

ORGANIZZAZIONE 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)

Un excursus storico-legislativo

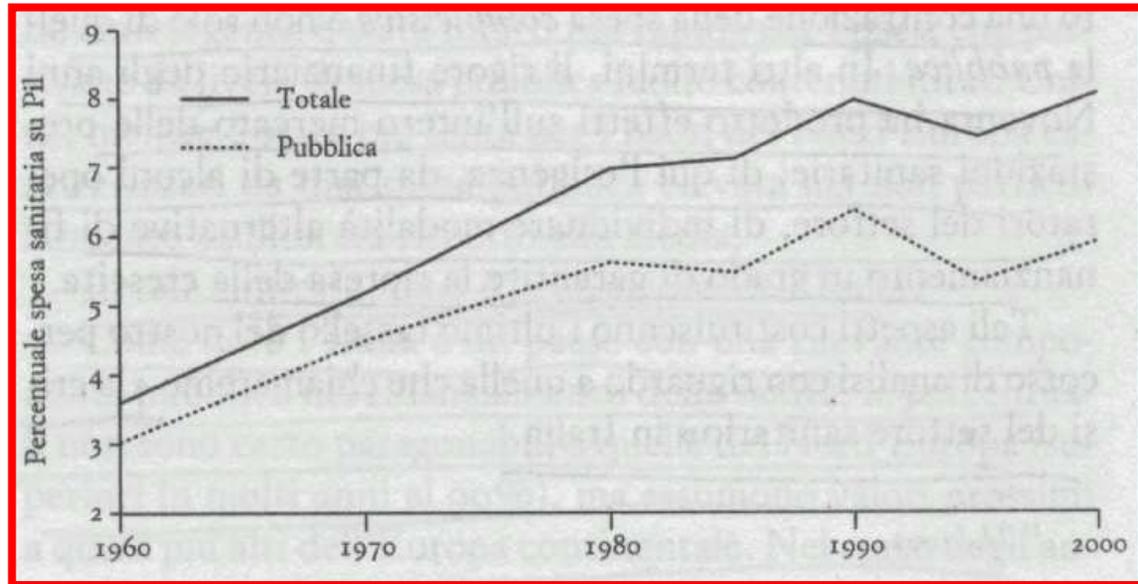
- Legge 833/78
- Decreti Legislativi 502/92 e 517/93
- Decreto Legislativo 229/99 (Bindi)

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

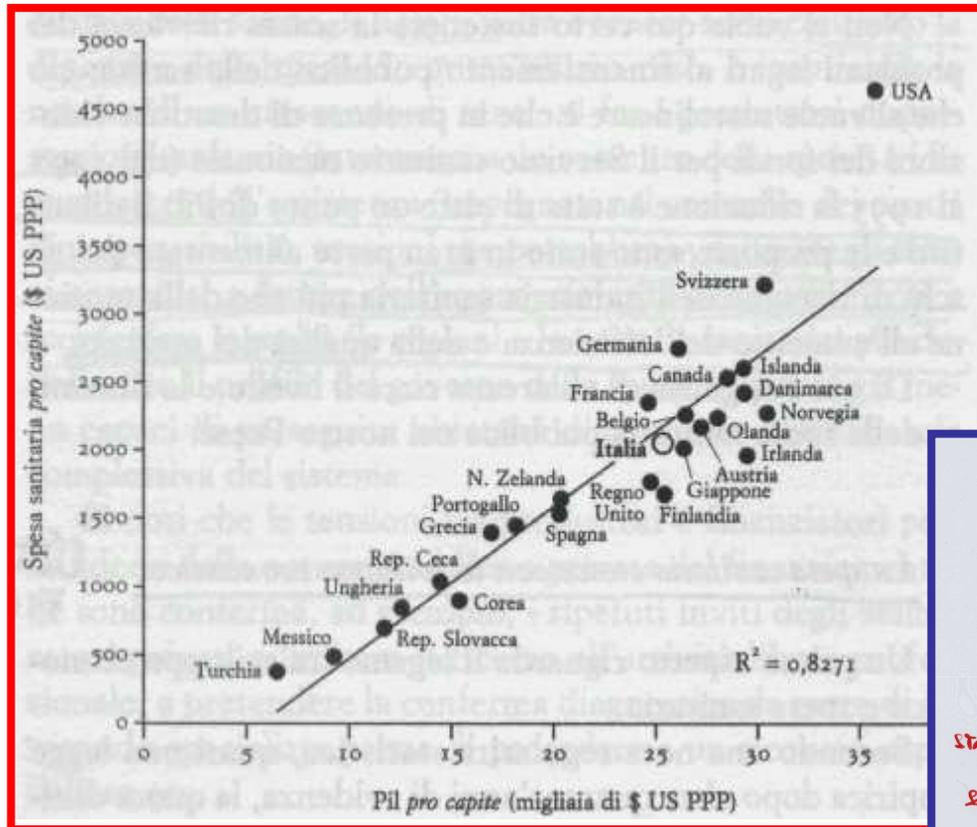
Spesa sanitaria totale e pubblica in percentuale sul PIL

Italia, 1960-2000

Oecd, 2002

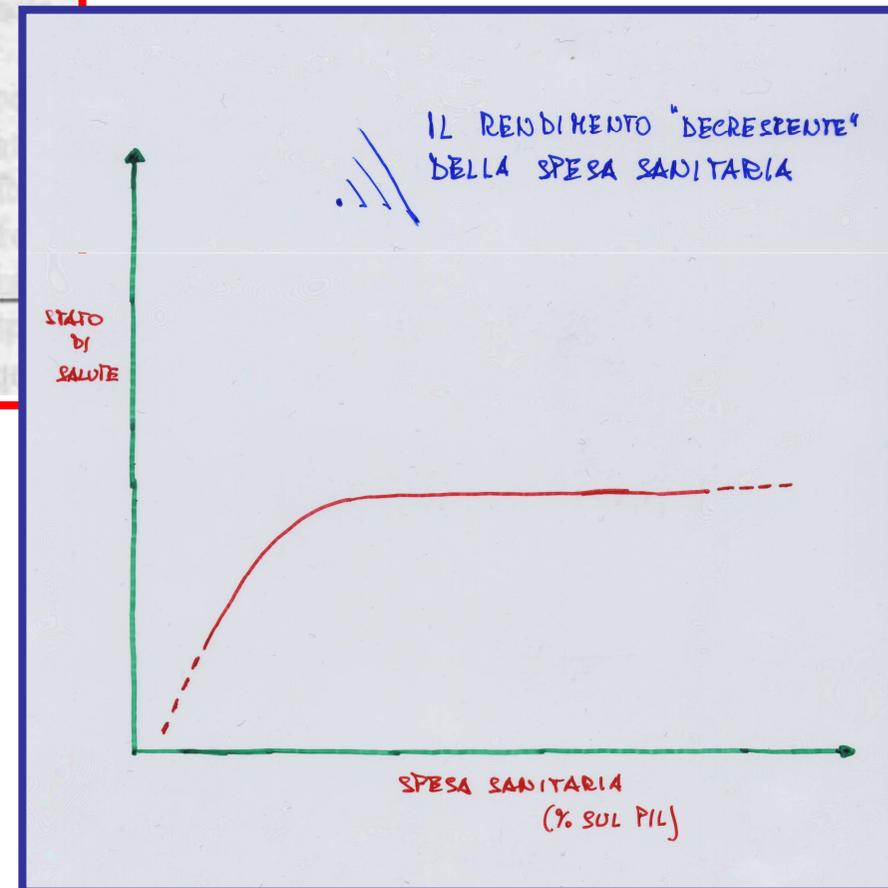


- Imperativo tecnologico
 - Paradosso medico
 - Imperativo ippocratico
 - Aree "grigie" sull'efficacia e sui costi (medici)
 - Scarsa consapevolezza dei limiti delle tecnologie sanitarie (cittadini)
 - Sviluppo economico ed ampliamento della nozione di salute
- I MOTIVI DELL'AUMENTO DELLA SPESA SANITARIA**



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

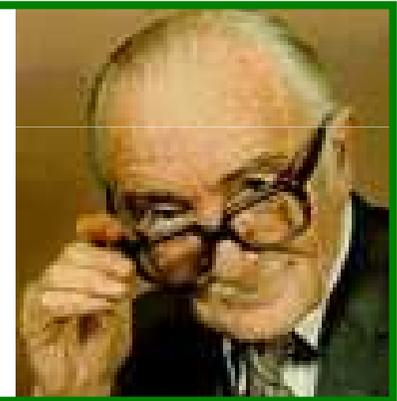
Anni '90

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

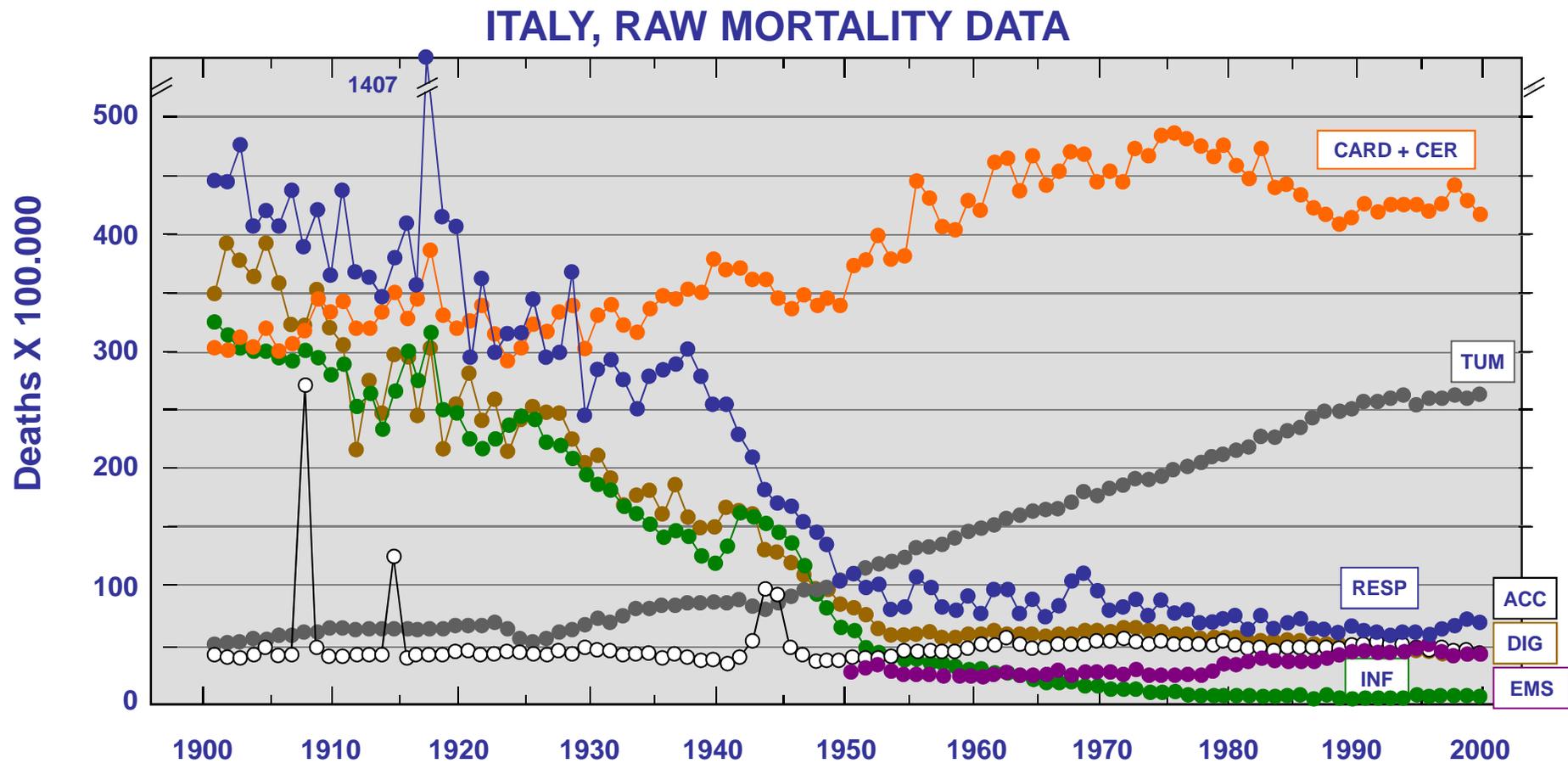
"All effective treatments should be free"
Archie Cochrane, 1971



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

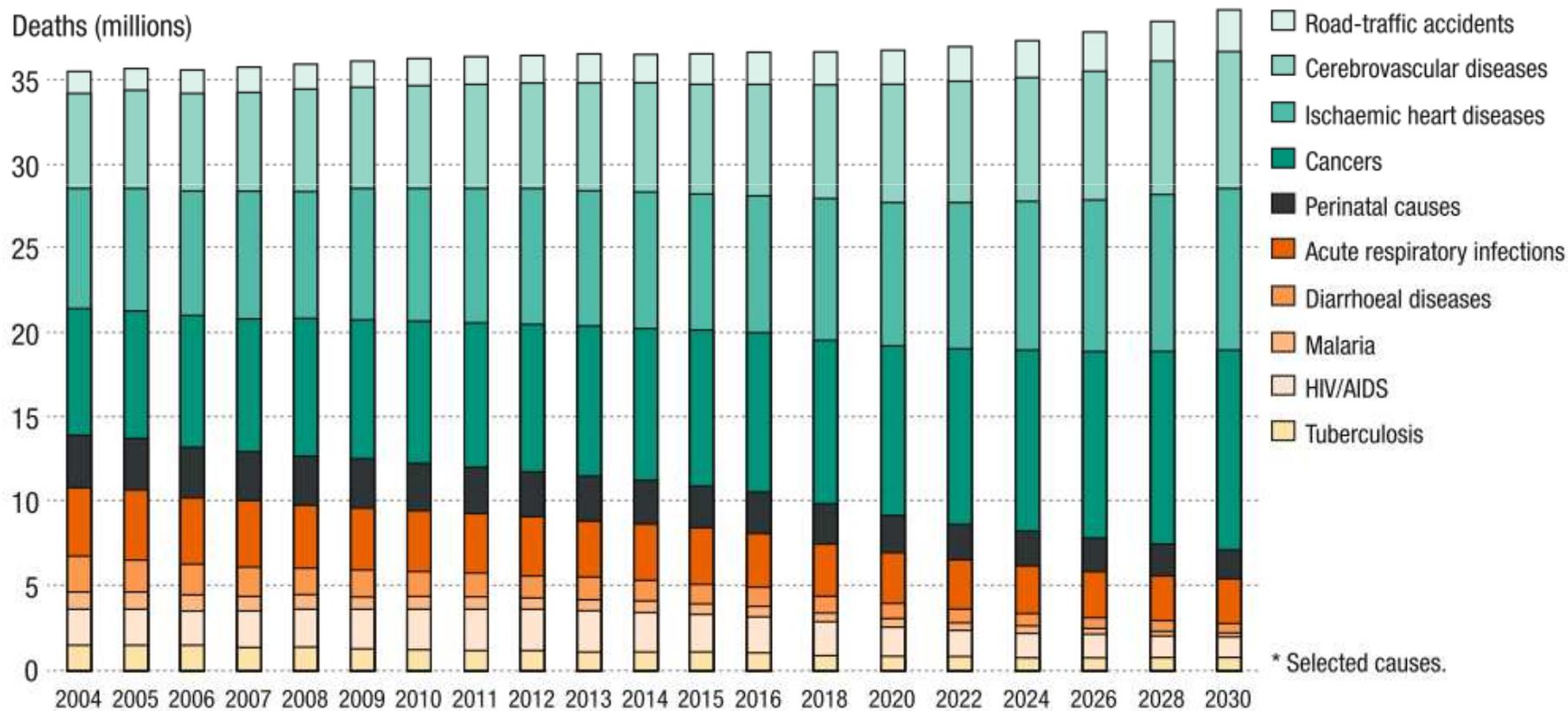
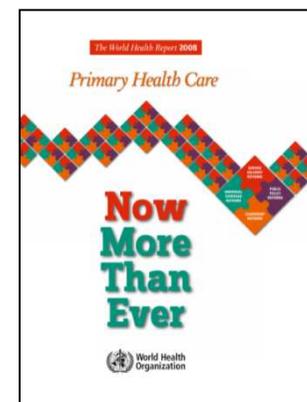


LA RIVOLUZIONE EPIDEMIOLOGICA DEL XX SECOLO



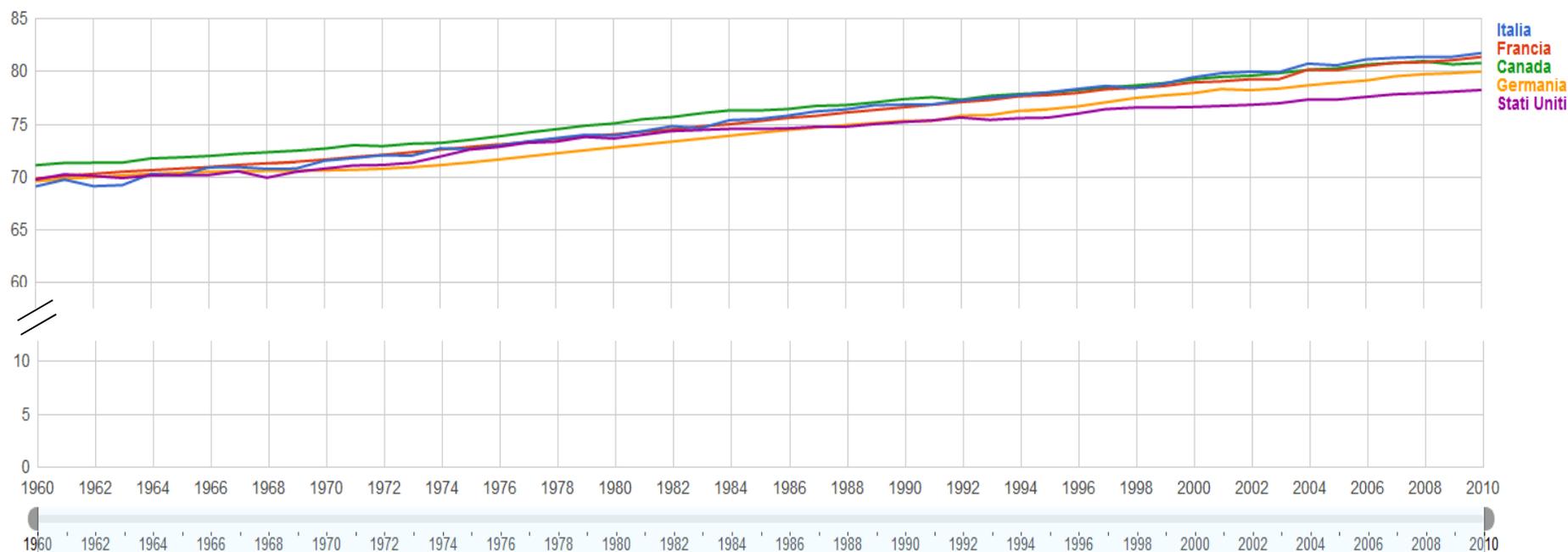
S. De Flora, et al. FASEB J, 2005

LA TRANSIZIONE VERSO LE MALATTIE CRONICHE E GLI INCIDENTI NEL MONDO, 2004-2030



ASPETTATIVA DI VITA, 1960-2010

ITALIA, FRANCIA, GERMANIA, REGNO UNITO, CANADA, USA



Fonte: Banca Mondiale

Ultimo aggiornamento: 6 settembre 2012



ELSEVIER

Social Science & Medicine 64 (2007) 77–94

SOCIAL
SCIENCE
&
MEDICINE

www.elsevier.com/locate/socscimed

Marital status and mortality in the elderly: A systematic review and meta-analysis

Lamberto Manzoli^{a,*}, Paolo Villari^b, Giovanni M Pirone^c, Antonio Boccia^b

^a*Section of Epidemiology and Public Health, University "G. d'Annunzio" of Chieti, Italy*

^b*University "La Sapienza", Rome, Italy*

^c*Italian Institute of Social Medicine, Rome, Italy*

Available online 29 September 2006

Abstract

Although a relationship between marital status and mortality has long been recognized, no summary estimates of the strength of the association are available. A meta-analysis of cohort studies was conducted to produce an overall estimate of the excess mortality associated with being unmarried in aged individuals as well as to evaluate whether and to what degree the effect of marriage differs with respect to gender, geographical/cultural context, type of non-married condition and study methodological quality. All included studies were published after the year 1994, used multivariate analyses and were written in English. Pooling 53 independent comparisons, consisting of more than 250,000 elderly subjects, the overall relative risk (RR) for married versus non-married individuals (including widowed, divorced/separated and never married) was 0.88 (95% Confidence Interval: 0.85–0.91). This estimate did not vary by gender, study quality, or between Europe and North America. Compared to married individuals, the widowed had a RR of death of 1.11 (1.08–1.14), divorced/separated 1.16 (1.09–1.23), never married 1.11 (1.07–1.15). Although some evidence of publication bias was found, the overall estimate of the effect of marriage was robust to several statistical approaches and sensitivity analyses. When the overall meta-analysis was repeated with an extremely conservative approach and including eight non-significant comparisons, which were initially excluded because of data unavailable, the marriage protective influence remained significant, although the effect size was reduced (RR = 0.94; 0.92–0.95). Despite some methodological and conceptual limitations, these findings might be important to support health care providers in identifying individuals "at risk" and could be integrated into the current programs of mortality risk estimation for the elderly.

© 2006 Elsevier Ltd. All rights reserved.

Keywords: Mortality; Elderly; Marital status; Widowhood; Social network; Meta-analysis

C'ERA UNA VOLTA LO STATO SOCIALE

di ALBERTO ALESINA e FRANCESCO GIAVAZZI

In quarant'anni, dall'inizio degli anni Settanta ad oggi, l'aspettativa di vita alla nascita si è fortunatamente allungata, in Italia, di dieci anni: da 69 a 79 per gli uomini, da 75 a 85 per le donne. L'allungamento della vita si è anche riflesso in un aumento dell'aspettativa di vita a 65-67 anni, cioè al limite dell'età pensionabile: nel 1970 un sessantacinquenne maschio viveva in media altri 13 anni, oggi la media è diciotto; per le donne è salita da 16 a 22 anni. Ci sono voluti decenni prima che ci accorgessimo che occorre adeguare l'età di pensionamento all'allungarsi della vita media: nel frattempo la spesa per pensioni è cresciuta dall'8 per cento del Prodotto interno lordo (Pil) nel 1970 a quasi il 17 per cento oggi.

L'allungamento della vita ha anche prodotto un aumento delle spese per la salute. Un anziano oltre i 75 anni costa al sistema sanitario ordini di grandezza superiori rispetto a persone di mezza età. Risultato: la nostra spesa per

È questo uno dei motivi per cui abbiamo smesso di crescere. Avevamo uno Stato calibrato per una popolazione relativamente giovane; poi la vita si è allungata, le spese sono salite, ma lo Stato è rimasto sostanzialmente lo stesso, richiedendo una pressione fiscale di 15 punti più elevata.

Il problema dell'invecchiamento della popolazione non è solo italiano. Anche negli Stati Uniti, ad esempio, il Medicare (l'assistenza sanitaria gratuita per tutti gli anziani, che sta facendo esplodere il deficit americano) è uno dei temi al centro della campagna elettorale. Ma in Italia, con una popolazione che invecchia a tassi più elevati rispetto ad ogni altro Paese occidentale (il tasso di fertilità è inferiore al nostro solo in alcuni Stati del Centro-Est Europa) il tema è di particolare attualità. In più la partecipazione alla forza lavoro in Italia è relativamente bassa in tutte le categorie tranne gli uomini adulti. Donne, giovani e anziani

Domenica 23 settembre 2012

CORRIERE DELLA SERA

“In quarant'anni, dall'inizio degli anni Settanta ad oggi, l'aspettativa di vita alla nascita si è fortunatamente allungata, in Italia, di dieci anni: da 69 a 79 per gli uomini, da 75 a 85 per le donne.

Ci sono voluti decenni prima che ci accorgessimo che occorre adeguare l'età di pensionamento all'allungarsi della vita media: nel frattempo la spesa per pensioni è cresciuta dall'8 per cento del Prodotto interno lordo (Pil) nel 1970 a quasi il 17 per cento oggi.

L'allungamento della vita ha anche prodotto un aumento delle spese per la salute. Un anziano oltre i 75 anni costa al sistema sanitario ordini di grandezza superiori rispetto a persone di mezza età.

A questo aumento straordinario non abbiamo fatto fronte riducendo altre spese.

È questo uno dei motivi per cui abbiamo smesso di crescere.

Il problema dell'invecchiamento della popolazione non è solo italiano...”

L'EVOLUZIONE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

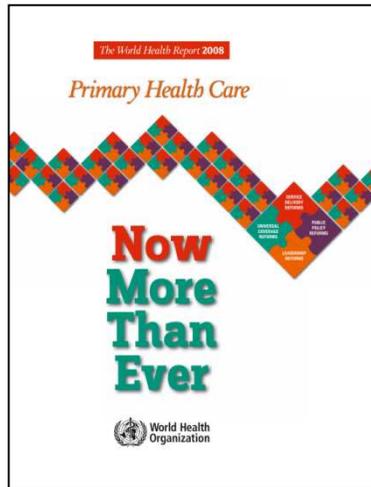
- 
- 1920** — **Primary Care (PC)**: attenzione esclusivamente sul ruolo di erogazione dei servizi sanitari
 - 1950** — **Community Oriented Primary Care (COPC)**: attenzione al destinatario comunitario
 - 1970** — **Primary Health Care (PHC)**: attenzione non solo su aspetti connessi con l'offerta di servizi, ma anche su quelli organizzativi
 - 1978** — Esplicitazione del modello concettuale di assistenza primaria (Dichiarazione universale di Alma – Ata)
 - 1978** — Individuazione delle funzioni proprie di un sistema di PHC: accessibility, comprehensiveness, coordination, longitudinality, accountability (Institute of Medicine)
 - 2008** — Necessità del modello concettuale non solo per i Paesi in via di sviluppo, ma anche per quelli sviluppati (Carta di Tallin/WHO)
 - 2009** — Urgenza di garantire un impegno politico verso valori e principi espressi nella Dichiarazione di Alma – Ata (*“Primary health care, including health system strengthening/WHO*)

I TARGET DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

- **Soggetto sano o apparentemente sano:** soggetto sul quale si può intervenire a scopo preventivo col supporto della medicina di opportunità e di iniziativa basata sull'educazione alla salute, sulla partecipazione strutturata a programmi di prevenzione attiva (primaria: promozione di stili di vita sani, vaccinazioni; secondaria: screening)
- **Soggetto non classificato:** soggetto al primo contatto con il sistema sanitario, in regime di elezione od urgenza per situazioni “non complesse” dal punto di vista specialistico e tecnologico
- **Soggetto cronico:** paziente affetto da malattie croniche (quali diabete, ipertensione, scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronico-ostruttiva) la cui gestione si realizza attraverso l'utilizzo di un insieme di principi e metodologie integrate basate sulle evidenze, tipo Chronic Care Model
- **Soggetto non autosufficiente e/o fragile:** per “non autosufficiente” si intende un soggetto che ha difficoltà a svolgere una o più funzioni della vita quotidiana (Activities of Daily Living) autonomamente e che necessita di assistenza per lunghi periodi di tempo di tipo residenziale o domiciliare

DIFFERENZE TRA ASSISTENZA SANITARIA CONVENZIONALE E ASSISTENZA PRIMARIA INCENTRATA SULLA PERSONA

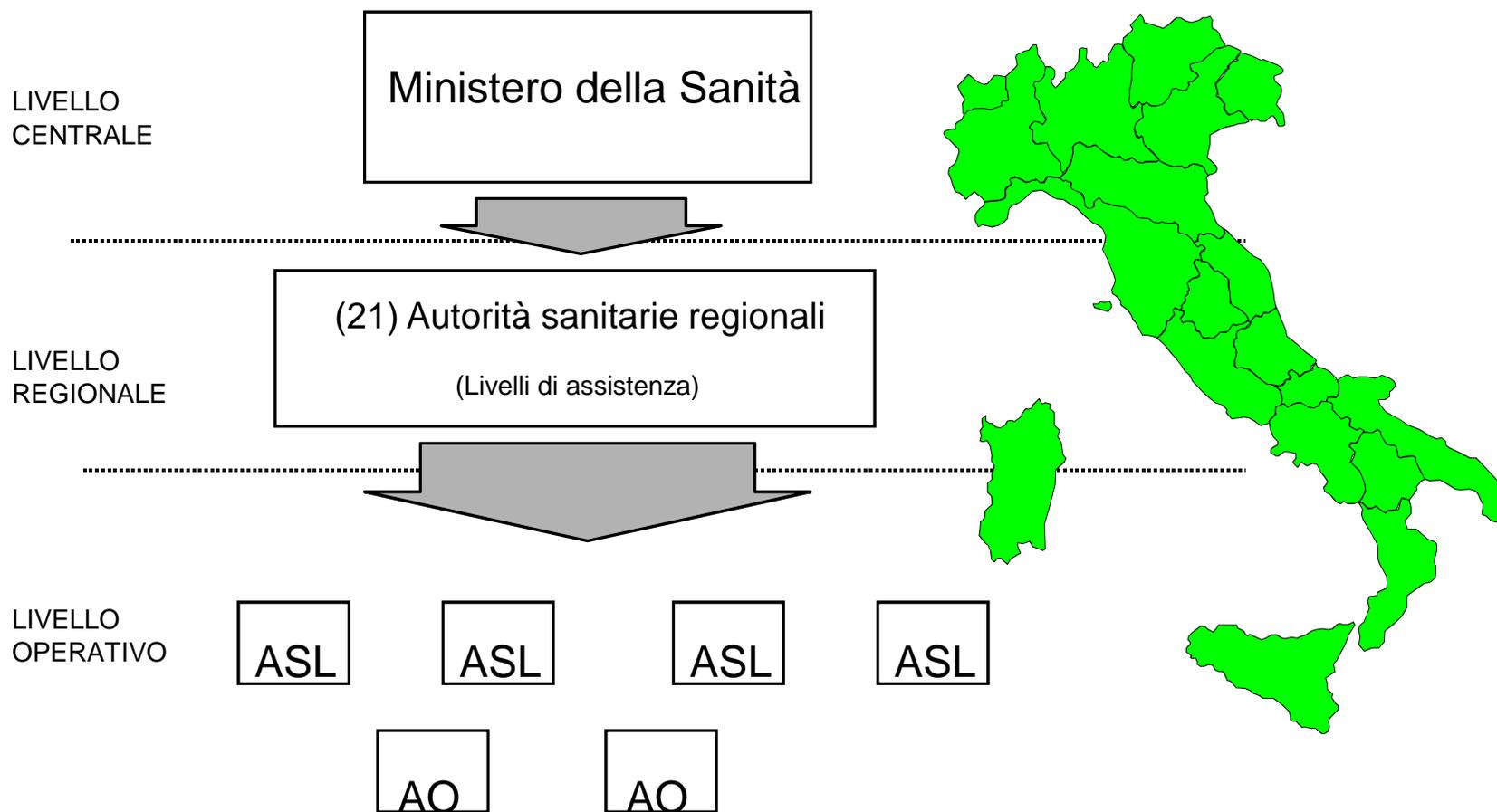
Conventional ambulatory medical care in clinics or outpatient departments	Disease control programmes	People-centred primary care
Focus on illness and cure	Focus on priority diseases	Focus on health needs
Relationship limited to the moment of consultation	Relationship limited to programme implementation	Enduring personal relationship
Episodic curative care	Programme-defined disease control interventions	Comprehensive, continuous and person-centred care
Responsibility limited to effective and safe advice to the patient at the moment of consultation	Responsibility for disease-control targets among the target population	Responsibility for the health of all in the community along the life cycle; responsibility for tackling determinants of ill-health
Users are consumers of the care they purchase	Population groups are targets of disease-control interventions	People are partners in managing their own health and that of their community



I 4 PILASTRI DELLA *PRIMARY HEALTH CARE*



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

LE STRUTTURE PER L'EROGAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA IN ITALIA

AZIENDE SANITARIE LOCALI

- *Presidi ospedalieri*
- *Distretti*
- *Dipartimento di prevenzione*
- *Dipartimento di salute mentale*

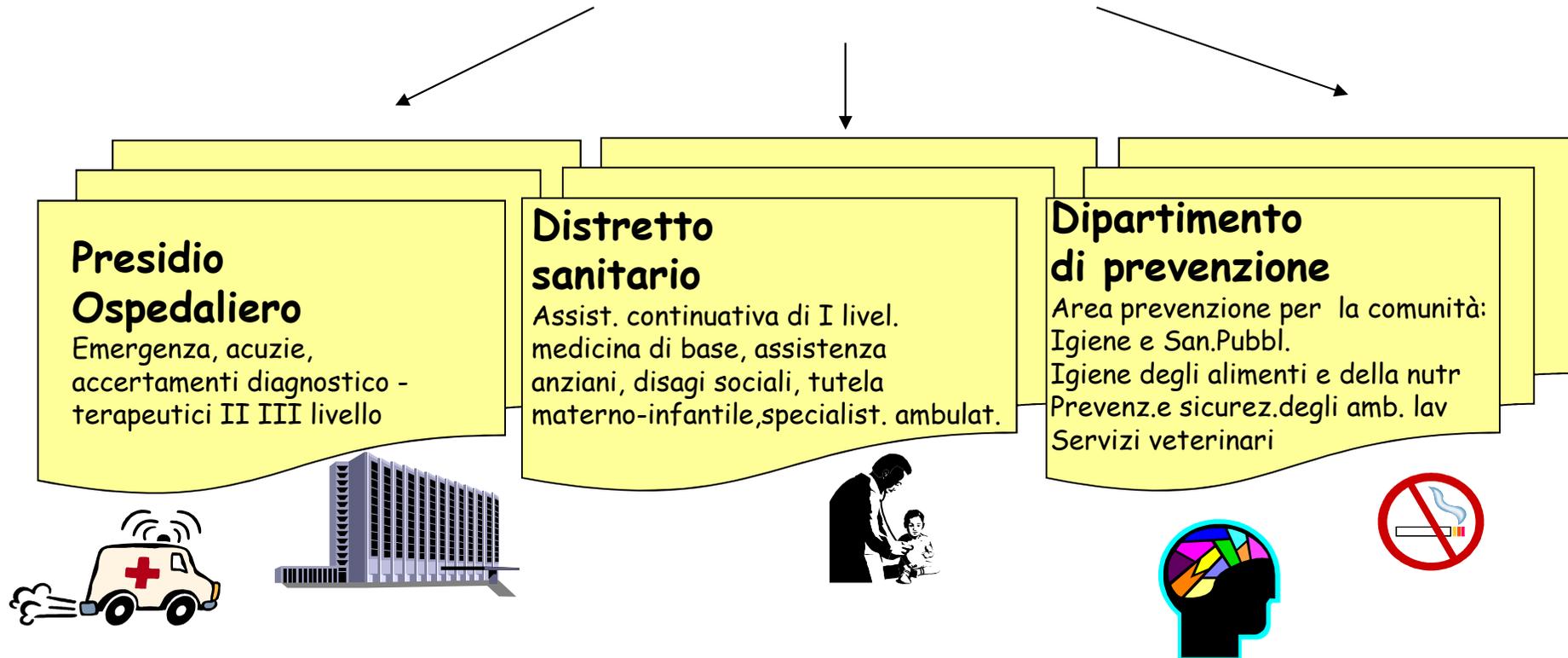
AZIENDE OSPEDALIERE

ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO (IRCCS)

STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE

Le Strutture di Offerta della A.S.L.

AZIENDA SANITARIA LOCALE



LE AZIENDE SANITARIE LOCALI

Perseguono gli obiettivi di salute imposti dalla programmazione nazionale e regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio

Hanno personalità giuridica pubblica, ma sono dotate di autonomia imprenditoriale

Sono dirette da un Direttore Generale, nominato dalla Regione, che è coadiuvato da un Collegio di Direzione e che nomina un Direttore Sanitario e un Direttore Amministrativo

Erogano:

- l'assistenza ospedaliera, attraverso i Presidi ospedalieri*
- l'assistenza distrettuale, tramite i Distretti*
- l'assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro, tramite il Dipartimento di Prevenzione*

Il Collegio Sindacale, costituito da 5 membri, sostituisce il Collegio dei Revisori quale organo di controllo dell'Azienda

I DISTRETTI

Hanno la funzione di garantire *l'accessibilità, la continuità e la tempestività* della risposta assistenziale, favorendo un *approccio intersettoriale* alla promozione della salute e *l'integrazione* tra assistenza sanitaria ed assistenza sociale

Le dimensioni sono regolate da indicazioni regionali, ma, in genere, non sono inferiori a 60.000 ab.

Erogano:

- *l'assistenza di base, attraverso i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta ed i servizi di guardia medica*
- *l'assistenza specialistica ambulatoriale, per es. attraverso i poliambulatori specialistici*
- *l'assistenza per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia, attraverso i consultori*
- *l'assistenza per i tossicodipendenti, per es. attraverso i SERT*
- *l'assistenza ed i servizi per i disabili e gli anziani*
- *l'assistenza domiciliare integrata*
- *l'assistenza ed i servizi per le patologie da HIV e le patologie in fase terminale*

IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Garantisce l'assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro

Le funzioni principali sono:

- *profilassi delle malattie infettive e parassitarie*
- *tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita*
- *tutela della collettività e dei singoli negli ambienti di lavoro*
- *sanità pubblica veterinaria*
- *tutela igienico-sanitaria degli alimenti*
- *sorveglianza e prevenzione nutrizionale*

Organizzato in aree funzionali:

- *igiene e sanità pubblica*
- *igiene degli alimenti e della nutrizione*
- *prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro*
- *sanità animale*
- *igiene degli alimenti di origine animale*
- *igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche*

LE AZIENDE OSPEDALIERE

Come le aziende sanitarie, hanno *personalità giuridica pubblica*, ma sono dotate di *autonomia imprenditoriale*; sono dirette da un *Direttore Generale*, nominato dalla Regione, che è coadiuvato da un *Collegio di Direzione* e che nomina un *Direttore Sanitario* e un *Direttore Amministrativo*

Possono costituirsi in aziende ospedaliere i presidi ospedalieri in possesso di *tutti i seguenti requisiti*:

- *organizzazione dipartimentale*
- *disponibilità di sistemi di contabilità analitica per centri di costo*
- *presenza di almeno tre unità operative di alta specialità*
- *dipartimento di emergenza di secondo livello*
- *ruolo di ospedale di riferimento, anche per pazienti residenti in regioni diverse*
- *indice di complessità della casistica dei pazienti trattati superiore alla media regionale*
- *disponibilità di un proprio patrimonio immobiliare adeguato*

In ogni caso non si può procedere alla *costituzione* o alla *conferma* in azienda ospedaliera, qualora questa costituisca il solo presidio ospedaliero pubblico presente nell'azienda USL

GLI ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO (IRCCS)

Strutture ospedaliere in cui le finalità di *ricerca sanitaria* vengono perseguite *insieme* con le *prestazioni di ricovero e cura*

Il carattere *applicativo* ed il riferimento di *strumentalità* agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale *differenzia la ricerca* svolta dagli IRCCS da quella affidata alle Università ed al CNR

Sono oggetto di un *finanziamento statale* (che va ad aggiungersi a quello regionale), finalizzato esclusivamente allo svolgimento delle attività di ricerca

Esempi:

- I.D.I.
- Fondazione Maugeri
- Fondazione Pascale, Napoli

LE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE

Le strutture sanitarie private possono entrare nel sistema di produzione dei servizi e delle prestazioni per conto e a carico del S.S.N., attraverso una regolamentazione basata su tre livelli:

- 1. Autorizzazione** alla realizzazione ed al funzionamento, sulla base del possesso di *requisiti minimi* strutturali, tecnologici ed organizzativi e della *compatibilità rispetto al fabbisogno* complessivo di assistenza
- 2. Accredитamento istituzionale** concesso dalla Regione, sulla base del possesso di *requisiti ulteriori* di qualificazione della struttura e della *funzionalità della struttura rispetto alla programmazione regionale*
- 3. Accordo contrattuale** tra Regione, Azienda U.S.L. e struttura accreditata, che rappresenta *il momento conclusivo* di individuazione della struttura come soggetto erogatore di servizi per conto del S.S.N. e che consente, di fatto, l'inserimento della struttura nell' *"albo dei fornitori"* del S.S.N.