

CORSO DI LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA A

METODOLOGIA MEDICO SCIENTIFICA DI BASE

Igiene generale e applicata

Corrado De Vito

Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive

corrado.devito@uniroma1.it



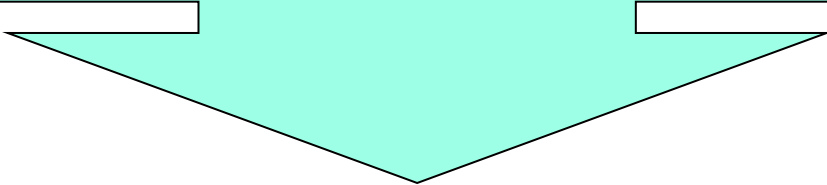
SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

I Sistemi Sanitari



Classificazione dei sistemi sanitari

- Natura del bene salute
- Rilevanza e modalità di intervento dello Stato
- Configurazione e natura giuridica del terzo pagante
- Modalità di governo nell'allocazione delle risorse

- 
- Sistemi sanitari pluralistici
 - Sistemi sanitari mutualistici (modello Bismark)
 - Sistemi sanitari universalistici (modello Beveridge)



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)



Sistemi Mutualistici: Modello Bismarck

- Il Cancelliere Bismarck introdusse nel 1890 un sistema obbligatorio di sicurezza sociale basato sull'appartenenza a diverse categorie professionali
- Assicurazione sanitaria obbligatoria, per i meno abbienti lo Stato garantisce una assistenza minima
- E' garantita tutta la popolazione



Sistemi Universalistici: Modello Beveridge

Lord Beveridge ha cominciato a promuovere un nuovo sistema di sicurezza sanitaria nel 1940.

Il principio ispiratore era quello di eliminare le differenze tra gli assistiti.

Diventa Universalistico cioè devono essere fornite le stesse prestazioni a tutti sia ricchi che poveri:

La salute è un diritto di tutti.

Nel 1948 nasce il National Health Service (NHS)

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 e non possiede ospedali

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, Canada**

Servizi 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



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

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA

ROMA - Giovedì, 28 dicembre 1978

SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI
MENO I FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE DELLE LEGGI E DECRETI - CENTRALINO 45101
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA GIUSEPPE VERDI, 10 - 00100 ROMA - CENTRALINO 5508

LEGGE 23 dicembre 1978, n. 833.

Istituzione del servizio sanitario nazionale.

VII Legislature - Camera dei Deputati

N. 1252-971-1105-1145-1271-C
CAMERA DEI DEPUTATI

RELAZIONE DELLA XIV COMMISSIONE PERMANENTE
(IGIENE E SANITÀ PUBBLICA)

(Relatore: MORINI)

DISEGNO DI LEGGE

APPROVATO, IN UN TESTO UNIFICATO,
DALLA CAMERA DEI DEPUTATI
nella seduta del 27 giugno 1978

MODIFICATO DAL SENATO DELLA REPUBBLICA
nella seduta del 15 dicembre 1978 (Stenografo n. 1291)

PRESENTATO DAL MINISTRO DELLA SANITÀ
(DAL FALCO)

IN CONCORDO COL MINISTRO DEL LAVORO E DELLA PREVIDENZA SOCIALE
(ANSelmi TINA)

COL MINISTRO DELL'INTERNO
(CORNIGI)

COL MINISTRO DI GRAZIA E GIUSTIZIA
(BONIFACIO)

COL MINISTRO DEL TESORO
(STAMMATE)

VII Legislature - Senato dei Deputati

VII LEGISLATURA - DOCUMENTI - DISegni DI LEGGE E RELAZIONI

COL MINISTRO DEL BILANCIO
E DELLA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA
(MORLINO)

COL MINISTRO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE
(MALFATTI)

E COL MINISTRO DELL'INDUSTRIA, DEL COMMERCIO E DELL'ARTIGIANATO
(DONAT-CATTEN)

PROPOSTE DI LEGGE

Chiedente del deputato TRIVA, ABBIATI (Belco), ARNONE, BERLINGUER Giovanni, BISSIGNANI, BRUNCA, CARLONI ANDREUCCI Maria Teresa, CASAPIERI QUAGLIOTTI Corinna, CHIOVINI Ceclia, GIOVAGNOLI Angela, MARRAFFINI, MELANI Amelino, MILANO DE PAOLI Vanda, PALOPOLI, SANDOMENICO, TESSARI Giugliano (971), GORLA, CASTELLANA Luciano, CORVISIERI, MAGRI, MELANI Edoardo, PINTO (1108) TIRABOSCHI BALZAMO, ACHILLI DE VAGNO, COLUCCI, FELISSETTI, FERRI, GIOVANARDI, MAGNANI NOVA Mario, NOVELLINI, SALADINO, SALVATORE, PERHAR Mario, CRESCO, FRASCA (1145), ZANONE, BOZZI, COSTA, MIALAGODI, MAZZARINO (1271)

Trattato dal Presidente del Senato della Repubblica alla Presidenza della Camera il 29 dicembre 1978

Istituzione del Servizio sanitario nazionale

Presentato alla Presidenza il 28 dicembre 1978

La prima riforma
sanitaria



Definizione SSN

Il SSN viene definito come:

complesso di funzioni, di compiti, di attività e di competenze, nonché il complesso delle strutture sanitarie, pubbliche e private, regionali e/o di rilievo nazionale, delle aziende sanitarie, degli organismi e dei servizi operativi finalizzati alla tutela della salute dell'uomo e della sanità veterinaria



I principi fondamentali del S.S.N. (Legge 833/78):

Principio dell'eguaglianza, in base al quale ogni cittadino, indipendentemente dal tipo di attività svolta, dalla categoria sociale di appartenenza e dal luogo di residenza, poteva usufruire di livelli standard di prestazioni fornite dal SSN.

Principio della globalità, secondo cui andava protetto, nell'ambito della nuova organizzazione, tutto ciò che riguardava la salute fisica e psichica del cittadino non limitandosi al solo aspetto curativo delle malattie eventualmente già insorte, ma con estensione anche alla prevenzione e riabilitazione.

Principio della territorialità, in base al quale l'Italia veniva suddivisa in un numero elevato di zone, in ognuna delle quali poteva operare una sola istituzione, l'USL, cui competeva in via esclusiva la gestione dell'assistenza sanitaria in ogni suo aspetto.



I principi ispiratori del SSN

- Tutela della salute (salute come diritto dell' individuo e interesse della collettività)
- Universalismo e “libero” accesso ai servizi (*parzialmente rivisto*)
- Superamento degli squilibri territoriali
- Integrazione di tutti i servizi sanitari (ricondotti alle USL) (*rivisto*)
- Capillarizzazione dei servizi sul territorio (659 USL) (*parzialmente rivisto*)
- Controllo democratico (attraverso gli organi elettivi - Comuni) (*rivisto*)



CHE COSA CAMBIÒ

- Superamento della mutualità nazionale e settoriale che attraverso vari enti pubblici e privati (INAM, EMPALS, IMPDEP, Cassa Commerciali...ecc.) era stata lo strumento di assistenza per oltre trent'anni.
- Passaggio del finanziamento dell'assistenza sanitaria dalla contribuzione dei singoli alla fiscalità generale (i contributi sanitari furono eliminati definitivamente solo negli anni '90).



Legge 23.12.1978 n. 833

- Ha segnato il superamento del sistema mutualistico–ospedaliero, caratterizzato da molti enti differenziati tra loro e caratterizzato (in senso negativo), da:
 1. un' assenza di collegamenti tra assistenza ambulatoriale e domiciliare ed assistenza ospedaliera (con inevitabili duplicazioni di interventi e sperpero di risorse);
 2. mancato rilievo conferito al momento della “prevenzione” rispetto alla “cura”



I soggetti del SSN (L. 833/78)

- Ministero della Sanità (PSN, ripartizione del FSN tra le regioni, contratti collettivi nazionali)
- Regioni (PSR, ripartizione FSR tra le USL, ambito territoriale ed assetto organizzativo USL)
- Comuni (indirizzo e controllo) e USL (gestione dei servizi)
 - prevenzione (gestione diretta)
 - assistenza di base e specialistica extraospedaliera (in convenzione)
 - assistenza specialistica ospedaliera (gestione diretta e in convenzione)



I problemi del SSN

- “Burocratizzazione” delle USL
 - Rigidità procedure, separazione tra le aree sanitarie e quelle amministrative, autoreferenzialità
 - Intervento della politica nella gestione
- Mancanza di autonomia e direzione “manageriale”
- Remunerazione del personale non correlata ai risultati
- Deresponsabilizzazione finanziaria USL e Regioni
 - Ritardi nella definizione e ripartizione del FSN
 - Separazione tra responsabilità di spesa (USL) e finanziamento (Stato)
 - Ripiano dei disavanzi
 - Interventi diretti da parte dello stato sui processi produttivi delle aziende



Riordino del SSN

Il D. Lgs. 30/12/92 n. **502**, modificato e integrato dal D. Lgs. 7/12/93 n. **517**, ha profondamente rinnovato la disciplina dell'ordinamento del SSN, nell'intento di superare la crisi del sistema sanitario pubblico registrata nella fase di applicazione della legge **833** del 1978



Riordino del SSN

In attuazione della “*delega al governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale*” (L. 23.10.1992, n 421) il governo ha emanato il **D. Lgs. 30/12/1992, n 502**, successivamente modificato ed integrato dal **D. Lgs. 7/12/1993, n. 517** con i quali si è provveduto al riordino della disciplina in materia sanitaria e, più in generale, al riassetto istituzionale del SSN resosi improcrastinabile a fronte di innumerevoli disfunzioni e disservizi denunciati nella sanità



Riordino del SSN

Punti cardinali della riforma sono:

- la definizione di livelli di assistenza uniformi sul territorio nazionale (standard minimo di prestazioni erogabili);
- l'attribuzione di maggiori responsabilità gestionali (programmatorie, organizzative e finanziarie) alle regioni;



Riordino del SSN

- l'aziendalizzazione delle strutture di produzione ed erogazione dei servizi sanitari (autonomia patrimoniale, contabile, gestionale, tecnica ed organizzativa e di recepimento di strategie di gestione di marca privatistica);
- un nuovo modello di finanziamento sia a livello di spesa complessiva (obiettivi in funzione di risorse disponibili e non vice versa) sia a livello di singole strutture (remunerazione a tariffa)



Riordino del SSN

- la competitività tra pubblico e privato finalizzata a garantire un miglioramento qualitativo delle prestazioni offerte

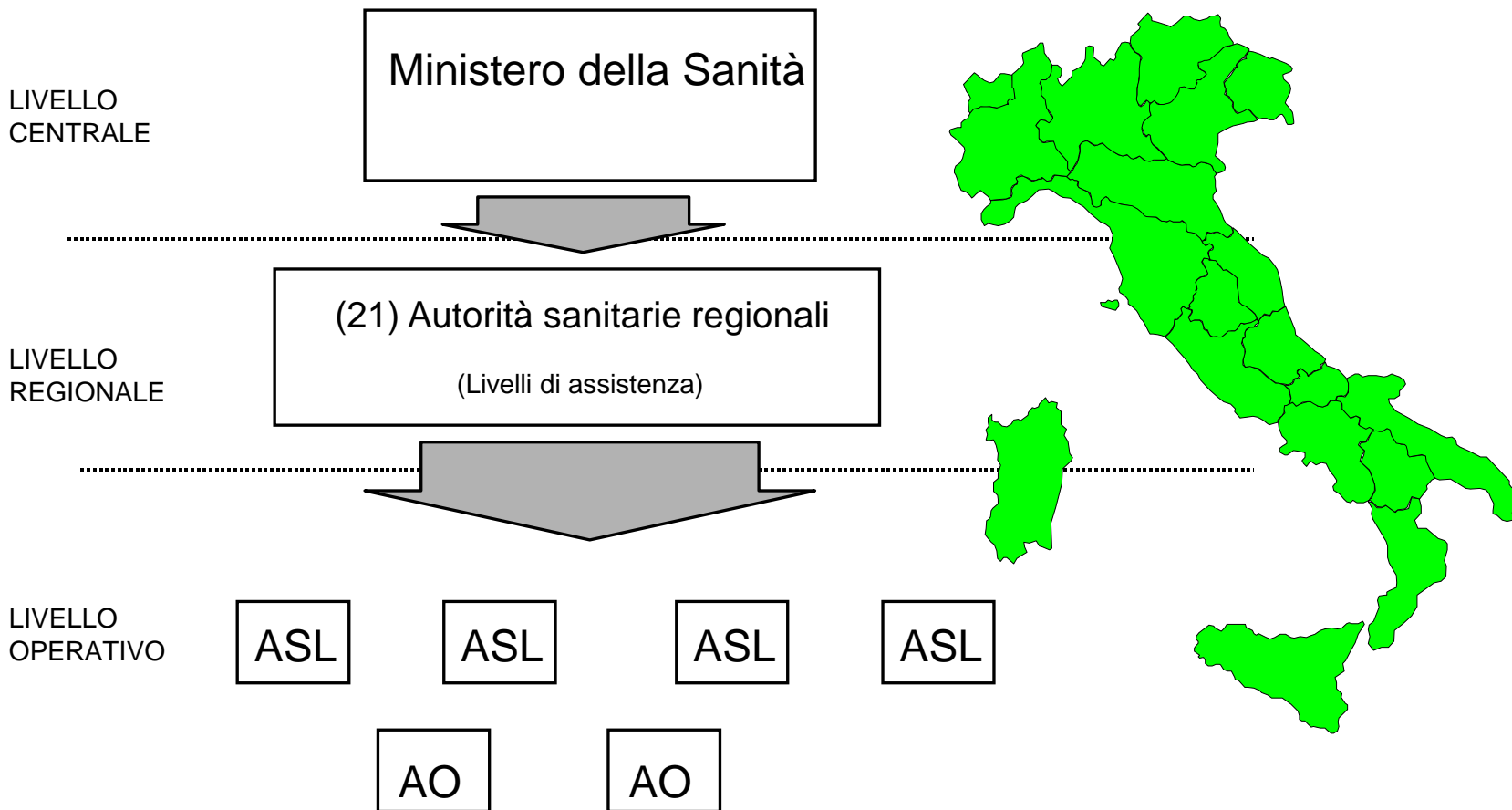


La riforma bis

(D. lgs 502/92 e 517/93)

- La regionalizzazione
- Il “quasi mercato”
- L’aziendalizzazione
- L’introduzione delle assicurazioni sostitutive

L'organizzazione del SSN





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



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

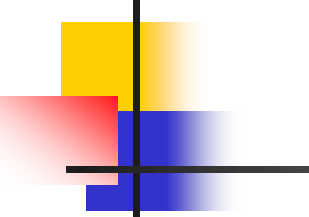
I PRINCIPI ISPIRATORI

- 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

Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)



Il **Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)** è lo strumento che consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Esso rappresenta una svolta significativa nelle metodologie di [monitoraggio dei LEA](#), e aggiorna il [Sistema di Garanzia](#) introdotto nel 2000.

Il [DM 12 marzo 2019](#) "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" è stato pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019 ed **è operativo a partire dal 1 gennaio 2020**.

Gli indicatori individuati sono **88**:

- 16 per la prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- 33 per l'assistenza distrettuale;
- 24 per l'assistenza ospedaliera;
- 4 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario;
- 1 indicatore di equità sociale;
- 10 indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA).

PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA

Id.	Indicatore	Significato
		Indicatori per il
		monitoraggio dei livelli di
	Copertura vaccinale nei	copertura delle attivita' di
	bambini a 24 mesi per ciclo	prevenzione delle malattie
	base (polio, difterite,	infettive, con riferimento
	tetano, epatite B, pertosse,	alle vaccinazioni effettuate
P01C	Hib)	nell'eta' pediatrica.
	Copertura vaccinale nei	
	bambini a 24 mesi per la 1°	
	dose di vaccino contro	
	morbillo, parotite, rosolia	
P02C	(MPR)	
	Copertura vaccinale	
P03C	anti-pneumococcica	
	Copertura vaccinale	
P04C	anti-meningococcica C	
P05C	Copertura vaccinale anti-HPV	

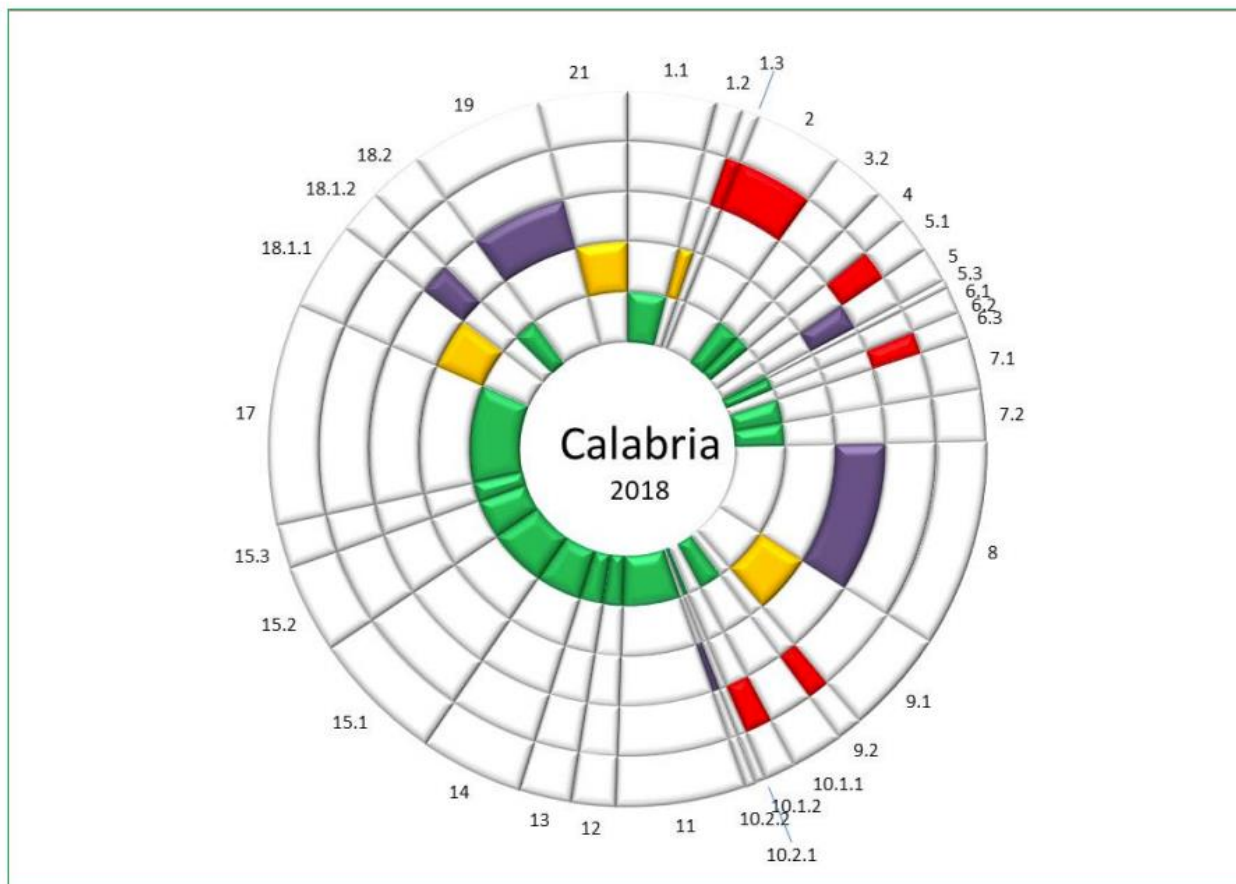
ASSISTENZA DISTRETTUALE

Id.	Indicatore	Significato
	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di	L'insorgenza di eventi maggiori cerebrovascolari o cardiovascolari entro 12 mesi dall'evento puo' essere considerata come un indicatore proxy di ridotta qualita' complessiva dell'intero percorso di cura ospedaliero e territoriale.
D01C	Infarto Miocardico Acuto (IMA)	
	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di	
D02C	ictus ischemico	
	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in eta' adulta (>= 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e	Indicatore proxy della ridotta accessibilita' e funzionalita' dei servizi della medicina territoriale, preposti al trattamento delle patologie indicate sia in termini di prevenzione che di cura.
D03C	scompenso cardiaco	

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Id.	Indicatore	Significato
H01Z	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente.	Indicatore che esprime la domanda di assistenza ospedaliera da parte dei cittadini residenti.
H02Z	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attivita' superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui.	Indicatore che fornisce informazioni sulla proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti il cui volume di attivita' e' predittivo di maggiore efficacia e sicurezza delle procedure chirurgiche.
H03C	Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella.	Indicatore che misura la quota di interventi chirurgici conservativi per tumore maligno della mammella che necessitano di un re-intervento chirurgico successivamente al primo intervento di resezione, fornendo informazioni sulla mancata efficacia di quest'ultimo.

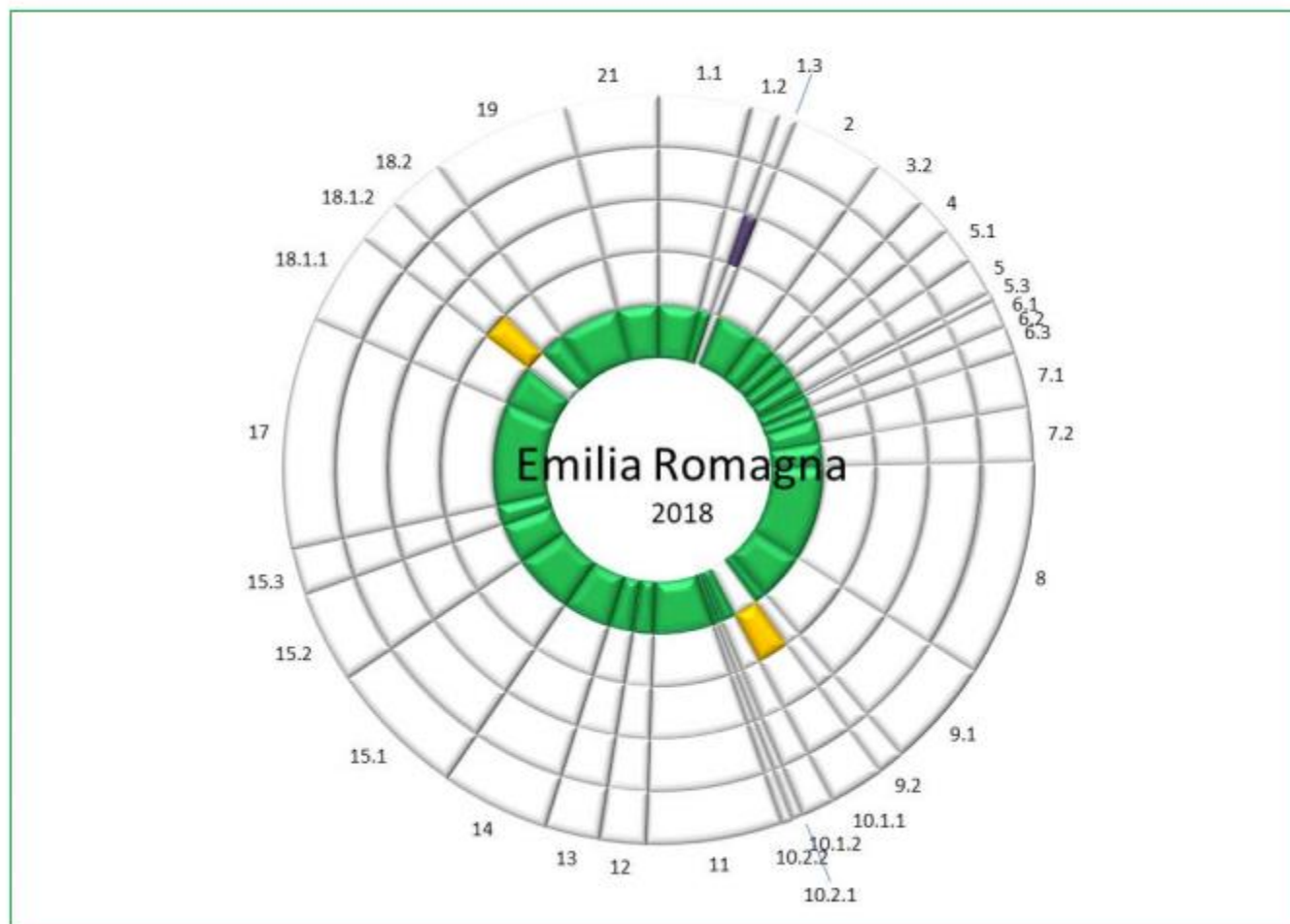
Di seguito si riportano il “Rosone” e la “Griglia LEA” per l’anno 2018.



CALABRIA Griglia LEA 2018

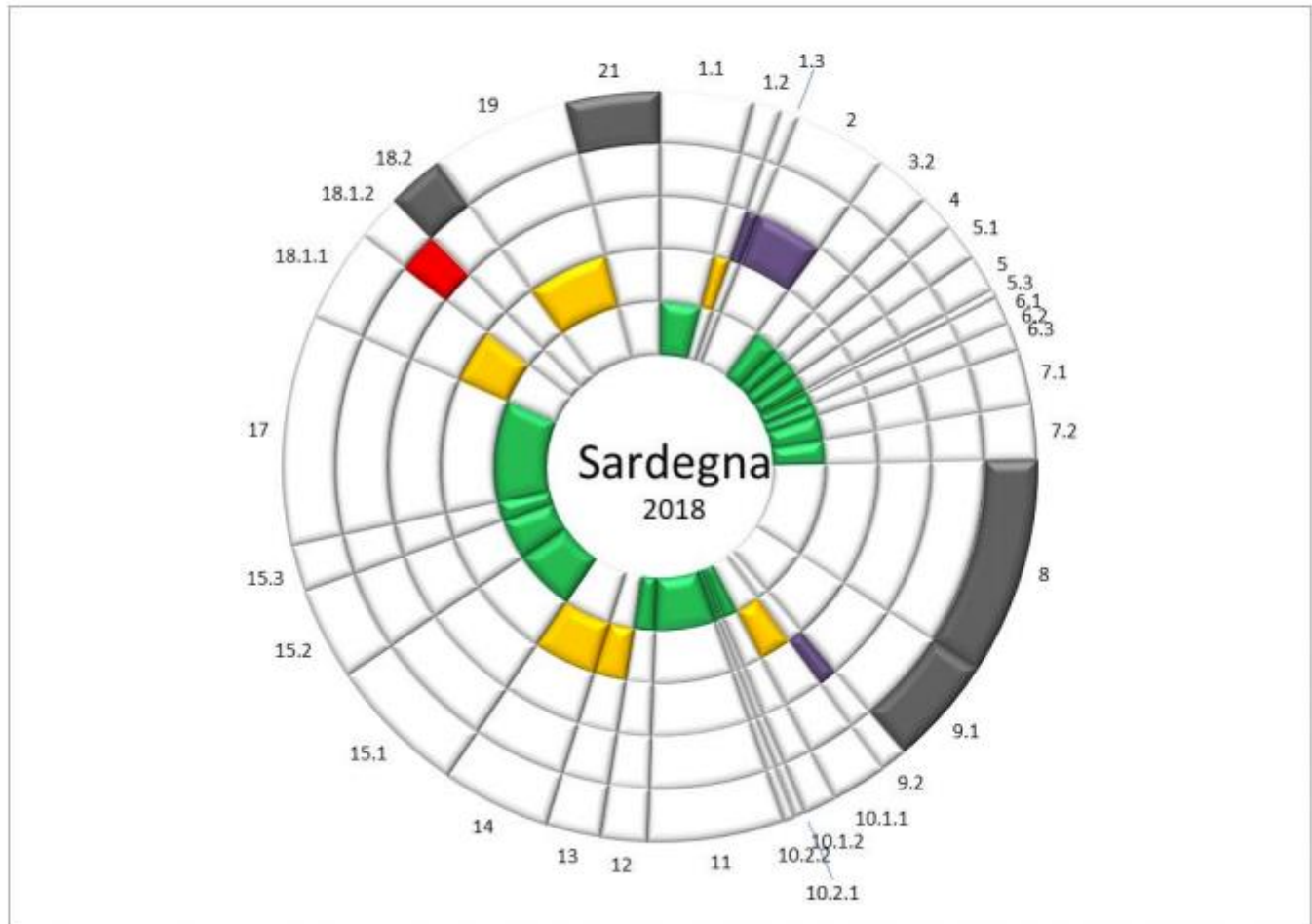
N.	Livello di assistenza	Definizione	Peso	Classi di punteggi di valutazione				
				Valore normale 9	Scostamento minimo 6	Scostamento rilevante ma in miglioramento 3	Scostamento non accettabile 0	Validità del dato -1
1	Prevenzione	1.1 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	1	tutte >= 95%				
		1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	0,3		92,72%			
		1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni)	0,2				59,8%	
2	Prevenzione	2 Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervicite uterina, mammella, colon retto	1				score=2	
3	Prevenzione	3.2 Indicatore composito sugli stili di vita	0,6	DATI PASSI valore osservato 2018 (IC95%): 47,4 (44,4-50,4) valore atteso 2012 (IC95%): 45,6 (41,8-49,5) DATI ISTAT valore osservato 2018 (IC95%): 40,7 (38,4-42,9) valore atteso 2012 (IC95%): 42,1 (39,3-44,9)				
4	Prevenzione salute nei luoghi di lavoro	4 Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	0,4	5,55%				
		5.1 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla TUBERCOLOSI bovina - (percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza; le regioni con status sanitario non omogeneo per territorio, vengono valutate con i criteri previsti per le non ufficialmente indenni)	0,4				97,88% e prev 0,43% e in aumento	

Di seguito si riportano il “Rosone” e la “Griglia LEA” per l’anno 2018.



REGIONE SARDEGNA

Di seguito si riportano il “Rosone” e la “Griglia LEA” per l’anno 2018.



15.1 Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per età per 1.000 residenti

Regione	2016	2017	2018
Piemonte	125,57	122,81	122,57
Valle d'Aosta	158,70	149,90	150,54
Lombardia	124,86	122,34	120,02
P.A. Bolzano	150,46	149,10	146,61
P.A. Trento	145,05	139,89	134,59
Veneto	121,59	119,96	118,55
Friuli Venezia Giulia	124,67	124,02	124,49
Liguria	145,86	142,80	140,51
Emilia Romagna	137,76	134,76	133,05
Toscana	121,70	122,11	120,86
Umbria	134,71	135,16	133,06
Marche	132,88	132,52	133,58
Lazio	138,50	135,93	132,43
Abruzzo	143,29	140,23	139,10
Molise	149,19	142,83	133,54
Campania	164,68	155,49	144,90
Puglia	130,50	123,99	119,50
Basilicata	132,01	128,96	126,17
Calabria	127,10	124,06	122,64
Sicilia	118,07	116,50	114,04
Sardegna	147,94	142,27	139,16



Valore normale 9	Scostamento minimo 6	Scostamento rilevante ma in miglioramento 3	Scostamento non accettabile 0
≤ 160,00	160,01 – 170,00	> 170,00 e non in aumento	> 170,00 e in aumento

18.1.2 Percentuale parti cesarei primari in strutture con meno di 1000 parti all'anno

Regione	2016	2017	2018
Piemonte	19,53	18,52	17,43
Valle d'Aosta	21,17	20,08	20,80
Lombardia	20,45	20,02	18,24
P.A. Bolzano	19,53	17,33	20,70
P.A. Trento	14,86	10,79	10,00
Veneto	18,61	18,79	16,23
Friuli Venezia Giulia	15,46	15,78	14,00
Liguria	20,02	20,07	16,84
Emilia Romagna	16,75	17,02	16,49
Toscana	17,16	18,16	17,55
Umbria	20,11	20,27	18,21
Marche	24,75	23,73	24,13
Lazio	28,81	29,28	26,50
Abruzzo	25,09	24,31	23,73
Molise	32,66	30,51	23,74
Campania	46,24	39,59	35,75
Puglia	33,56	31,92	30,80
Basilicata	28,42	28,38	25,97
Calabria	30,53	29,56	26,20
Sicilia	29,15	27,06	26,61
Sardegna	30,16	28,44	28,70



Indicatore 18.1.2 - Anno 2018

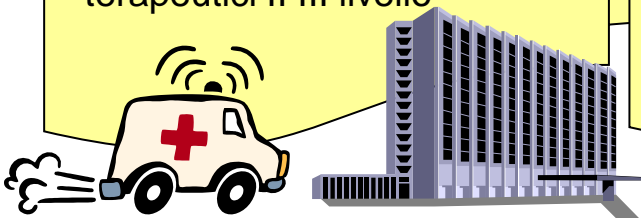
Valore normale 9	Scostamento minimo 6	Scostamento rilevante ma in miglioramento 3	Scostamento non accettabile 0
≤ 15,00%	15,01% – 20,00%	> 20,00% e in diminuzione	> 20,00% e non in diminuzione

Le Strutture di Offerta della A.S.L.

AZIENDA
SANITARIA LOCALE

Presidio Ospedaliero

Emergenza, acuzie,
accertamenti diagnostico -
terapeutici II III livello



Distretto sanitario

Assist. continuativa di I livel.
medicina di base, assistenza
anziani, disagi sociali, tutela
materno-infantile, specialist. ambulat.



Dipartimento di prevenzione

Area prevenzione per la comunità:
Igiene e San.Publ.
Igiene degli alimenti e della nutr
Prevenz.e sicurez.degli amb. lav
Servizi veterinari



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*





La riforma-Ter (Riforma Bindi). Legge 229/1999

ridefinizione dei principi guida in materia di sostenibilità finanziaria del sistema secondo **appropriatezza**, **economicità** ed **evidenza scientifica** nelle scelte d'uso delle risorse

Il funzionamento del sistema sanitario si definisce ottimale quando le risorse assegnate sono trasformate in servizi rispondenti ai bisogni reali della popolazione, forniti al momento e nel luogo opportuno, secondo le conoscenze tecniche più avanzate



La riforma-Ter (Riforma Bindi). Legge 229/1999

Non vengono modificati gli strumenti politici per l'apporto di risorse economico-finanziarie da destinare al SSN. Tenuto conto del DPEF, il Documento di Programmazione economico-finanziario, attraverso il Piano sanitario nazionale, verranno stabiliti i Livelli essenziali di assistenza del triennio in corso. Il Piano Sanitario Nazionale stabilisce i livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA) che lo Stato garantisce al cittadino in maniera gratuita o con partecipazione (ticket)



La riforma-Ter (Riforma Bindi). Legge 229/1999

L'evidenza scientifica e l'appropriatezza clinica di ogni trattamento ne autorizza quindi l'eventuale impiego. Non vengono garantite prestazioni sanitarie che:

- non rispondono a necessità assistenziali previste dai principi ispiratori;**
- non risultano efficaci su base di evidenze scientifiche o non sono efficaci per soggetti che non corrispondono alla situazione clinica raccomandata;**
- quando esiste un trattamento che a parità di risultati sia più economico.**