

EVOLUZIONE DEL SISTEMA SANITARIO IN ITALIA

Paolo Villari

paolo.villari@uniroma1.it



**Cattedra di Igiene
Dip.to di Sanità Pubblica e Malattie Infettive
Sapienza Università di Roma**

I 3 Modelli di base dei paesi industrializzati

- Il modello Beveridge (NHS Inglese, Scandinavia, Italia, Nuova Zelanda)
- Il modello Bismarck (Germania e paesi dell'Europa continentale)
- Il modello assicurativo privato (misto) (Stati Uniti)

EURO INTERNATIONAL FILMS PRESENTA

**ALBERTO
SORDI**



il medico della mutua

TECHNICOLOR® - TECHNISCOPY®

ENZO ANGILERI - SARA FRANCHETTI - EVELYN STEWART - SANDRO REGGÍ - LEOPOLDO TRIESTE - PIERLUIGI INCIORI

REGIA DI **LUIGI ZAMPA**

SONO EXPLORE FILM '78

BRUNO TÜRCHETTO

Un excursus storico-legislativo

- Legge 833/78
- Decreti Legislativi 502/92 e 517/93
- Decreto Legislativo 229/99 (Bindi)

- *Federalismo fiscale (D. lgs 56/2000)*
- *Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione (Legge costituzionale 3/2001)*

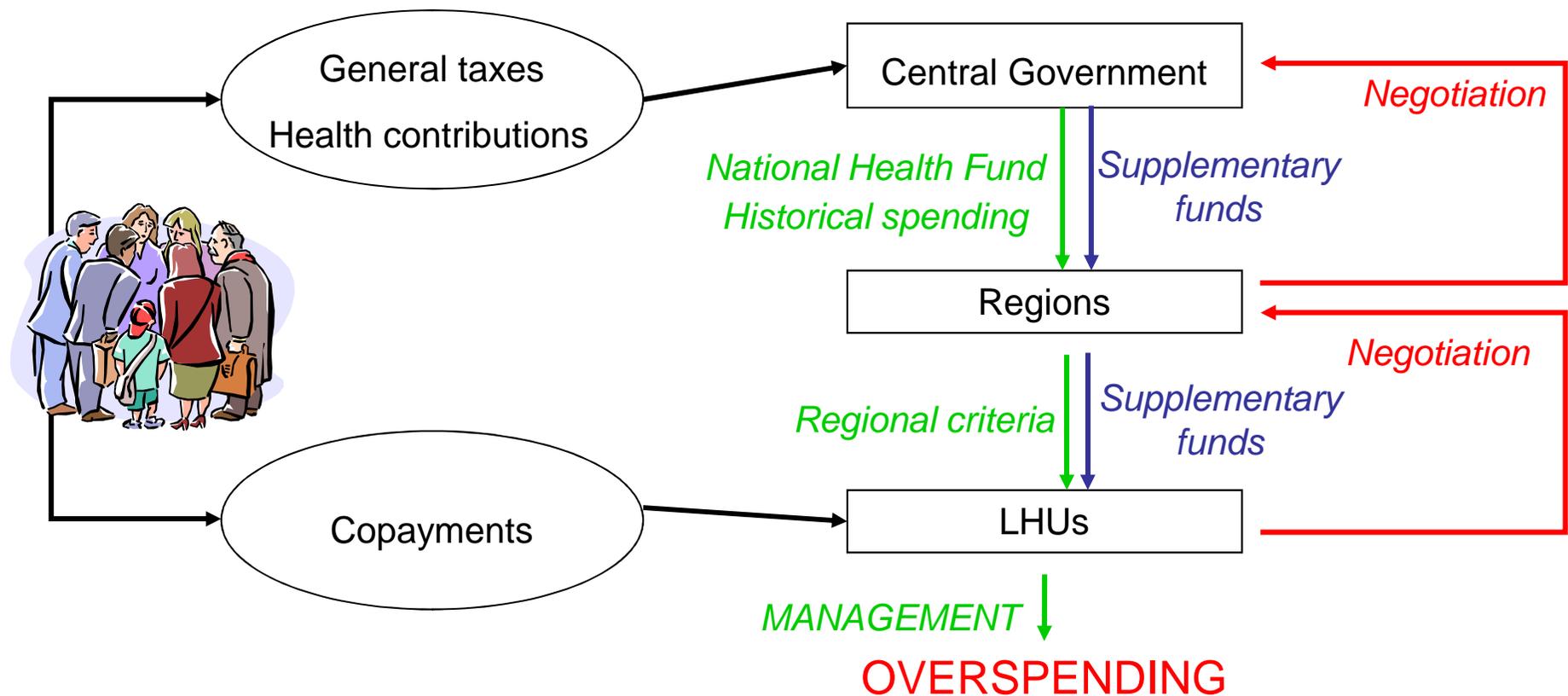
Il Servizio Sanitario Nazionale: la legge istitutiva

- L. 833/78: principi ispiratori
 - Principio dell'uguaglianza
 - Principio della globalità
 - Principio della territorialità
- L. 833/78: livelli di governo
 - Livello Centrale
 - Livello Regionale
 - Livello Operativo

La necessità di cambiamento

- Eccessiva ingerenza politica
- Livelli di spesa crescenti ma insufficienti
- Mancanza di controlli sistemici sulla efficienza della gestione
- Eccessiva burocratizzazione
- Difficoltà ad assicurare l'uniformità assistenziale
- Insoddisfazione dei pazienti

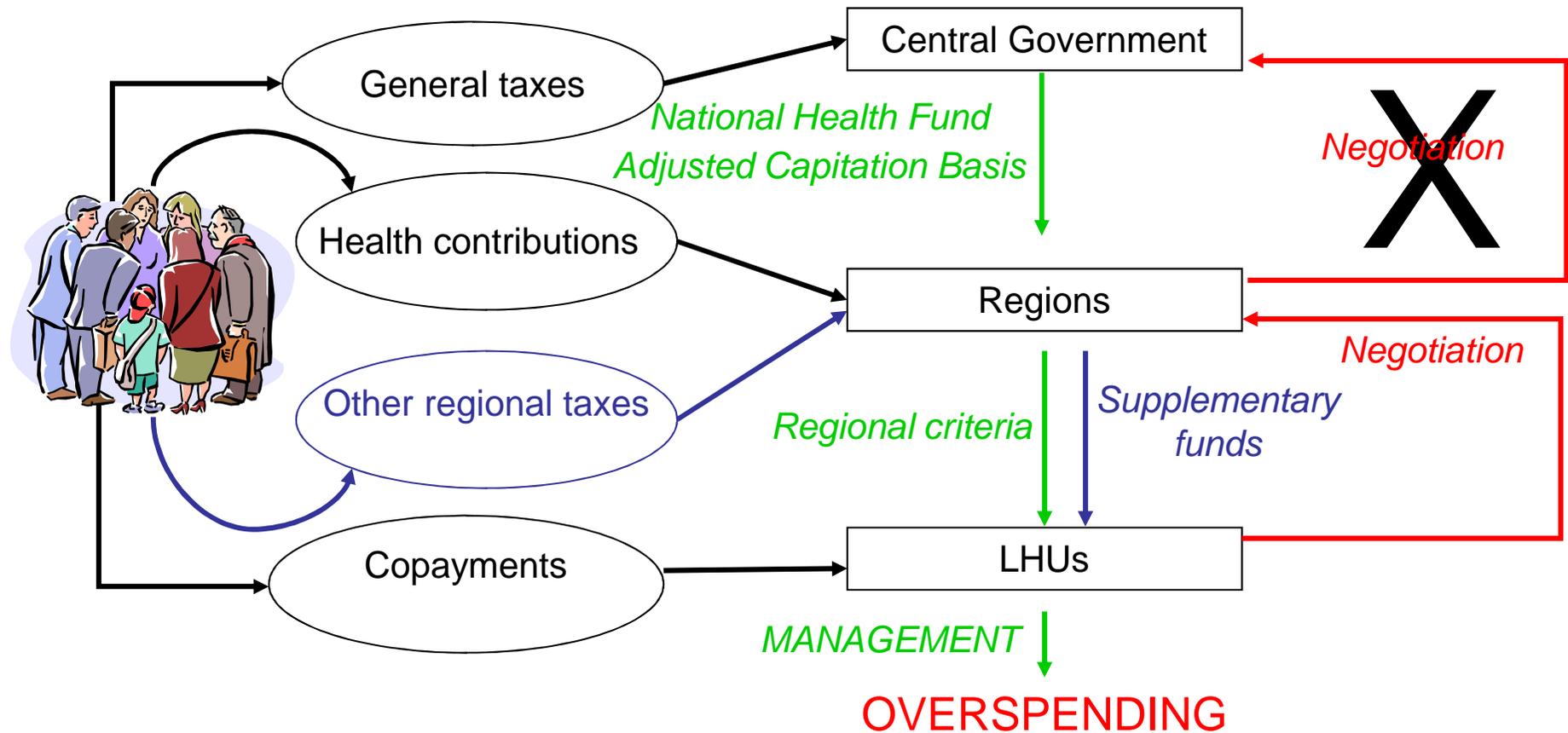
Funding of the Italian NHS before 1992



La riforma del SSN: D. Lgv. 502/92 e 517/93

- **Allocazione di molte responsabilità a livello regionale** (la Regione definisce le aziende, nomina e valuta i DG, definisce regole di finanziamento, definisce linee guida di funzionamento delle aziende)
- **Aziendalizzazione**
- **Divisione tra funzione di acquisizione e funzione di produzione**
- **Competizione amministrata**
- **Introduzione di un nuovo sistema di finanziamento a prestazione (DRG)**
- **Introduzione di un sistema di accreditamento per le strutture pubbliche e private**

Funding of the Italian NHS after 1992



La riforma del SSN: la riforma-ter (D. Lgv 229/99)

- Verso il federalismo
- Rafforzamento del principio di appropriatezza
- Previsione di un'autonomia imprenditoriale per le aziende sanitarie
- Rafforzamento del concetto di qualità dell'assistenza

IL FEDERALISMO FISCALE

D.Lgs. 18.2.2000, n. 56

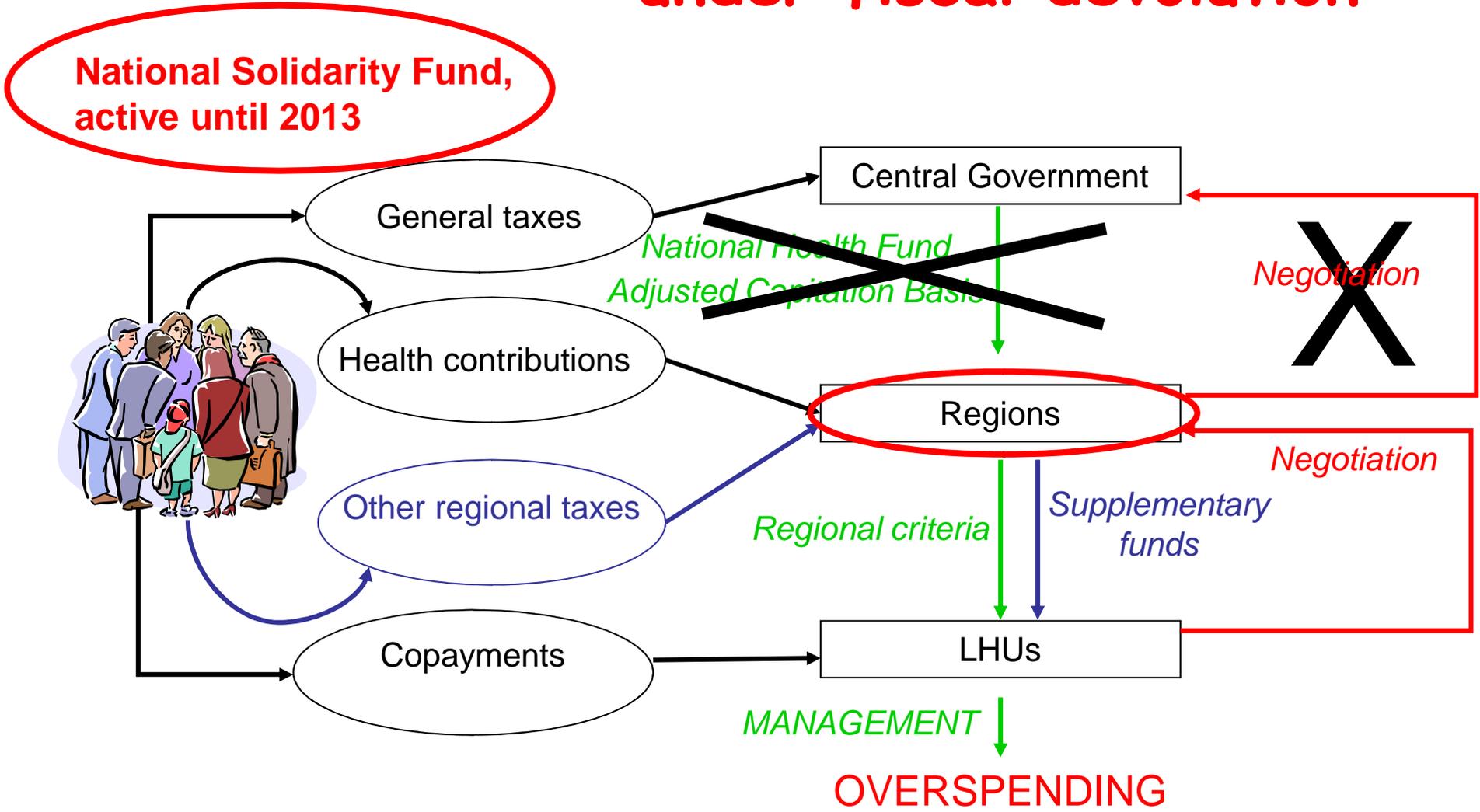
Dal 2001 le Regioni hanno una finanza propria
oltre all'IRAP: addizionale IRPEF e accisa benzine,
IVA
è abolito il FSN di parte corrente

Fino al 2013 opera un fondo perequativo
nazionale

con risorse attribuite alle regioni in funzione di:
popolazione residente, capacità fiscale, fabbisogni
sanitari e dimensione geografica

Nel 2013 avvio definitivo del federalismo fiscale
il fondo perequativo si azzerava

Funding of the Italian NHS under fiscal devolution



La riforma *federalista* dello Stato (legge cost. 18.10.2001, n. 3)

le Regioni:

- programmano e organizzano le attività, in via generale
- disciplinano i diversi settori (con leggi specifiche e altro)
- attribuiscono le risorse finanziarie
- verificano le attività e rispondono dei disavanzi

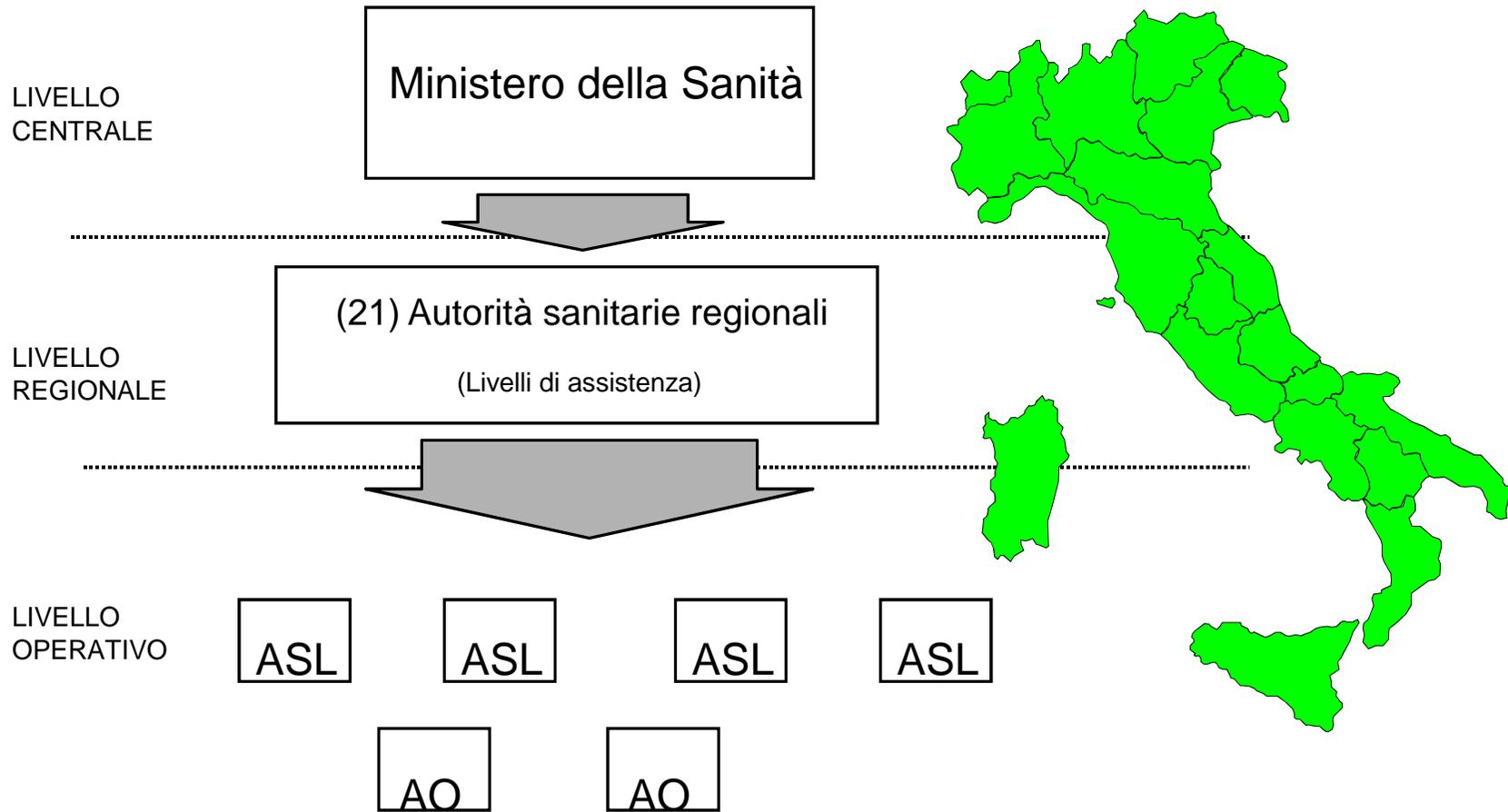
lo Stato:

- indica i principi fondamentali
- definisce i LEA, li modifica e li aggiorna (manutenzione)
- verifica l'attuazione dei livelli di assistenza sul territorio

I principi:

sussidiarietà, leale collaborazione, trasparenza

L'organizzazione del SSN



I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Le garanzie che il S.S.N. si impegna ad assicurare nei confronti dei cittadini, al fine di realizzare la coerenza tra l'obiettivo generale di tutela della salute ed il finanziamento a disposizione del S.S.N. stesso

I PRINCIPI ISPIRATORI

- Dignità della persona umana
- Bisogno di salute
- Solidarietà
- Efficacia ed appropriatezza degli interventi
- Efficienza produttiva
- Equità

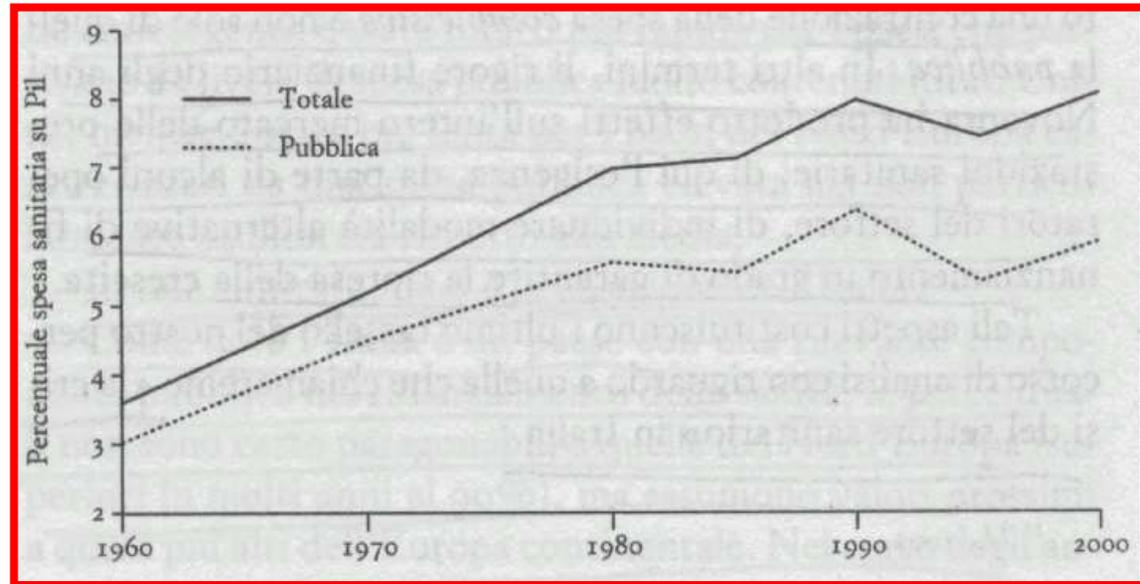
TIPOLOGIE

- Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro
- Assistenza distrettuale
- Assistenza ospedaliera

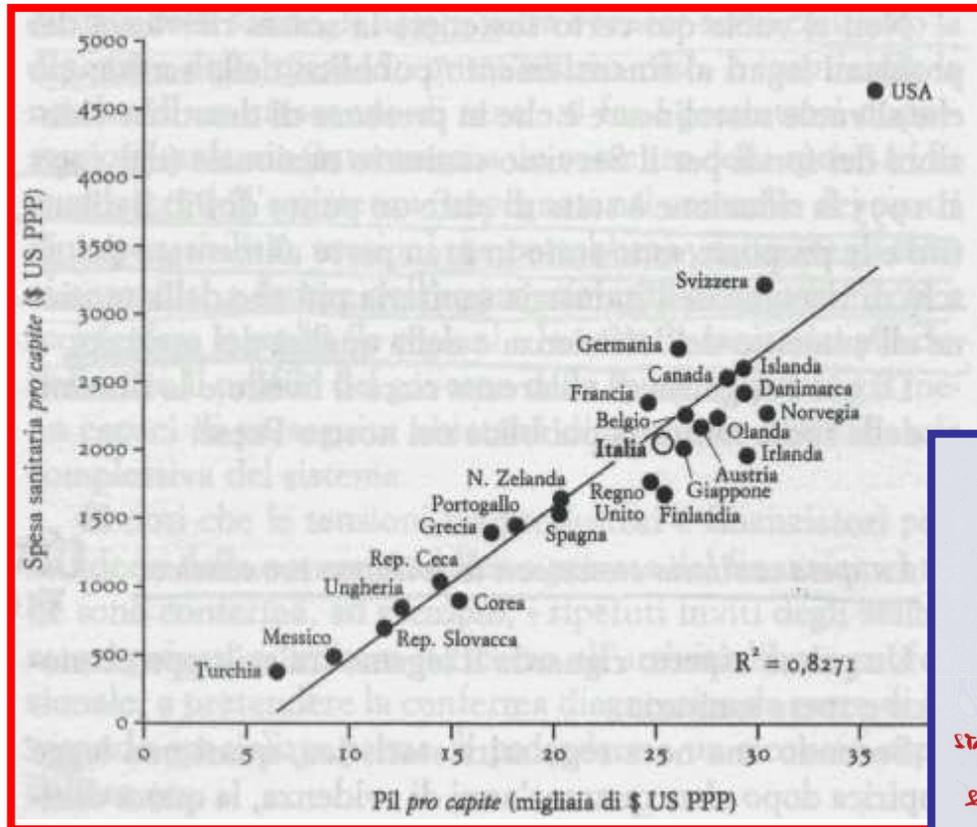
Spesa sanitaria totale e pubblica in percentuale sul PIL

Italia, 1960-2000

Oecd, 2002



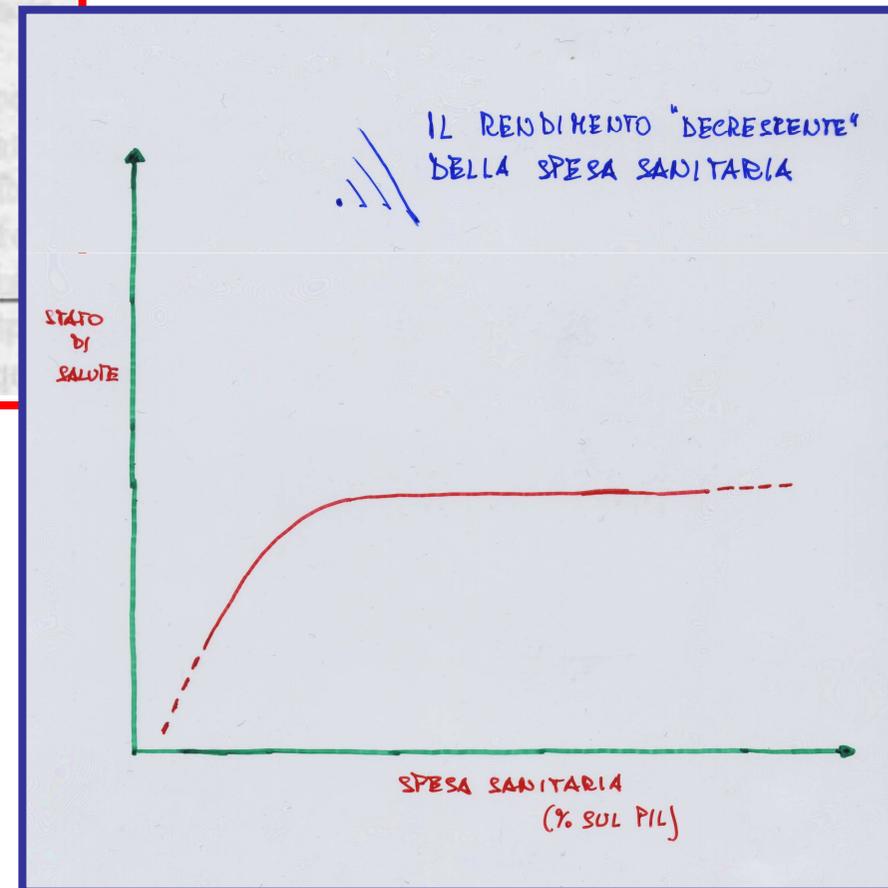
- Imperativo tecnologico
 - Paradosso medico
 - Imperativo ippocratico
 - Aree "grigie" sull'efficacia e sui costi (medici)
 - Scarsa consapevolezza dei limiti delle tecnologie sanitarie (cittadini)
 - Sviluppo economico ed ampliamento della nozione di salute
- I MOTIVI DELL'AUMENTO DELLA SPESA SANITARIA**



Spesa sanitaria totale
(pubblica e privata) e
PIL *pro capite* nei paesi
sviluppati (2000)

Oecd, 2002

Il contenimento della
spesa sanitaria deve
essere un obiettivo dei
sistemi sanitari



POSSIBILI MECCANISMI DI CONTENIMENTO DELLA SPESA SANITARIA

DOMANDA

- Compartecipazione alla spesa

OFFERTA

- Incremento della competizione tra fornitori, dopo separazione tra finanziatori e fornitori
- Meccanismi di finanziamento a tipo budget globale, oppure a prestazione con tetti di spesa
- Tetti di spesa per i medici, lista di farmaci prescrittibili
- Promozione di linee guida, in tema di diagnosi e terapia
- Ristrutturazione ospedaliera e potenziamento dell'assistenza primaria

SISTEMA

- Determinazione delle priorità

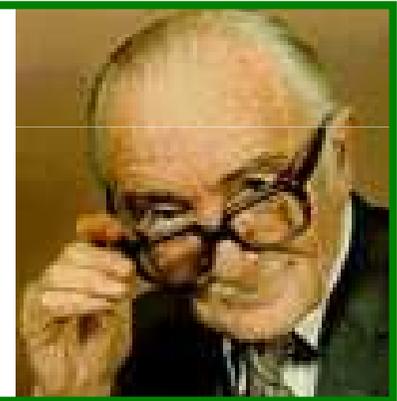
Anni '90

Anni 2000

Riforme e misure di bilancio improntate quasi esclusivamente al contenimento della spesa
(imperativo economico)

Riforme finalizzate al controllo della spesa attraverso recuperi di efficacia, appropriatezza ed efficienza

"All effective treatments should be free"
Archie Cochrane, 1971



"All cost-effective treatments should be free"
Alan Williams, 1997

