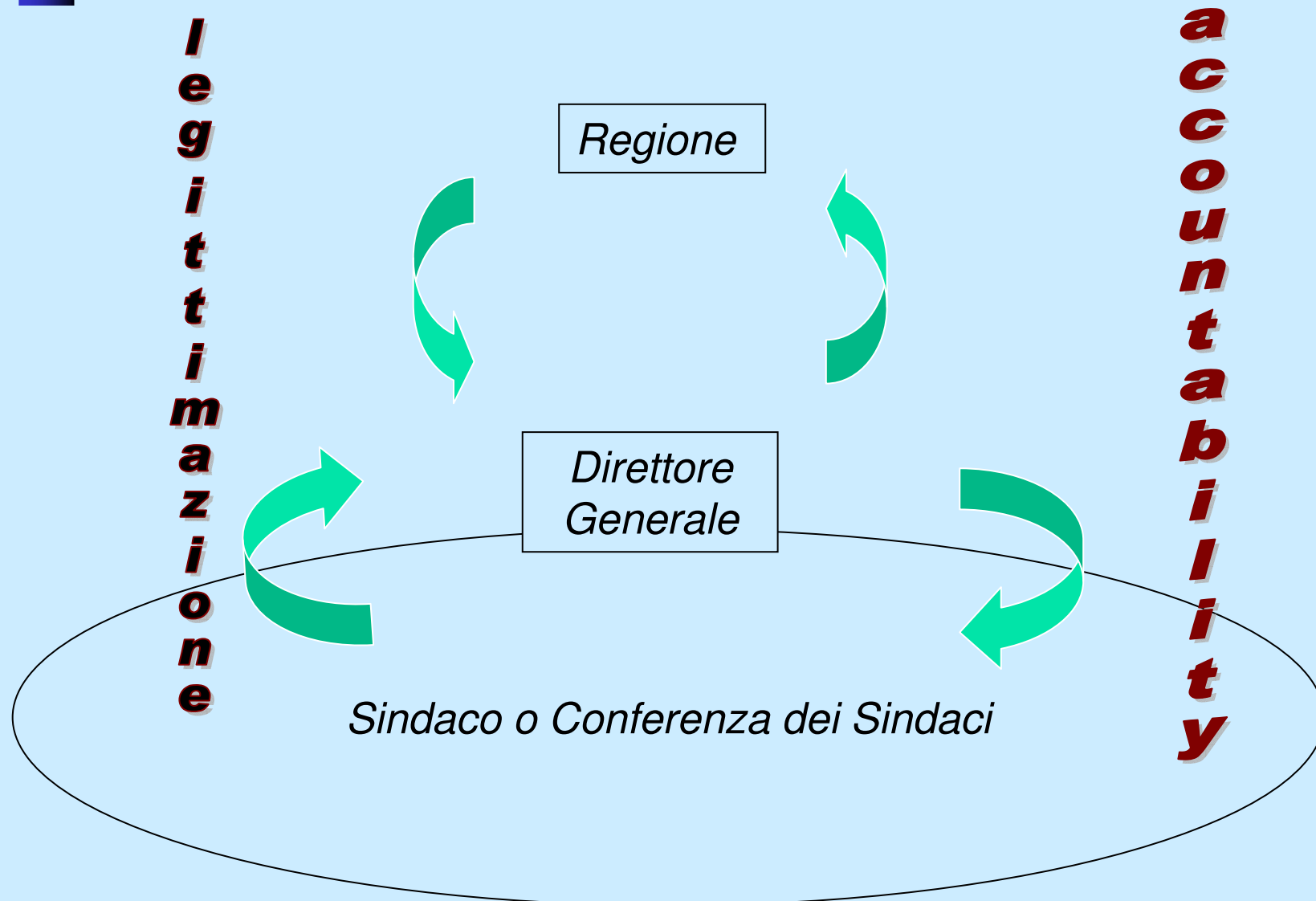


Regione

- Ha un ruolo di:
 - ✦ regolamentazione,
 - ✦ allocazione dei flussi finanziari,
 - ✦ indirizzo programmatico,
 - ✦ controllo.
- Gestione diretta dei servizi ricade alle ASL, aziende ospedaliere, cliniche private.
- Definisce il piano sanitario regionale.
- Coordina le aziende sanitarie.
- Alloca le risorse.
- Nomina i direttori generali delle aziende sanitarie.
- Definisce gli obiettivi aziendali e verifica i risultati.



RELAZIONE TRA REGIONE E DIRETTORE GENERALE





Modalità di rimborso delle prestazioni sanitarie

- Quota capitaria (es. ASL, MMG)
- Tariffa (es. visita specialistica interventi minori ambulatoriali)
- DRG (es. processo clinico chirurgico)
- Rimborso forfettario li per alcune Funzioni (es. Pronto soccorso)
- ...riequilibrio...



CARATTERISTICHE DEL MERCATO

SISTEMA DI PREZZI ALLINEATO

I Ricavi per le aziende sanitarie sono costituiti da:

- la **quota capitaria** per le ASL (definita correttamente «contributo in conto esercizio»)
- i **ricavi da DRG** per le prestazioni ospedaliere

In un sistema in cui il prezzo “di vendita” è identico per tutti gli erogatori, con conseguente impossibilità di competere sul prezzo, sono premiate quelle aziende che:

- ✓ perseguono **strategie di qualità**;
- ✓ riescono ad avere minori costi per la produzione della prestazione (**vantaggi di costo**).

Non vi è dubbio, tuttavia, che la competizione tra aziende sanitarie pubbliche e private per molti aspetti è squilibrata a totale svantaggio del pubblico.

Infatti le aziende ospedaliere private non solo scelgono accuratamente le specializzazioni (scegliendo di produrre i servizi più remunerativi), ma tendono anche ad una selezione del paziente.

Per contro, le aziende sanitarie pubbliche sono obbligate a competere con una serie di vincoli derivanti dalla preminente finalità del servizio pubblico (pronto soccorso, posti letto di terapia intensiva).



LE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE

ASL

AO

Tratti comuni



- Sono preposte **alla produzione ed erogazione delle prestazioni sanitarie**
- Sono state “**disegnate**” quali **aziende della Regione**, titolari, tuttavia, di ampia autonomia istituzionale e gestionale
- Per lo svolgimento della attività acquisiscono **risorse pubbliche** derivanti principalmente dalle stesse Regioni
- Sono caratterizzate dalla presenza di analoghi **organi decisionali e di controllo**: il DG (coadiuvato dal DA e DS), il collegio di direzione e il collegio sindacale

LE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE

ASL

AO

DIFFERENZE

1. Fini istituzionali perseguite

Finalità assistenziale di marcata **caratterizzazione territoriale** per garantire i servizi rientranti nei LEA

Finalità di rispondere a **specifici bisogni** di salute attraverso l'erogazione di idonee prestazioni e servizi di **diagnosi e cura**

2. Attività svolte per la realizzazione di detti fini

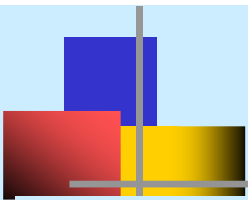
Le attività necessarie per assicurare i LEA possono essere svolte **direttamente** o tramite il **ricorso ad AO o operatori privati accreditati**

Produzione di servizi ad **alto contenuto professionale e tecnologico**. Complessità alta, ma **universo delle prestazioni** notevolmente **più definito**

3. Modalità di finanziamento

Il criterio di acquisizione delle risorse è prevalentemente basato sulla "**quota capitaria**"

Remunerazione delle singole prestazioni erogate ai cittadini mediante le **Tariffe** agganciate ai DRG.



Nel sistema sanitario italiano l'ASL assume un ruolo strumentale, finalizzato all'offerta di un servizio globale, decentrato, partecipativo, con riferimento sia:

- **alla PREVENZIONE, alla CURA e alla RIABILITAZIONE;**
- **all'EDUCAZIONE SANITARIA e alla PROMOZIONE della SALUTE.**

L'attività dell'ASL quindi è riconducibile alle aree

- ❖ **dell'assistenza collettiva in ambiente di vita e lavoro;**
- ❖ **dell'assistenza distrettuale;**
- ❖ **dell'assistenza ospedaliera.**

Per le aziende Usl il D.Lgs. n. 502/92 prevede:

- l'articolazione territoriale in distretti;
- l'attribuzione ai presidi ospedalieri della stessa azienda di autonomia economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale.

In estrema sintesi, le ASL hanno, in genere, un duplice ruolo:

- **Tutela della salute della popolazione**
- **Produzione ed erogazione di prestazioni sanitarie**

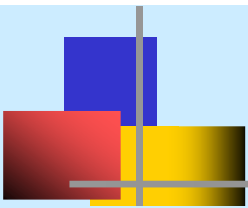
I PRESIDI OSPEDALIERI



Sono, ex art. 4, c. 9, D.Lgs. 502/92, gli **ospedali non costituiti in azienda ospedaliera**.

In qualità di strutture dell'azienda USL, essi godono di una autonomia molto minore rispetto a quella delle aziende ospedaliere:

- **autonomia a livello direttivo** garantita dalla presenza di un dirigente medico, in qualità di responsabile delle funzioni igienico-organizzative, e di un dirigente amministrativo responsabile della gestione amministrativa (la separatezza della gestione direttiva del presidio ospedaliero rispetto a quella dell'azienda USL di cui esso è parte è strettamente funzionale ad una eventuale trasformazione in azienda ospedaliera);
- **autonomia economico-finanziaria**, con la tenuta di una contabilità separata seppure interna al bilancio dell'azienda USL.



STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La struttura organizzativa interna delle aziende sanitarie è influenzata dalle scelte operate dalla Regione in merito alla RETE OSPEDALIERA, con la definizione:

- delle **ASL**;
- delle **Aziende Ospedaliere**;
- dei relativi **ambiti territoriali**.

In alcune Regioni si è privilegiata la separazione tra le ASL e le Aziende Ospedaliere, prevedendo poche o nessuna ASL con presidi ospedalieri (es.: la Lombardia).

In altre Regioni, invece, esiste la realtà opposta, con molte ASL e poche aziende ospedaliere.

La Regione Marche ha previsto la fusione di 13 ASL in una sola Asl regionale.

Secondo una buona dottrina, per pervenire ad una vera aziendalizzazione e ad una più completa concorrenza, sarebbe forse più opportuno **SEPARARE**

←
l'azienda (ospedale), fornitrice
dei servizi ospedalieri

→
dall'azienda ASL,
che ne finanzia i costi.

I MODELLI DI AZIENDALIZZAZIONE

MODELLO LOMBARDO

MODELLO NAZIONALE
TOSCANA, EMILIA ROMAGNA, ECC.

ASL RICEVE LA QUOTA CAPITARIA
DALLA REGIONE

Svolge attività territoriale

Acquista prestazioni ospedaliere e
ambulatoriali

SOGGETTI PRIVATI **COMPETITOR**
DEI SOGGETTI PUBBLICI

Principio di libera scelta

REGIONE FINANZIA

ASL

Aziende
Ospedaliere
Autonome

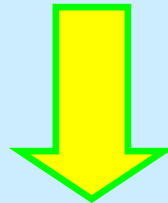
con attività di
prestaz.
ospedaliere di
primo livello

di rilievo
nazionale

SOGGETTI PRIVATI CON UN RUOLO
INTEGRATIVO DELL'OFFERTA 28

LOMBARDIA

Libertà di scelta



Le Strategie:

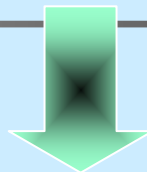
un welfare più dinamico, più leggero, più sostenibile:

dinamico (maggiore flessibilità dei servizi)

leggero (potenziamento della domiciliarità rispetto
all'istituzionalizzazione)

sostenibile (crescita compatibile con le risorse economiche)

Modalità di sostegno finanziario all'autosoddisfacimento dei bisogni



Buono (sociale):

provvidenza economica a favore dell'utente nel caso in cui l'assistenza possa essere prestata da un esso familiare o appartenente alle reti di solidarietà (vicinato-associazioni)

Voucher (socio-sanitario e sociale):

provvidenza economica a favore dell'utente, utilizzabile solo in caso di prestazioni erogate da professionisti

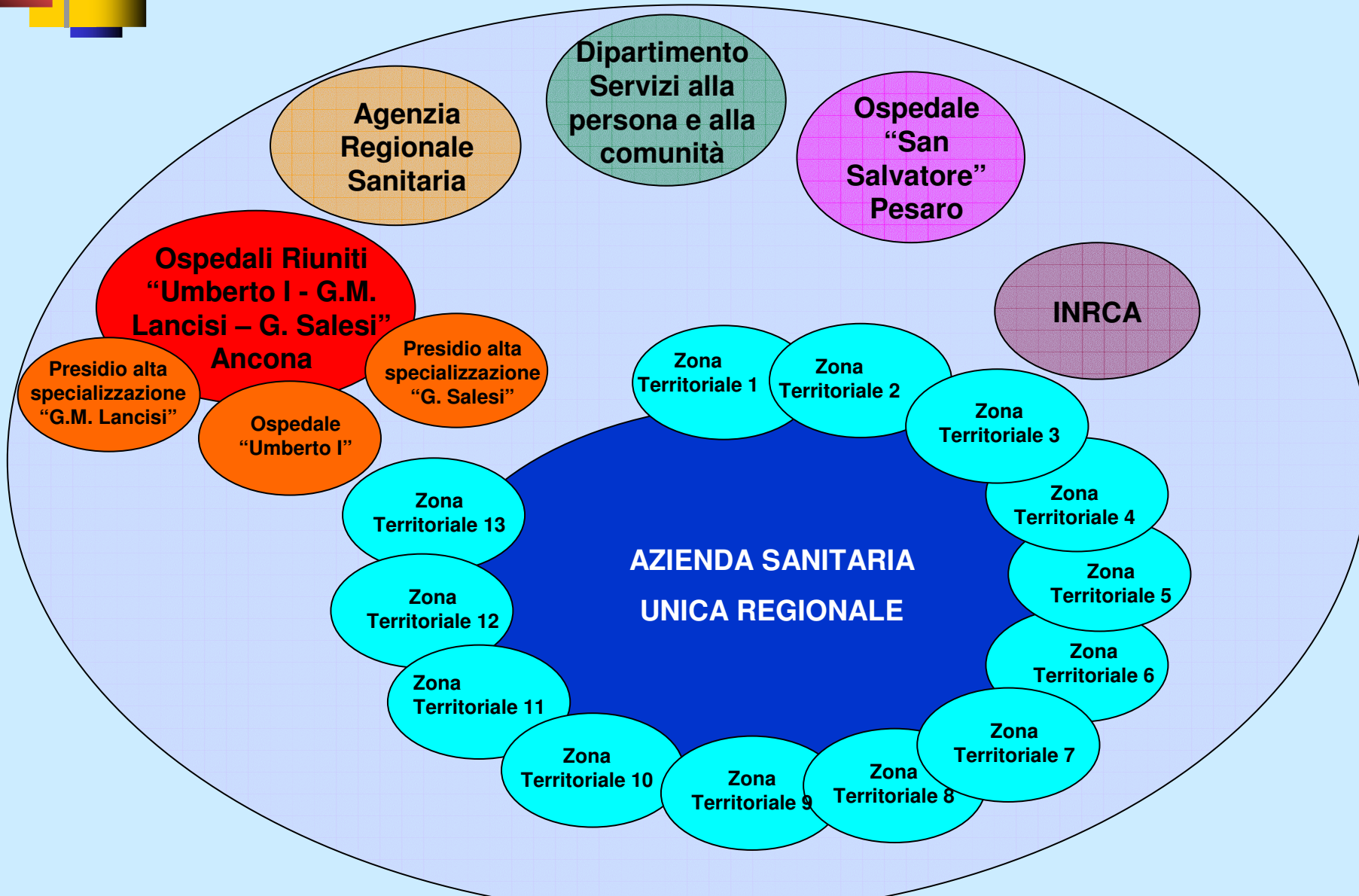


ASP → Aziende pubbliche di servizi alla Persona
che produce direttamente:

- servizi sociali
- servizi socio-sanitari

Grande ruolo svolto dalle Cooperative

Il sistema sanitario nelle Marche

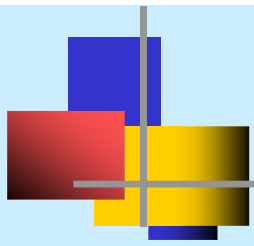




TOSCANA

Legge regionale 24/2/2005 n. 40 (art. 9 “La programmazione di area vasta”)

Le AUSL e le AOU concorrono, nella specificità propria del ruolo e dei compiti di ciascuna, allo **sviluppo a rete** del sistema sanitario attraverso la **programmazione interaziendale** di area vasta



TOSCANA

La **Toscana** ha da gestire tanti problema di *governance*:

1) tra gli **erogatori**, ci sono:

- Ospedali pubblici

- Ospedali collegati con le Università (che risentono di un potere anche delle Università)

2) **ESTAV (Enti per i Servizi Tecnico Amministrativi di Area Vasta)**
come ente che si occupa di accentrare gli approvvigionamenti (con tutti i connessi limiti)

3) **AREA VASTA** → per cui, anche se Lucca e Pisa sono rivali, poi viene fatta una sola programmazione

4) **Società della Salute** → ASL e Comuni

Perché? Per integrazione socio-sanitaria

SALUTE

È BENESSERE:

- ▶ Fisico
- ▶ Sociale
- ▶ Psicologico
- ▶ Ambientale

**NON È SOLO
ASSENZA DI
MALATTIA**

*Tendenza: **INTEGRARE LE POLITICHE**
che hanno un impatto sulla salute dei cittadini*

SANITÀ

AMBIENTE E
TERRITORIO

AMBIENTE
SOCIALE

OCCUPAZIONE

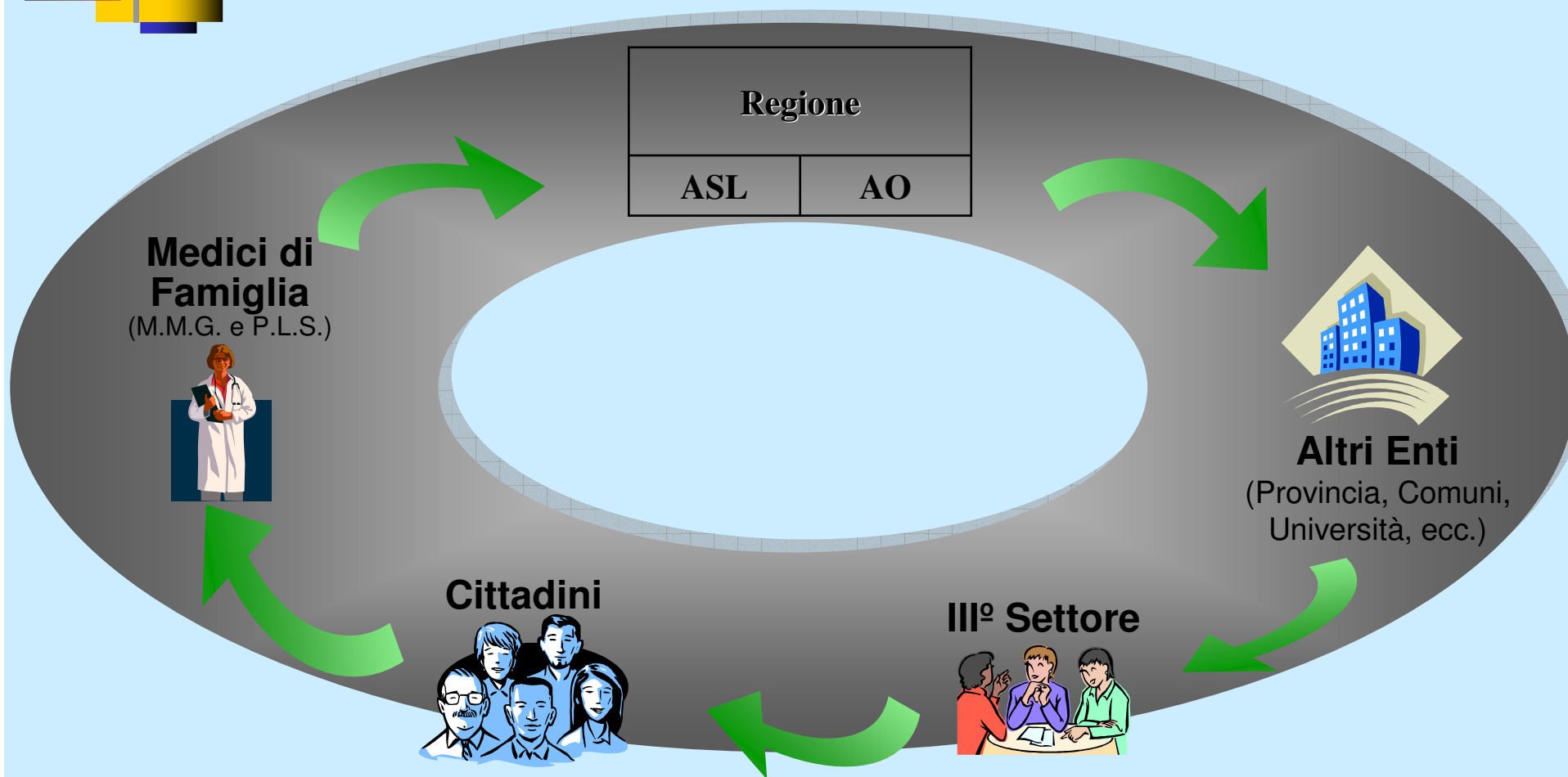
ISTRUZIONE

ECC.

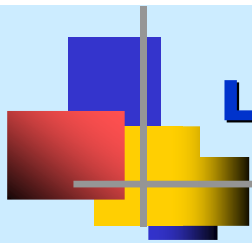
ABITAZIONE

***Per migliorare lo stato di salute ma anche per prevenire
l'insorgere di stati di malattia evitabili, risparmiando costi inutili***

ATTORI COINVOLTI NELLA TUTELA DELLA SALUTE



Sempre più strategico diventa il ruolo dei MMG non sempre svolto in maniera adeguata



L'associazionismo medico

**Molto presente in Danimarca e in Gran Bretagna.
Ancora modesta la diffusione in Italia.**

Sul piano giuridico, le associazioni mediche tra MMG e PLS possono configurarsi come associazioni non riconosciute (semplice accordo tra professionisti per l'organizzazione di alcuni aspetti dell'attività) **o associazioni riconosciute** (che possono perseguire finalità di lucro nell'interesse dei soci e che sono dotata di autonomia patrimoniale).

L'art. 40 del d.p.r. 484/96 ha previsto 2 assetti di associazionismo in medicina generale:

- I. LE FORME ASSOCIATIVE CHE COSTITUISCONO MODALITÀ ORGANIZZATIVE DEL LAVORO E DI CONDIVISIONE FUNZIONALE DELLE STRUTTURE DI PIÙ PROFESSIONISTI
 - ◆ *medicina in associazione*
 - ◆ *medicina in rete*
 - ◆ *medicina di gruppo*

- II. LE FORME ASSOCIATIVE, QUALI SOCIETÀ DI SERVIZIO, ANCHE COOPERATIVE, I CUI SOCI SIANO PER STATUTO PERMANENTEMENTE IN MAGGIORANZA MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA ISCRITTI NEGLI ELENCHI DELL'AZIENDA IN CUI OPERANO (*società di servizio, cooperative, Country Hospital o Ospedale di Distretto*)



I vantaggi dell'associazionismo medico

- **Per il paziente**, che può beneficiare di una migliore qualità del servizio e uno snellimento delle liste d'attesa, vista la maggiore fluidità dei rapporti tra il MMG e le altre strutture aziendali.
- **Per il MMG**, che beneficia di una maggiore autonomia nel processo di cura della popolazione, creando collaborazioni e integrazioni con altre specialità al fine di migliorare il percorso diagnostico dell'assistito. Inoltre, l'omogeneizzazione degli strumenti operativi ed informatici facilita l'accesso alle informazioni, i processi di valutazione e l'apprendimento.
- **Per l'ASL**, che gode dei vantaggi derivanti dai processi sinergici, dall'eliminazione di attività e dalla rimozione di duplicazioni.