

MODULO DI LEGISLAZIONE E ORGANIZZAZIONE SANITARIA

OBIETTIVI:

- ❑ Fornire un quadro di riferimento dei principali provvedimenti legislativi che hanno portato all'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale ed alla successiva definizione dell'assetto organizzativo dell'amministrazione sanitaria e la conseguente articolazione dei servizi
- ❑ Descrivere il funzionamento dinamico del Servizio Sanitario e gli aspetti determinanti per la strutturazione del sistema

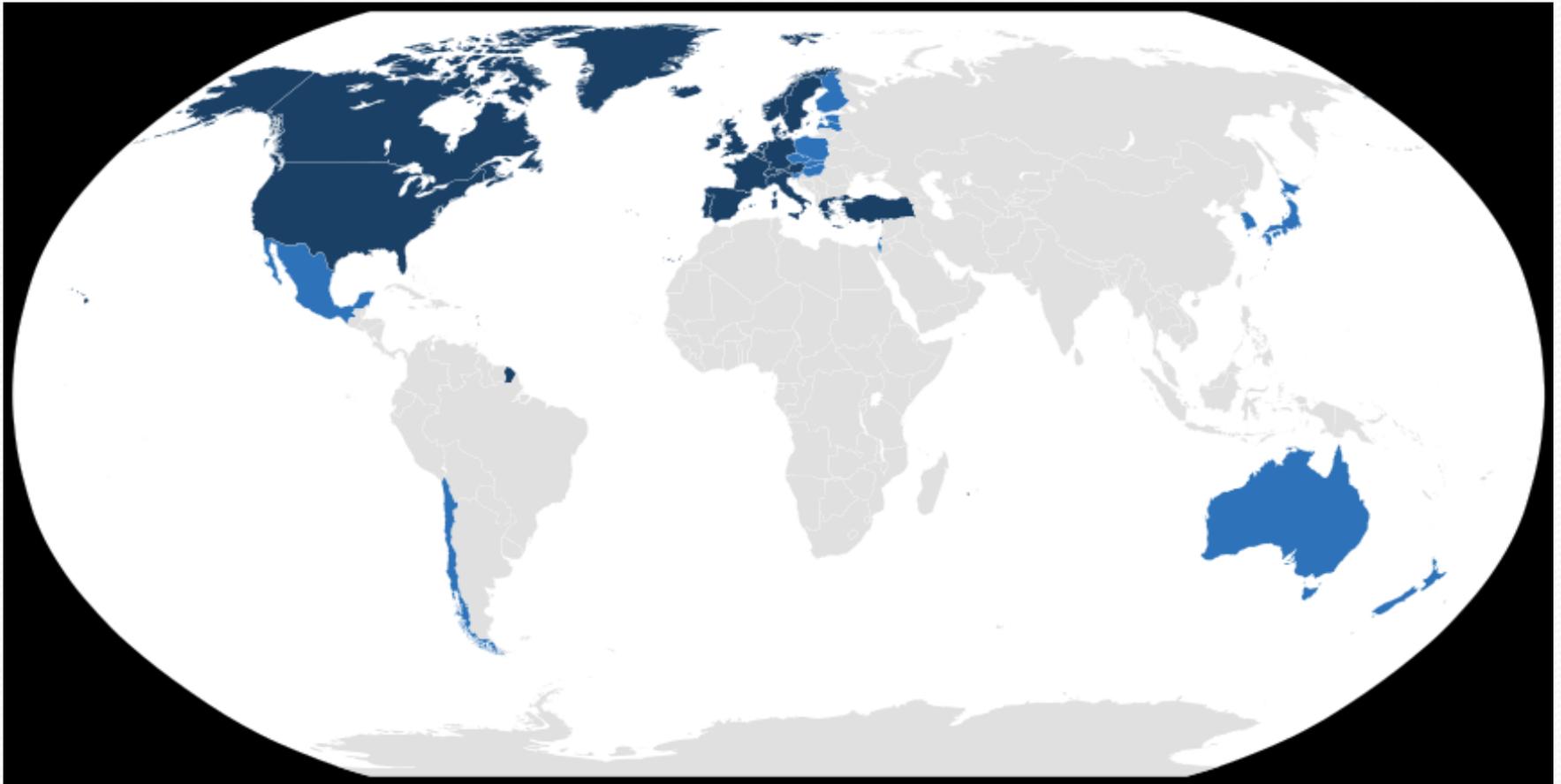
Dott. EMILIO DUCA
Direttore Generale Azienda Ospedaliera di Perugia

PROGRAMMA:

- ❑ La riforma sanitaria (L. n. 833/1978)
- ❑ Il riordino del Servizio Sanitario Nazionale:
processo di aziendalizzazione della sanità (D.Lgs. n. 502/1992;
D.Lgs. n. 229/1999; L. n. 189/2012).
- ❑ La ripartizione delle competenze istituzionali in materia sanitaria.
- ❑ Organizzazione e funzionamento del Servizio Sanitario pubblico:
Aziende USL e Aziende Ospedaliere.
- ❑ Il ruolo dei soggetti sanitari privati: il sistema di autorizzazione e
accreditamento delle strutture sanitarie.
- ❑ Principi e criteri del sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie.
- ❑ La programmazione sanitaria e il finanziamento del SSN.
- ❑ I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA): principali tipologie di
prestazioni (l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di
lavoro; l'assistenza distrettuale; l'assistenza ospedaliera).

PAESI AREA OCSE

ORGANIZZAZIONE PER LA COOPERAZIONE E LO SVILUPPO ECONOMICO



PRINCIPALI MODELLI DI SISTEMA SANITARIO

I sistemi sanitari dei **Paesi** dell'area **OCSE** sono classificabili secondo due diverse configurazioni:

- ❑ Germania, Francia, Olanda, Austria e USA sono serviti da sistemi sanitari fondati originariamente su di una struttura decentralizzata, di tipo mutualistico-assicurativo ad orientamento privato, che affonda le sue radici nel sistema previdenziale istituito dal cancelliere Bismarck alla fine del XIX secolo.
- ❑ Regno Unito, Paesi Scandinavi e **Italia** si avvalgono di un sistema sanitario originariamente a struttura fortemente centralizzata ad orientamento pubblico, il cui prototipo è il modello di *welfare state* universalistico ideato nel 1942 da Lord Beveridge.

PRINCIPALI MODELLI DI SISTEMA SANITARIO

Modello Bismarck:

- ❑ È un modello di welfare basato sul principio assicurativo che garantisce a chi lavora ed alla sua famiglia la copertura finanziaria da rischi quali la malattia, l'invalidità, la morte e la disoccupazione, in relazione al contributo versato dal lavoratore stesso.

Modello Beveridge:

- ❑ Alla sua base c'è il diritto sociale del cittadino di avere buone condizioni di vita; l'assistenza diviene generalizzata e copre una vasta gamma di rischi (*from the cradle to the grave*, cioè dalla culla alla tomba); le risorse, ottenute ricorrendo alla fiscalità generale, vengono orientate a rispondere alle condizioni di maggior bisogno, indipendentemente dalle capacità economiche e contributive dei singoli.

1948 entra in vigore la Costituzione Repubblicana

Parte I – Diritti e doveri dei cittadini

Titolo II – Rapporti etico-sociali

Art. 32

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

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”.

ASSETTO ISTITUZIONALE DEL SISTEMA SANITARIO

- ❑ 1958 - Istituzione Ministero della Sanità.
- ❑ 1970 - Vengono istituite le Regioni e con DPR 4/1972 sono trasferite alle Regioni a statuto ordinario funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria.
- ❑ 1978 - Legge 833: istituzione del SSN (Stato, Regioni ed Enti Locali: modello centralizzato, burocratico, finanziamento indipendente dai risultati “a piè di lista”).
- ❑ 1992 - Legge “delega” 421 con riforme in diversi settori: previdenza, pubblico impiego, finanza territoriale, sanità.
- ❑ 1992 - D.Lgs. 502 (cd. Riforma “De Lorenzo”) con riordino del SSN (Stato e Regioni: modello decentrato).
- ❑ 1999 - D.Lgs. 229 Riforma Ter del SSN (cd. Riforma “Bindi”).
- ❑ 2001 - Legge costituzionale 3 (riforma del titolo V).
- ❑ 2012 - Legge 189 (cd. Riforma “Balduzzi”).

In ITALIA fino al 1978 ... SISTEMA MUTUALISTICO

Durante il Regno d'Italia, la tutela della sanità pubblica era di competenza del Ministero dell'Interno, presso il quale era stata costituita una Direzione Generale della Sanità Pubblica affiancata da un organo consultivo, il Consiglio Superiore di Sanità e da uno tecnico, l'Istituto Superiore di Sanità.

La maggior parte della popolazione italiana (oltre il 90%) fruiva di assistenza sanitaria su base assicurativa obbligatoria (sistema mutualistico**).**

Il sistema mutualistico si sviluppa tra la prima e la seconda guerra mondiale. In particolare, negli anni tra il 1920-1930 si assiste al proliferare di casse mutue malattia per i lavoratori delle varie categorie.

In ITALIA fino al 1978 ... SISTEMA MUTUALISTICO

- ❑ **CASSE MUTUE AZIENDALI E DI CATEGORIA** (lavoratori dipendenti, e loro familiari, del settore privato: industria, agricoltura e commercio).

Con Legge n. 138 del 11/1/1943 vengono sciolte le casse mutue aziendali e di categoria e viene istituito INAM.

- ❑ **ENPAS** (lavoratori pubblici dipendenti statali).
- ❑ **INADEL** (lavoratori pubblici dipendenti degli enti locali).
- ❑ **ENPDEDP** (lavoratori del credito e delle assicurazioni).

Fino al 1952 restano esclusi da ogni forma di assistenza i lavoratori autonomi (artigiani, commercianti, coltivatori diretti). Per tale categoria di lavoratori, tra il 1953 e il 1956, vengono costituite le mutue autogestite.

PRINCIPALI “LIMITI” DEL SISTEMA MUTUALISTICO

- ❑ Sistema basato sull’assistenza sanitaria su base assicurativa obbligatoria.**
- ❑ Non tutti i cittadini erano coperti dall’assicurazione sociale contro le malattie.**
- ❑ Diversità di trattamento previsto tra i vari enti mutualistici per i propri assistiti.**
- ❑ Complessità dei rapporti amministrativi e finanziari tra enti mutualistici ed operatori sanitari.**
- ❑ Presupposto per ogni intervento nel settore sanitario era l’esistenza di uno stato di malattia.**
- ❑ Nessuna considerazione per il momento della “prevenzione” e per quello “riabilitativo”.**

1958 VIENE ISTITUITO IL MINISTERO DELLA SANITÀ

L'organizzazione sanitaria era così composta:

A livello centrale:

Ministero della Sanità con il Consiglio Superiore di Sanità (organo consultivo) e l'Istituto Superiore di Sanità (organo tecnico).

A livello periferico:

Ufficio del medico provinciale, Ufficio del veterinario provinciale, uffici sanitari dei comuni e dei consorzi comunali, gli uffici sanitari speciali (sanità marittima, sanità aerea, etc...).

NEL 1970 VENGONO ISTITUITE LE REGIONI

Tra il 1972 e il 1977 vengono quindi trasferite alle Regioni una serie di funzioni amministrative di competenza dello Stato.

DPR n. 4 del 14 gennaio 1972

“Le funzioni amministrative esercitate dagli organi centrali e periferici dello Stato in materia di assistenza sanitaria, nelle sue fasi di intervento preventivo, curativo e riabilitativo, sono trasferite alle Regioni a statuto ordinario”.

1978

ISTITUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Il Servizio Sanitario Nazionale viene istituito con la Legge n. 833 del 23 dicembre 1978.

E' la legge che permette il definitivo superamento del sistema di assistenza sanitaria su base assicurativa obbligatoria (sistema mutualistico), lo scioglimento di tutti gli enti con finalità assistenziali e la loro confluenza verso l'istituendo SSN.

LEGGE N. 833/1978

Principi ispiratori della riforma sanitaria:

- Universalità dei destinatari
- Uguaglianza del trattamento
- Globalità degli interventi
- Libera scelta del cittadino

Nota Bene: «Modello Beveridge» sistema sanitario basato su una concezione di assistenza pubblica illimitata e incondizionata (welfare state)

LEGGE N. 833/1978

“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”.

Nel corso degli anni il legislatore ha progressivamente introdotto una serie di limitazioni e di condizionamenti economici al principio della gratuità per il cittadino dell’assistenza sanitaria (ticket).

LEGGE N. 833/1978

Il **Servizio Sanitario Nazionale** poggia su tre strutture di diverso livello:

- ❑ Stato (funzioni di programmazione generale e di stanziamento delle risorse);
- ❑ Regioni (funzioni legislative, programmatiche e coordinamento);
- ❑ Comuni (compiti di gestione amministrativa diretta).

Alla gestione unitaria della tutela della salute si provvede in modo uniforme sull'intero territorio nazionale mediante una rete completa di **Unità Sanitarie Locali**.

L'Unità Sanitaria Locale - struttura operativa dei Comuni, singoli o associati, e delle Comunità Montane - è il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi i quali, in un ambito territoriale delimitato, assolvono ai compiti del Servizio Sanitario Nazionale.

IL RIORDINO DEL SSN

DECRETO LEGISLATIVO N. 502/1992

All'inizio degli anni '90, nell'ambito del più generale processo di riordino delle pubbliche amministrazioni, si è provveduto al riassetto istituzionale del Servizio Sanitario Nazionale, anche in relazione alla necessità di fronteggiare le difficoltà di ordine finanziario del sistema.

In particolare, con il D.Lgs. n. 502/1992, si è provveduto al riordino della disciplina in materia sanitaria con una profonda trasformazione del servizio sanitario, nella quale da una concezione di assistenza pubblica illimitata ed incondizionata (*Welfare State*) si è passati ad una concezione di assistenza pubblica in cui la spesa sociale e sanitaria doveva essere proporzionata alla effettiva realizzazione delle entrate e non poteva più rapportarsi unicamente alla entità dei bisogni. Pertanto, si è avviata una riorganizzazione funzionale del servizio pubblico in grado di recuperare nel sistema sanitario efficienza, economicità e qualità.

IL RIORDINO DEL SSN

DECRETO LEGISLATIVO N. 502/1992

I principi ispiratori del riordino del servizio sanitario sono stati:

- rafforzamento del ruolo delle Regioni;
- aziendalizzazione;
- accreditamento;
- sistema di finanziamento;
- responsabilizzazione degli operatori in senso gestionale.

I principi informatori del riordino del servizio sanitario sono stati:

- ottimale e razionale utilizzazione delle risorse;
- migliore efficienza del servizio sanitario in un sistema di concorrenzialità;
- equità distributiva;
- contenimento della spesa.

IL RIORDINO DEL SSN

DECRETO LEGISLATIVO N. 502/1992

I punti cardinali della riforma sono stati:

- ❑ attribuzione di maggiori responsabilità gestionali alle Regioni (programmatorie, organizzative e finanziarie), con avvio del processo di regionalizzazione della sanità;
- ❑ aziendalizzazione delle strutture di produzione ed erogazione dei servizi sanitari;
- ❑ competitività tra pubblico e privato (finalizzata al miglioramento qualitativo delle prestazioni ed alla più ampia libertà di scelta per il cittadino);
- ❑ nuovo modello di finanziamento (quota capitaria e remunerazione a tariffa);
- ❑ definizione dei livelli uniformi di assistenza sul territorio nazionale
- ❑ partecipazione del cittadino (uti singoli o in forma associativa) alla fase gestionale ed organizzativa del SSN ed alla fase consuntiva di verifica degli obiettivi raggiunti.

IL RIORDINO DEL SSN

DECRETO LEGISLATIVO N. 502/1992

Con il Decreto Legislativo n. 502/1992 si sostituiscono alle Unità Sanitarie Locali intese quali strumenti operativi dei Comuni singoli o associati (come prevedeva la Legge n. 833/1978) le **Aziende sanitarie**:

- ❑ Aziende Unità Sanitarie Locali (prevedendo per ciascuna un ambito territoriale coincidente di norma con quello della Provincia).
- ❑ Aziende Ospedaliere (ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione, i policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico).

IL RIORDINO DEL SSN

La legge di riordino del Servizio Sanitario Nazionale definisce le aziende sanitarie come aziende dotate di:

- ❑ **personalità giuridica pubblica** ovvero soggetto di diritto, diverso dalla persona fisica, individuato come centro di imputazione dei rapporti giuridici (soggetto istituzionale deputato alla gestione dei servizi sanitari)
- ❑ **autonomia organizzativa** intesa come potere di identificare autonomamente la struttura organizzativa dell'apparato aziendale
- ❑ **autonomia amministrativa** intesa come potere di adottare in via autonoma provvedimenti amministrativi implicanti l'esercizio di potestà pubblica
- ❑ **autonomia patrimoniale** intesa come capacità di disporre del patrimonio mediante atti di acquisizione, amministrazione e cessione dello stesso

IL RIORDINO DEL SSN

Segue ...

- ❑ ***autonomia contabile*** che investe l'area della gestione economico-finanziaria e patrimoniale
- ❑ ***autonomia gestionale*** intesa come il potere di determinare in via autonoma (ma pur sempre nei limiti dei vincoli assegnati dalla programmazione regionale) gli obiettivi dell'azione, le attività da compiere, le modalità di svolgimento delle attività, l'allocazione delle risorse, l'organizzazione del lavoro, il controllo dell'andamento della gestione e la verifica dei risultati conseguiti
- ❑ ***autonomia tecnica*** che riguarda le procedure e le modalità di impiego delle risorse

LA RIFORMA “TER” DEL SSN

DECRETO LEGISLATIVO N. 229/1999

Il D.Lgs. n. 229/1999 ha introdotto norme per accentuare la connotazione aziendalistica delle aziende sanitarie:

- ❑ **autonomia imprenditoriale** con la quale trova affermazione la più ampia forma di autonomia giuridica (come quella goduta dalle persone fisiche e giuridiche, secondo i dettami del codice civile) ovvero quella di perseguire i propri interessi, sfruttando gli strumenti e l'organizzazione imprenditoriale
- ❑ organizzazione e funzionamento definiti con atto aziendale di diritto privato
- ❑ appalti o contratti per le forniture di beni e servizi, il cui valore sia inferiore a quello stabilito dalla normativa comunitaria in materia, definiti direttamente secondo le norme del diritto privato
- ❑ attività orientata a criteri di efficacia, efficienza ed economicità con rispetto del vincolo di bilancio attraverso l'equilibrio di costi e di ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie

LA RIFORMA “TER” DEL SSN

Gli altri aspetti salienti della riforma sanitaria “ter” sono i seguenti:

- ❑ **valorizzazione delle Regioni** con consolidamento del processo di regionalizzazione della sanità
- ❑ **rafforzamento del ruolo dei Comuni** nella fase di programmazione e anche di controllo: la concertazione con gli Enti Locali si sviluppa a vari livelli con particolare riferimento alla stesura del Piano Sanitario Nazionale, del Piano Sanitario Regionale, dei Piani Attuativi Locali e del Programma delle Attività Territoriali
- ❑ **articolazione in Distretti delle Aziende USL**, con indicazione alle Regioni di individuare gli ambiti territoriali di riferimento garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo deroghe in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente

LA RIFORMA “TER” DEL SSN

Segue ...

- ❑ ***integrazione socio-sanitaria*** mediante percorsi assistenziali integrati che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale ed attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative
- ❑ ***istituzione dei fondi integrativi sanitari*** che sono destinati a potenziare l'erogazione di prestazioni aggiuntive ovvero superiori ai livelli di assistenza garantiti dal SSN
- ❑ ***riforma della dirigenza sanitaria*** senza suddivisione in livelli, ma collocata in unico ruolo distinto per profili professionali e con un rapporto di lavoro caratterizzato dall'esclusività tra professionista e SSN

LA RIFORMA “TER” DEL SSN

Segue ...

- **sperimentazioni gestionali** attraverso l'articolazione di veri e propri programmi aventi ad oggetto nuovi modelli di gestione che prevedono forme di collaborazione tra strutture del SSN e soggetti privati, anche mediante la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato (la partecipazione societaria dei privati non può superare la soglia del 49% e sono esclusi subappalti a terzi estranei alla sperimentazione per la fornitura di servizi connessi all'assistenza alla persona)
- **formazione continua** che consiste in attività di qualificazione specifica per i diversi profili professionali, costituendo requisito indispensabile per svolgere attività professionale e comprendendo l'aggiornamento professionale (diretto ad accrescere le conoscenze professionali) e la formazione permanente (tesa a migliorare le competenze ed abilità cliniche, tecniche e manageriali)

LA RIFORMA “TER” DEL SSN

Segue ...

- ❑ *previsione di programmi e poteri sostitutivi* che il Governo può esercitare intervenendo, in alcuni casi specifici, in luogo delle Regioni inadempienti, anche sotto forma di nomina di un Commissario *ad acta*
- ❑ *autorizzazioni* alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie
- ❑ *accreditamento istituzionale*
- ❑ *individuazione delle tariffe* per le prestazioni erogate dalle strutture accreditate

DALLA LEGGE 833 ALLA RIFORMA DEL SSN

Si passa dalla gestione politica alla **gestione tecnica**.

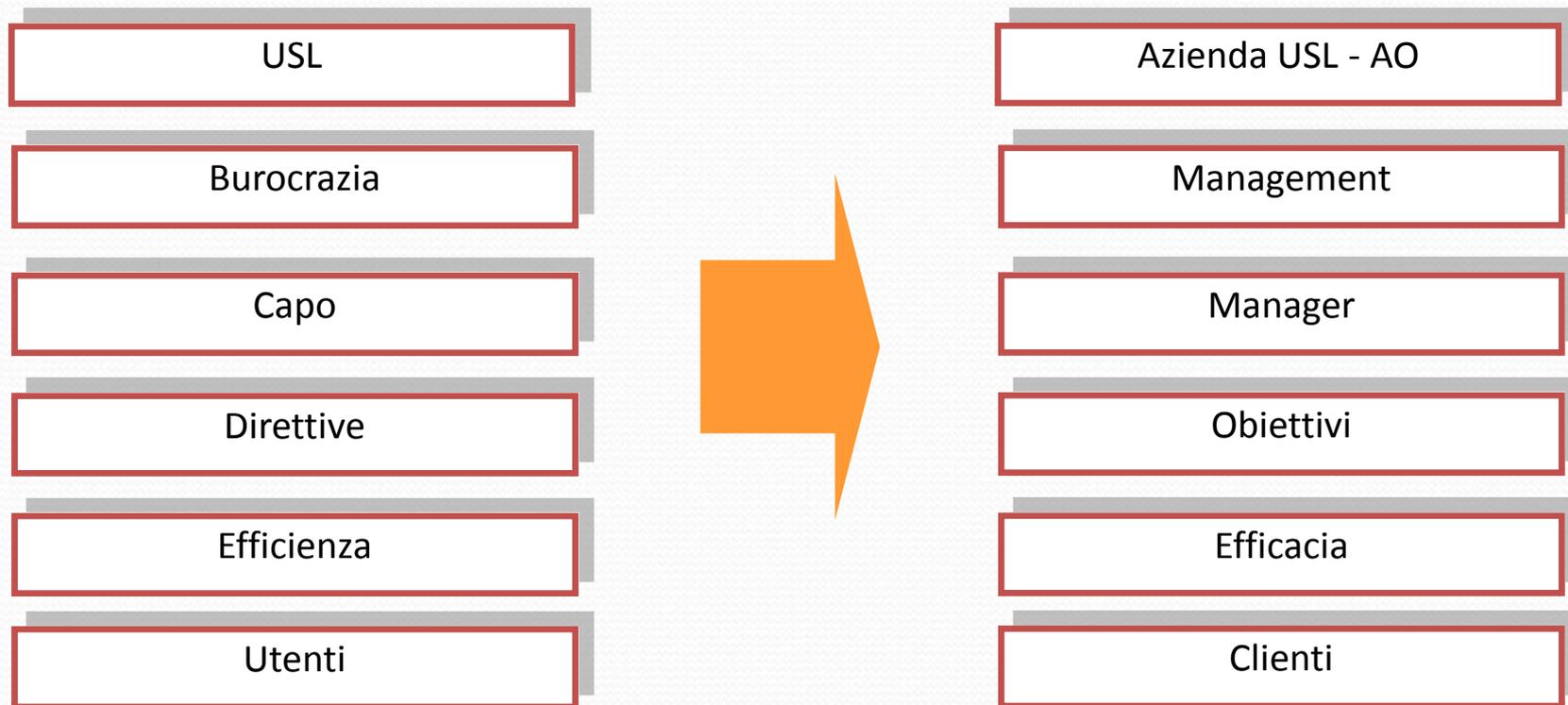
Le USL diventano **Aziende** “Unità Sanitarie Locali”.

Vengono create le **Aziende Ospedaliere** e le **Aziende Ospedaliere Universitarie**.

Vengono ridefiniti gli ambiti territoriali delle Aziende sanitarie.

In cui AZIENDA sta per Ente strumentale della Regione dotato di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale, tecnica e imprenditoriale.

DALLA LEGGE 833 ALLA RIFORMA DEL SSN



LA RIFORMA DEL TITOLO V

LEGGE COSTITUZIONALE N. 3/2001

Lo stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie:

... .. (omissis)

h) ordine pubblico e sicurezza, ad esclusione della polizia amministrativa locale;

i) cittadinanza, stato civile e anagrafi;

l) giurisdizione e norme processuali; ordinamento civile e penale; giustizia amministrativa;

m) **determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale;**

n) norme generali sull'istruzione;

o) previdenza sociale;

... .. (omissis)

LA RIFORMA DEL TITOLO V

LEGGE COSTITUZIONALE N. 3/2001

Sono materie di legislazione concorrente quelle relative a:

... .. (omissis)

- commercio con l'estero;
- tutela e sicurezza del lavoro;

... .. (omissis)

- **tutela della salute;**
- alimentazione;
- ordinamento sportivo;

... .. (omissis)

Spetta alle Regioni la potestà legislativa in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato.

SISTEMA SANITARIO

LIVELLI ISTITUZIONALI

- ❑ Livello **centrale** - Lo Stato ha la responsabilità di assicurare a tutti i cittadini il diritto alla salute mediante un forte sistema di garanzie, attraverso i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).
- ❑ Livello **regionale** - Le Regioni hanno la responsabilità diretta della realizzazione del governo e della **spesa per il raggiungimento degli obiettivi di salute del Paese. Le Regioni hanno competenza esclusiva nella regolamentazione ed organizzazione di servizi e di attività destinate alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere** (anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie nel rispetto dei principi generali fissati dalle leggi dello Stato).

CAMBIAMENTO DEI RUOLI

GOVERNO: individua nell'ambito del PSN i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ovvero la soglia minima delle prestazioni sanitarie a carico del SSN garantite a tutti i cittadini.

REGIONI: definiscono le modalità organizzative e di finanziamento delle Aziende USL e delle Aziende Ospedaliere, nonché i criteri per la definizione [...] svolgono la funzione di vigilanza e controllo sulle Aziende USL e sulle Aziende Ospedaliere e di valutazione della qualità delle prestazioni [...]

ARTICOLAZIONE SISTEMA SANITARIO



IL SISTEMA DELLE “CONFERENZE”

Il sistema delle Conferenze è il risultato del confronto tecnico e politico tra Governo, Regioni ed Autonomie locali.

L'iter istruttorio sulle questioni di interesse statale e regionale (ad es. “salute” e “welfare”) si riassume attraverso i principali passaggi procedurali ad iniziare dal lavoro tecnico nelle riunioni interregionali e miste Stato-Regioni, passando per l'attività delle Commissioni, per finire alle sedute della Conferenza delle Regioni e Province autonome, della Conferenza Stato-Regioni e della Conferenza Unificata.

IL SISTEMA DELLE “CONFERENZE”

RIUNIONI TECNICHE INTERREGIONALI

- ❑ Sono convocate e coordinate dalla Regione capofila per materia, allo scopo di istruire i provvedimenti che saranno iscritti all'ordine del giorno della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, della Conferenza Stato-Regioni e della Conferenza Unificata.
- ❑ Nel corso delle riunioni tecniche interregionali vengono elaborati pareri, documenti ed osservazioni su argomenti di interesse regionale, mediante un lavoro di concertazione e raccordo tra le Regioni.
- ❑ Di norma le riunioni tecniche interregionali precedono il confronto - sempre a livello tecnico - con le Amministrazioni centrali (riunioni tecniche miste).

IL SISTEMA DELLE “CONFERENZE”

RIUNIONI TECNICHE MISTE STATO - REGIONI

- ❑ Sono convocate e coordinate dalla Segreteria della Conferenza Stato-Regioni. Partecipano ai lavori i rappresentanti delle Amministrazioni centrali interessate alla materia, i rappresentanti delle Regioni e, qualora l'argomento concerna competenze attribuite alle Autonomie locali, i rappresentanti di UPI, ANCI e UNCEM.
- ❑ Nelle riunioni tecniche miste i rappresentanti delle Regioni espongono la propria posizione sugli atti e provvedimenti oggetto dell'incontro anche mediante la formulazione di osservazioni ed emendamenti. Quando è stato raggiunto il necessario grado di approfondimento e di condivisione dell'argomento, ovvero si avvicinano i termini perentori previsti dall'ordinamento per la conclusione dell'iter istruttorio, la questione è posta all'ordine del giorno della Conferenza Stato-Regioni o Conferenza Unificata.

IL SISTEMA DELLE “CONFERENZE”

COMMISSIONI DELLA CONFERENZA DELLE REGIONI

Le posizioni espresse in sede tecnica, sia nelle riunioni interregionali che nei gruppi misti, sono sottoposte all'esame delle Commissioni della Conferenza delle Regioni:

- Commissione affari istituzionali e generali;
- Commissione affari finanziari;
- Commissione affari comunitari e internazionali;
- Commissione infrastrutture, mobilità e governo del territorio;
- Commissione ambiente e protezione civile;
- Commissione beni e attività culturali;
- **Commissione salute;**
- Commissione politiche sociali;
- Commissione istruzione, lavoro, ricerca e innovazione;
- Commissione politiche agricole;
- Commissione attività produttive.

IL SISTEMA DELLE “CONFERENZE”

CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PP.AA.

- ❑ La Conferenza delle Regioni e delle PP.AA. è il luogo di coordinamento e confronto dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome e sede ufficiale della interlocuzione istituzionale interregionale.
- ❑ Partecipano alle sedute della Conferenza i Presidenti delle Regioni e delle Province autonome ovvero gli Assessori delegati supportati dal direttore e dai tecnici.
- ❑ La Conferenza delle Regioni è organizzata per Commissioni in relazione a gruppi di materie omogenee.
- ❑ In questa sede viene espressa la posizione ufficiale delle Regioni su questioni di interesse regionale e vengono approvati documenti ed atti che saranno consegnati ed illustrati al Governo nelle sedute della Conferenza Stato-Regioni e della Conferenza Unificata.

IL SISTEMA DELLE “CONFERENZE”

CONFERENZA STATO - REGIONI

- ❑ La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano opera nell’ambito della comunità nazionale per favorire la cooperazione tra l’attività dello Stato e quella delle Regioni e Province Autonome, costituendo la «sede privilegiata» della negoziazione politica tra le Amministrazioni centrali e il sistema delle autonomie regionali.
- ❑ La conferenza Stato-Regioni rappresenta, la sede di incontro tra le diverse posizioni dei soggetti istituzionali; è la sede dove il Governo acquisisce l’avviso delle Regioni sui più importanti atti amministrativi e normativi di interesse regionale; persegue l’obiettivo di realizzare la leale collaborazione tra Amministrazioni centrale e regionali e consente alle Regioni di partecipare alle scelte del Governo, nelle materie di comune interesse; si riunisce in una apposita sessione comunitaria per la trattazione di tutti gli aspetti della politica comunitaria che sono anche di interesse regionale e provinciale.

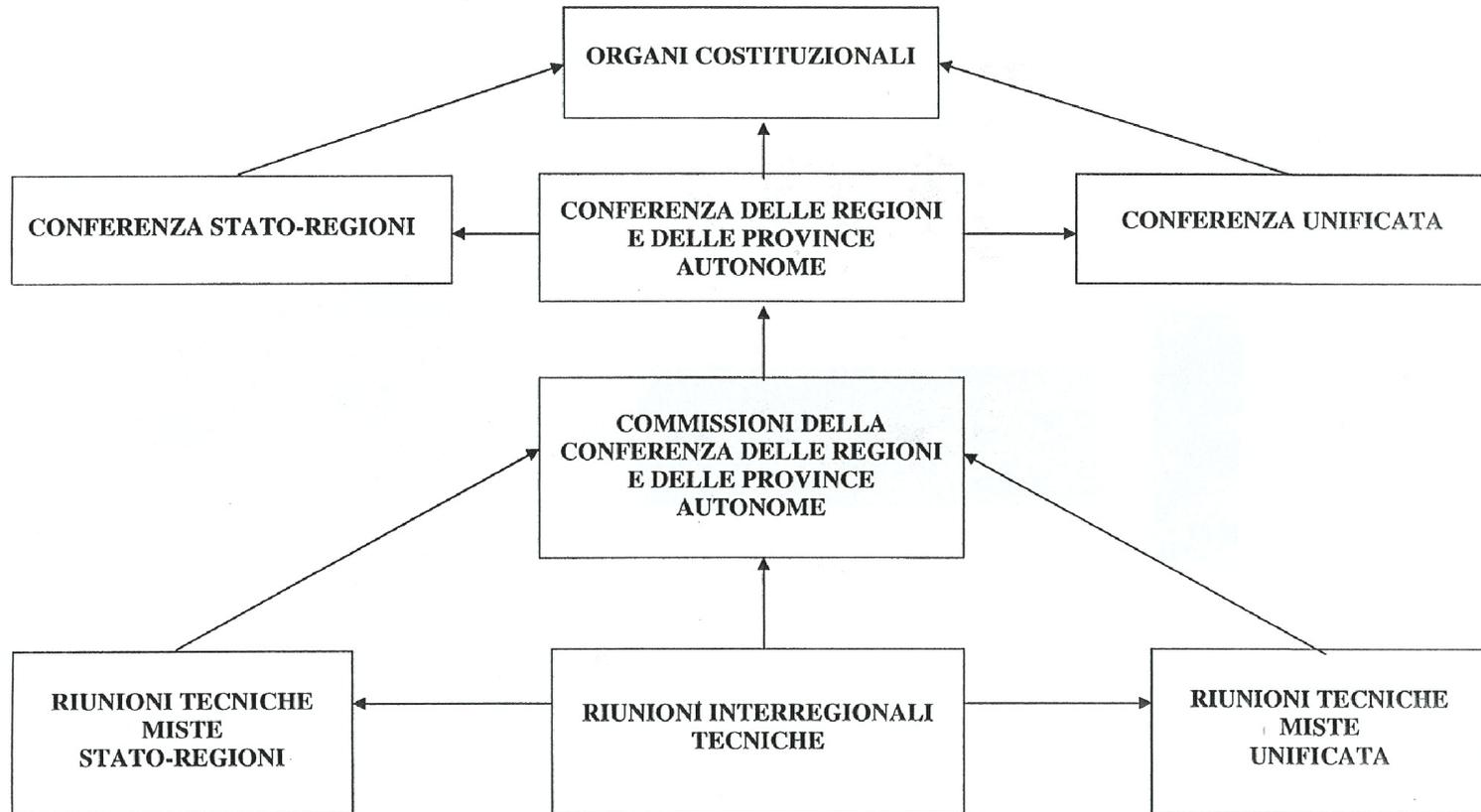
IL SISTEMA DELLE “CONFERENZE”

CONFERENZA UNIFICATA

- ❑ La Conferenza Unificata è composta dai membri della Conferenza Stato-Regioni (Presidenti delle Regioni e Presidenti delle Province Autonome) e della Conferenza Stato-Città ed autonomie locali (Presidente ANCI; Presidente UPI; Presidente UNCEM; da quattordici Sindaci designati dall'ANCI, di cui cinque rappresentano le città «metropolitane»; da sei Presidenti di Provincia designati dall'UPI; Ministro dell'Interno; Ministro dell'Economia e finanze; Ministro delle infrastrutture e trasporti; Ministro del lavoro e politiche sociali; Ministro della Salute).
- ❑ La Conferenza Unificata svolge funzioni consultive, di raccordo, di scambio di dati ed informazioni in tutti i casi in cui Regioni, Province, Comuni e Comunità montane debbano esprimersi su un medesimo oggetto.

L'ATTUALE SISTEMA DELLE "CONFERENZE"

(a partire dal 9 giugno 2005)



LE FRECCE INDICANO IL PERCORSO SEGUITO, SALVO ECCEZIONI, PER L'ISTRUTTORIA DEI PROVVEDIMENTI

LE AZIENDE SANITARIE

- ❑ Aziende Unità Sanitarie Locali (AUSL)
- ❑ Aziende Ospedaliere (AO), ivi comprese le Aziende Ospedaliero-Universitarie (AOU)

Gli organi delle Aziende Sanitarie sono:

- ❑ Direttore Generale
- ❑ Collegio Sindacale
- ❑ Collegio di direzione
- ❑ Comitato di indirizzo (solo AOU)

Tra i vari organismi collegiali delle aziende sanitarie il *Consiglio dei Sanitari - USL* - (organo elettivo dell'azienda con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria) ed il *Nucleo di Valutazione*

LE AZIENDE SANITARIE

Il **Direttore Generale** è il rappresentante legale dell'azienda ed è titolare di tutti i poteri di gestione, nonché dei poteri di verifica

Il Direttore Generale è nominato dalla Regione e deve essere in possesso dei seguenti requisiti:

- diploma di laurea
- esperienza almeno quinquennale di direzione tecnica o amministrativa in enti, aziende, strutture pubbliche o private, in posizione dirigenziale con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e finanziarie, svolta nei dieci anni precedenti la pubblicazione dell'avviso

LE AZIENDE SANITARIE

Il Direttore Generale è coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo:

- ❑ Il *Direttore Sanitario* è un medico che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione. Il Direttore Sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari.
- ❑ Il *Direttore Amministrativo* è un laureato in discipline giuridiche o economiche che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione. Il Direttore Amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'azienda sanitaria.

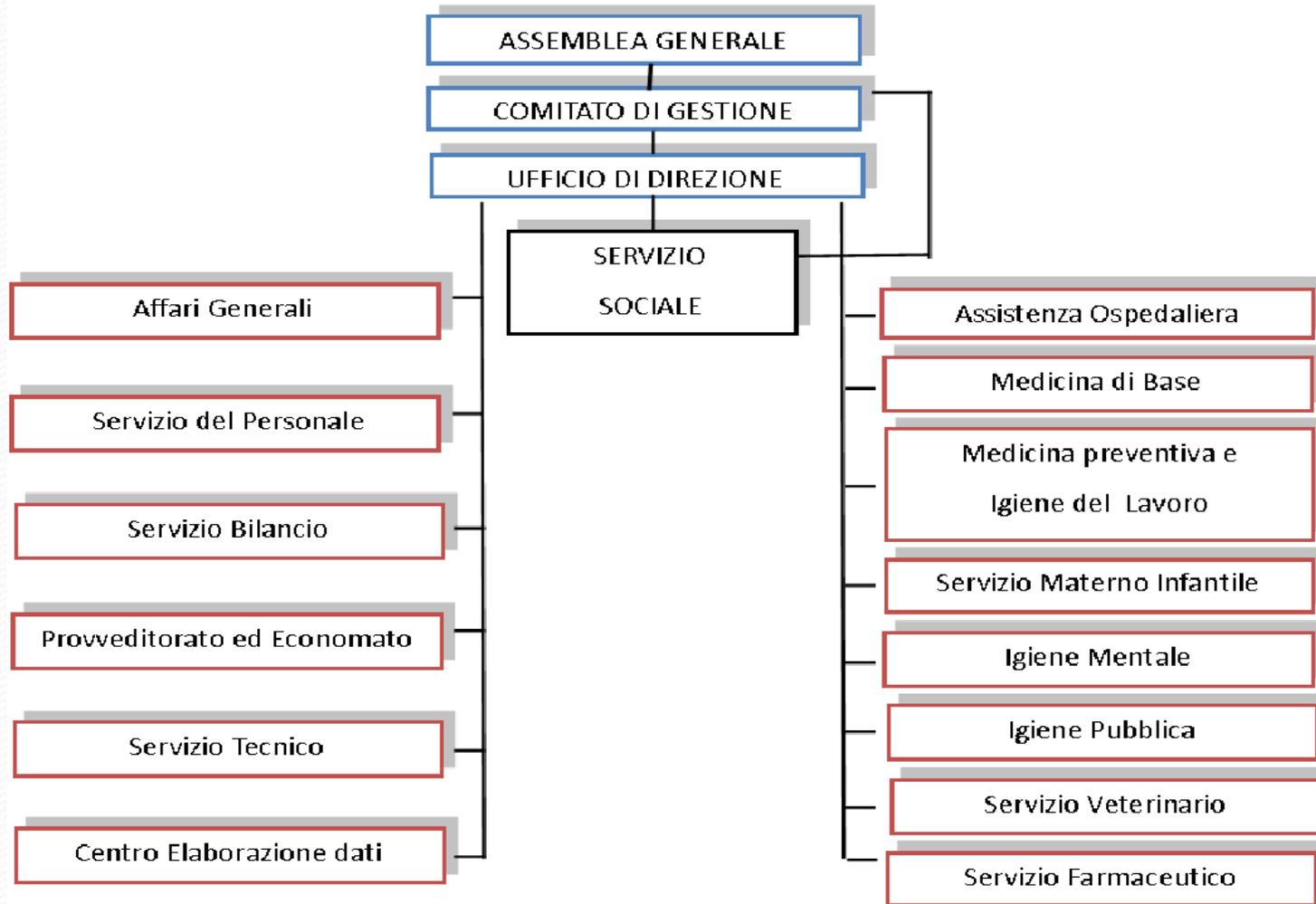
LE AZIENDE SANITARIE

Il **Collegio dei Revisori**, sostituito con la cosiddetta riforma sanitaria “ter” dal *Collegio Sindacale*, è un organo di vigilanza e verifica dell’andamento gestionale dell’azienda sanitaria sotto il profilo contabile e finanziario.

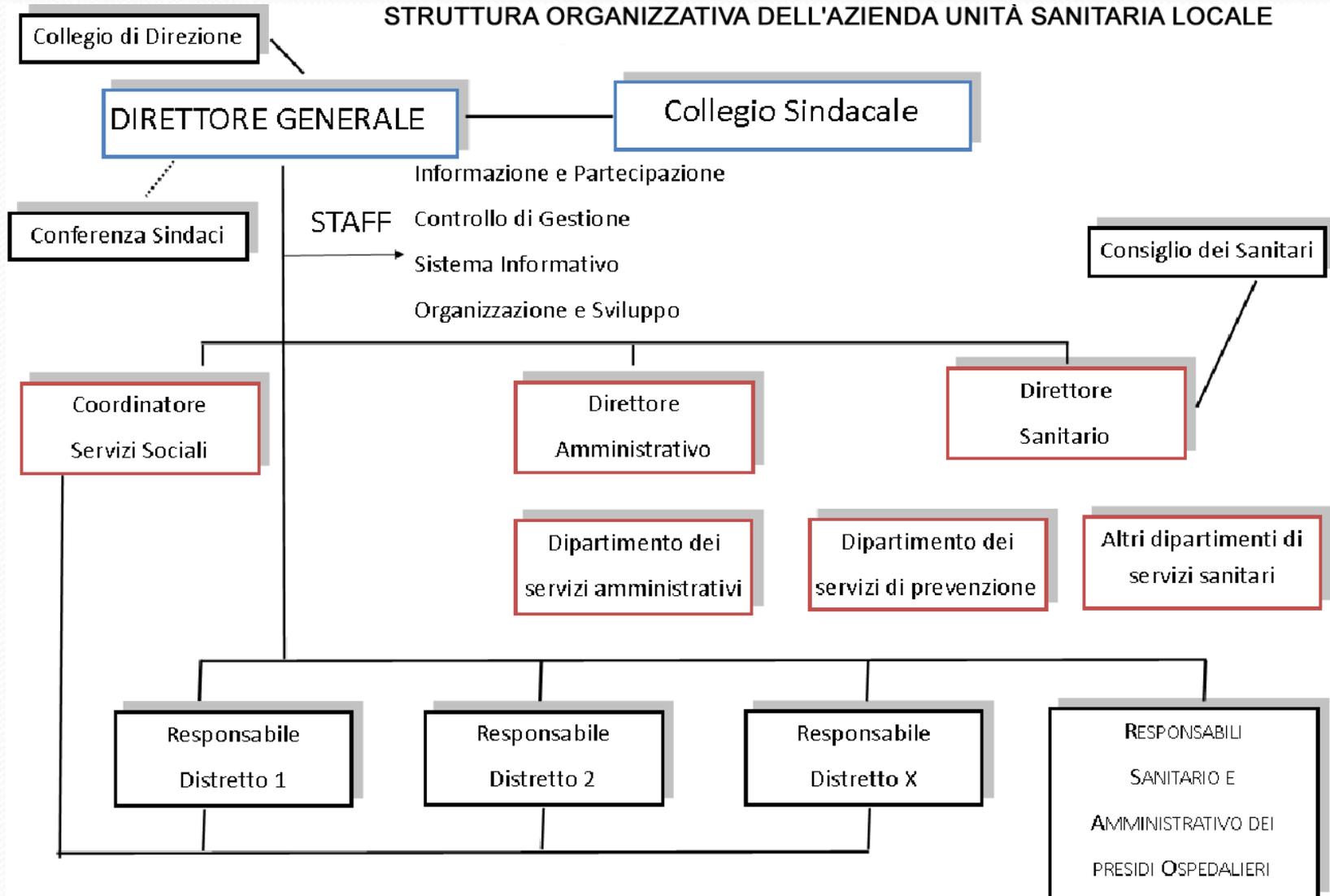
Il **Collegio di Direzione**, concorre al governo delle attività cliniche, partecipa alla pianificazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie, concorre inoltre allo sviluppo organizzativo e gestionale delle aziende.

Il **Comitato di Indirizzo** (solo AOU), ha il compito di proporre iniziative e misure per assicurare la coerenza della programmazione generale dell’attività assistenziale dell’azienda con la programmazione didattica e scientifica delle Università e di verificare la corretta attuazione della programmazione.

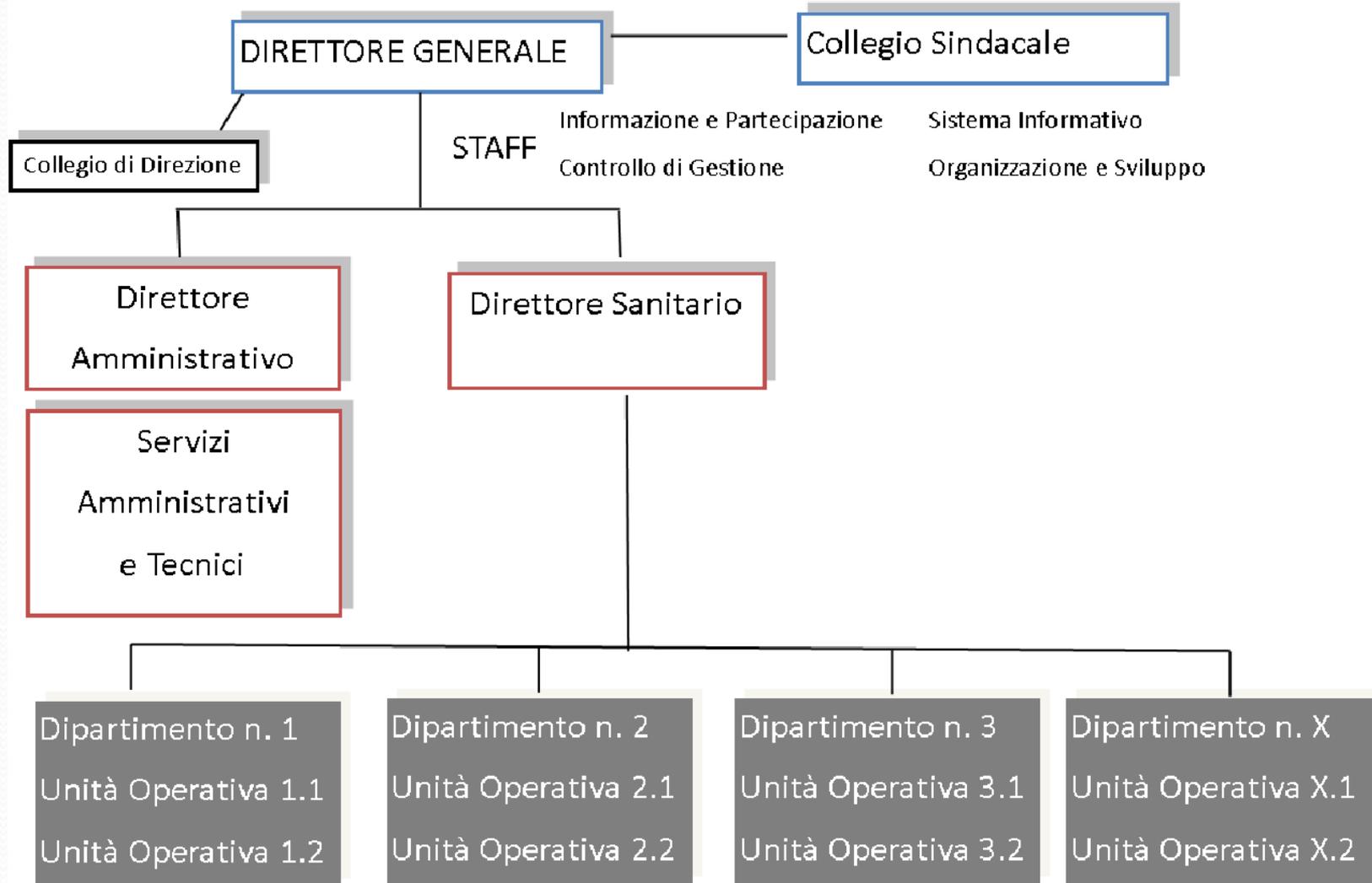
Struttura organizzativa dell'USL (LEGGE 883/78)



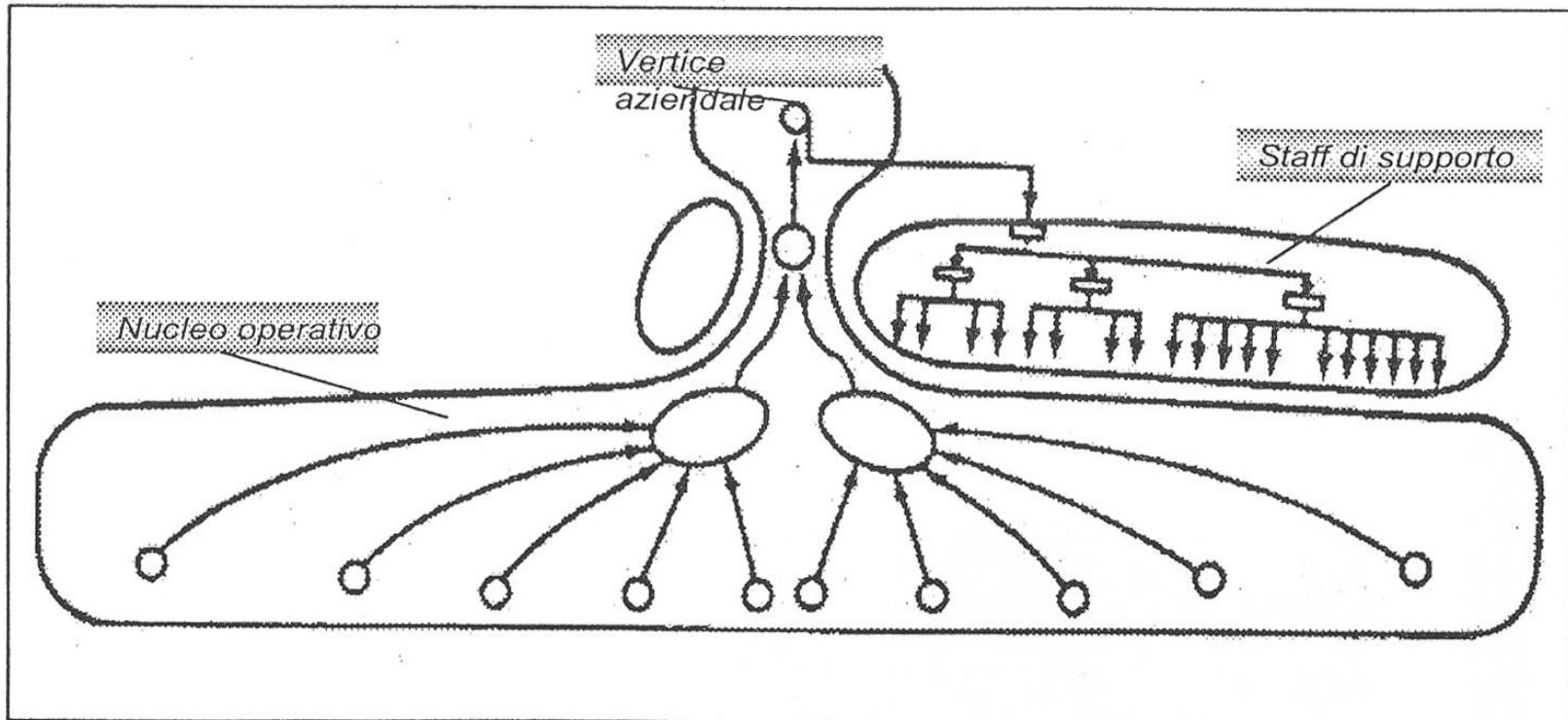
STRUTTURA ORGANIZZATIVA DELL'AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE



STRUTTURA ORGANIZZATIVA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA

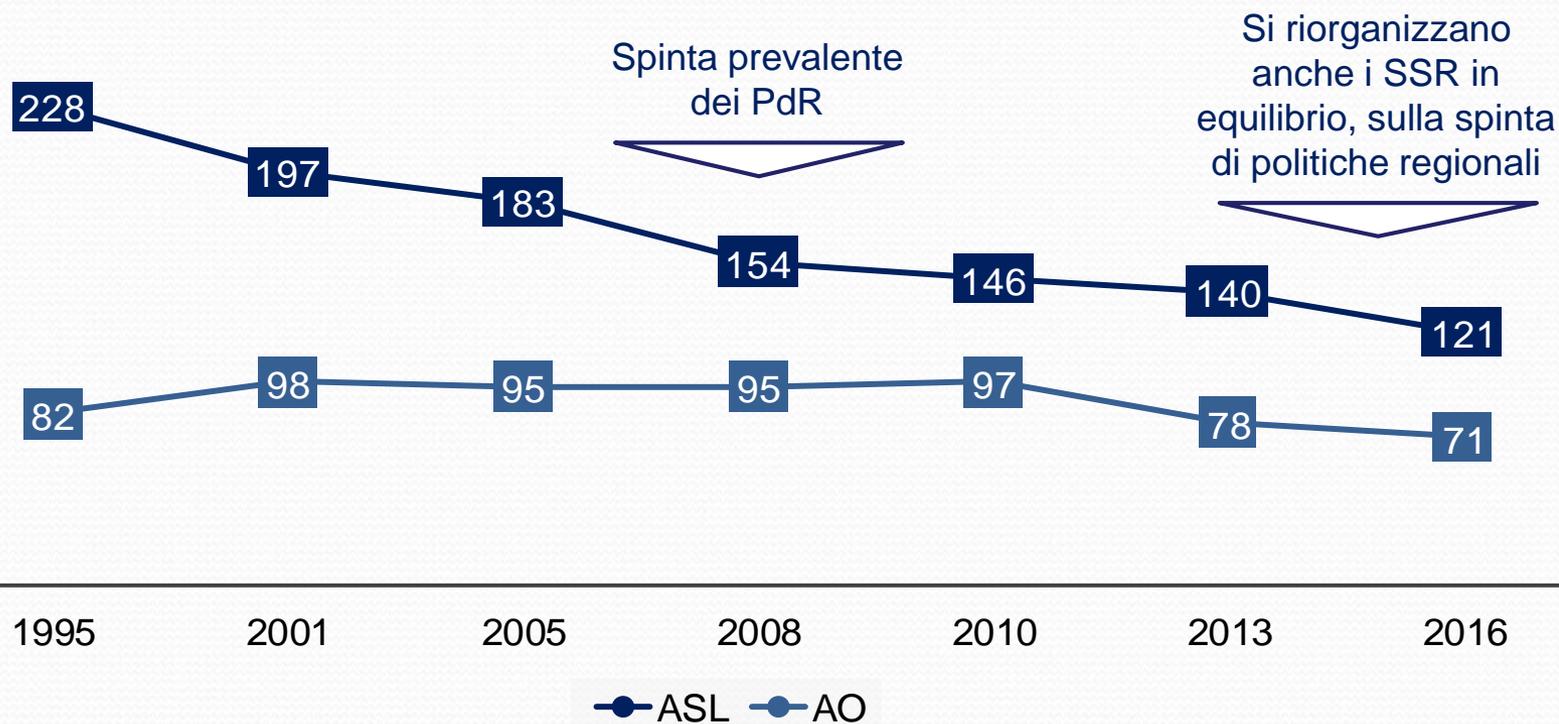


Le gerarchie parallele nelle org. professionali



REGIONI	USL 1992	ASL 1995	ASL 2001	ASL 2004	ASL 2009	ASL 2012
Piemonte	63	22	22	22	13	13
Valle d'Aosta	1	1	1	1	1	1
Lombardia	84	44	15	15	15	15
P.A. Bolzano	4	4	4	4	1	1
P.A. Trento	11	1	1	1	1	1
Veneto	36	22	21	21	21	21
Friuli V. Giulia	12	6	6	6	6	6
Liguria	20	5	5	5	5	5
Emilia Romagna	41	13	13	11	11	11
Toscana	40	12	12	12	12	12
Umbria	12	5	4	4	4	2
Marche	24	13	13	1	1	1
Lazio	51	12	12	12	12	12
Abruzzo	15	6	6	6	6	4
Molise	7	4	4	1	1	1
Campania	61	13	13	13	13	13
Puglia	55	12	12	12	6	6
Basilicata	7	5	5	5	5	2
Calabria	31	11	11	11	11	5
Sicilia	62	9	9	9	9	9
Sardegna	22	8	8	8	8	8
TOTALE	659	228	197	180	162	149

REGIONI	AO 1995	AO 2001	AO 2004	AO 2009	AO 2012
Piemonte	7	7	7	8	6
Valle d'Aosta	0	0	0	0	0
Lombardia	16	27	29	29	29
P.A. Bolzano	0	0	0	0	0
P.A. Trento	0	0	0	0	0
Veneto	2	2	2	2	2
Friuli V. Giulia	3	3	3	3	3
Liguria	3	3	3	3	3
Emilia Romagna	5	5	5	5	5
Toscana	4	4	4	4	4
Umbria	2	2	2	2	2
Marche	3	4	2	2	2
Lazio	3	3	5	5	3
Abruzzo	0	0	0	0	0
Molise	0	0	0	0	0
Campania	7	8	8	8	8
Puglia	4	6	6	2	2
Basilicata	1	2	2	2	1
Calabria	4	4	4	4	4
Sicilia	17	17	17	17	8
Sardegna	1	1	1	1	3
TOTALE	82	98	100	97	85



Anno	1995	2001	2005	2008	2010	2013	2015	2016	Variaz. % 2001-2016
Popolazione media per ASL	292.450	294.129	317.734	383.969	413.290	411.622	437.379	501.368	+70%

ORGANIZZAZIONE AZIENDE SANITARIE

AZIENDA USL

Il modello organizzativo-tipo dell'Azienda USL, ovvero le strutture operative attraverso le quali essa provvede all'erogazione dell'assistenza sanitaria, è rappresentato da:

- Dipartimento di Prevenzione
- Distretto
- Presidio Ospedaliero

ORGANIZZAZIONE AZIENDE SANITARIE

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Il Dipartimento di Prevenzione è la struttura operativa dell'Azienda USL che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e della disabilità, miglioramento della qualità della vita.

Il Dipartimento di Prevenzione promuove azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattie di origine ambientale, umana e animale.

Esso ha autonomia organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità.

ORGANIZZAZIONE AZIENDE SANITARIE

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Il Dipartimento di Prevenzione è articolato in strutture organizzative specificatamente dedicate a:

- ❑ Igiene e sanità pubblica;
- ❑ Igiene degli alimenti e della nutrizione;
- ❑ Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
- ❑ Sanità animale;
- ❑ Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- ❑ Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

ORGANIZZAZIONE AZIENDE SANITARIE

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Il Dipartimento di Prevenzione garantisce le seguenti funzioni:

- ❑ profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- ❑ tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
- ❑ tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
- ❑ tutela igienico-sanitaria degli alimenti;
- ❑ sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- ❑ sanità pubblica veterinaria, che comprende sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e profilassi delle malattie infettive e parassitarie; farmacovigilanza veterinaria; igiene delle produzioni zootecniche; tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale.

ORGANIZZAZIONE AZIENDE SANITARIE

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

□ Il Direttore di Dipartimento.

Il direttore del dipartimento è scelto dal direttore generale tra i direttori di struttura complessa del dipartimento con almeno cinque anni di anzianità di funzione e risponde alla direzione aziendale del perseguimento degli obiettivi aziendali, dell'assetto organizzativo e della gestione, in relazione alle risorse assegnate.

□ Il Consiglio di Dipartimento.

ORGANIZZAZIONE AZIENDE SANITARIE

DISTRETTO

Il Distretto è l'articolazione territoriale ed organizzativa della USL, per le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, alla cura ed alla riabilitazione, tramite la gestione integrata delle risorse della Unità Sanitaria Locale e degli Enti Locali. E' previsto, di norma, un bacino di utenza di popolazione minima di 60.000 abitanti.

Il ruolo del Distretto viene notevolmente potenziato dalla riforma sanitaria "ter" (cd. riforma "Bindi") che gli riconosce autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda USL.

ORGANIZZAZIONE AZIENDE SANITARIE

DISTRETTO

Il Distretto garantisce:

- assistenza specialistica ambulatoriale;
- attività o servizi per la prevenzione e la cura delle dipendenze;
- attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- attività o servizi rivolti ai disabili ed anziani;
- attività o servizi di assistenza domiciliare integrata;
- attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale;
- attività o servizi per la tutela della salute mentale.

ORGANIZZAZIONE AZIENDE SANITARIE

DISTRETTO

□ Il Direttore di Distretto.

L'incarico di direttore di distretto è attribuito dal direttore generale a un dirigente dell'azienda, che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure a un medico convenzionato da almeno dieci anni, con contestuale congelamento di un corrispondente posto di organico della dirigenza sanitaria.

Il direttore di distretto si avvale di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali.

ORGANIZZAZIONE AZIENDE SANITARIE

DISTRETTO

Segue ...

Il direttore del distretto realizza le indicazioni della direzione aziendale, gestisce le risorse assegnate al distretto, in modo da garantire l'accesso della popolazione alle strutture e ai servizi, l'integrazione tra i servizi e la continuità assistenziale. Il direttore del distretto supporta la direzione generale nei rapporti con i sindaci del distretto.

- ❑ Il Comitato dei Sindaci di Distretto.

ORGANIZZAZIONE AZIENDE SANITARIE

PRESIDIO OSPEDALIERO

Il Presidio Ospedaliero della USL comprende gli ospedali non costituiti in azienda ospedaliera.

Esso è dotato di autonomia economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda USL.

Nei presidi ospedalieri dell'Azienda USL è previsto un dirigente medico, come responsabile delle funzioni igienico-organizzative, e un dirigente amministrativo per l'esercizio delle funzioni di coordinamento amministrativo. L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa delle attività ospedaliere.

ORGANIZZAZIONE AZIENDE SANITARIE

AZIENDA OSPEDALIERA

Le Aziende Ospedaliere sono gli ospedali scorporati dall'Azienda USL e costituiti in aziende sanitarie autonome (ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione).

Possono anche essere costituite Aziende Ospedaliere in seguito alla trasformazione dei policlinici universitari (Aziende Ospedaliere Universitarie integrate con il SSN) o mediante la trasformazione dei presidi ospedalieri nei quali insiste la prevalenza del corso di laurea in medicina e chirurgia (Aziende Ospedaliere integrate con l'Università).

Inoltre, possono essere costituiti in Aziende Ospedaliere gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico (IRCCS).

ORGANIZZAZIONE AZIENDE SANITARIE

Le Aziende Ospedaliere devono possedere i seguenti requisiti:

- ❑ organizzazione dipartimentale di tutte le unità operative presenti nella struttura;
- ❑ disponibilità di un sistema di contabilità economico-patrimoniale e di una contabilità per centri di costo;
- ❑ presenza di almeno tre unità operative di alta specialità;
- ❑ dipartimento di emergenza di secondo livello;
- ❑ attività di ricovero in degenza ordinaria, nel corso dell'ultimo triennio, per pazienti residenti in regioni diverse, superiore di almeno il 10% rispetto al valore medio regionale;

ORGANIZZAZIONE AZIENDE SANITARIE

Segue ...

- ❑ indice di complessità della casistica dei pazienti trattati in ricovero ordinario, nel corso dell'ultimo triennio, superiore ad almeno il 20% del valore medio regionale;
- ❑ ruolo di ospedale di riferimento in programmi integrati di assistenza su base regionale e interregionale;
- ❑ disponibilità di un proprio patrimonio immobiliare adeguato e sufficiente per consentire lo svolgimento delle attività istituzionali di tutela della salute e di erogazione delle prestazioni sanitarie.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'assistenza ospedaliera viene garantita da:

- Ospedali non costituiti in Azienda
- Aziende Ospedaliere
- Aziende Ospedaliere - Universitarie
- Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
- Istituti privati accreditati

ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI IN ITALIA

Assistenza ospedaliera pubblica e privata **1281**

Publici

Ospedali inseriti nelle Aziende USL **598**

Aziende Ospedaliere e AOU **98**

Istituti Ricovero e Cura a Carattere Scientifico **50**

Istituti privati accreditati **535**

Fonte Ministero Salute 2010

RUOLO DEI SOGGETTI SANITARI PRIVATI

La riforma sanitaria “ter” del SSN ha introdotto il principio della libertà di scelta dell’assistito tra operatore pubblico e privato.

L’obiettivo perseguito è quello di favorire l’instaurarsi di un regime di “concorrenza” tra strutture pubbliche e strutture private attraverso il quale risulti più agevole il processo di miglioramento dell’efficienza ed economicità del SSN.

Le strutture sanitarie private non sono più considerate in un’ottica di sussidiarietà rispetto a quelle pubbliche, ma come possibile alternativa a queste ultime se ed in quanto dotate dei *requisiti tecnologici, strutturali, professionali ed organizzativi minimi richiesti per l’esercizio dell’attività sanitaria*, così come disciplinati da un apposito atto di indirizzo e coordinamento emanato con il DPR 14/1/1997.

RUOLO DEI SOGGETTI SANITARI PRIVATI

La procedura, introdotta con il D.Lgs. n. 229/1999, attraverso la quale le strutture private possono essere legittimamente equiparate ai presidi direttamente gestiti dalle Aziende USL, alle Aziende Ospedaliere ed agli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, nell'erogare prestazioni assistenziali all'interno del SSN, prevede:

- ❑ **autorizzazione** alla realizzazione di strutture ed all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie;
- ❑ **accreditamento** istituzionale per l'esercizio di attività sanitarie per conto del SSN;
- ❑ stipulazione di **accordi contrattuali** per l'esercizio di attività sanitarie a carico del SSN.

RUOLO DEI SOGGETTI SANITARI PRIVATI

Autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio

Il meccanismo autorizzativo è stato introdotto per:

- ❑ la costruzione di nuove strutture sanitarie;
- ❑ l'adattamento di strutture sanitarie già esistenti;
- ❑ la diversa utilizzazione di strutture sanitarie già esistenti;
- ❑ l'ampliamento e la trasformazione di strutture sanitarie già esistenti;
- ❑ il trasferimento in altra sede di strutture sanitarie già autorizzate.

RUOLO DEI SOGGETTI SANITARI PRIVATI

Segue ...

La richiesta di autorizzazione va inoltrata al Comune territorialmente competente e presentata da:

- ❑ strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti;
- ❑ strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio;
- ❑ strutture sanitarie e socio-sanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo o diurno;

RUOLO DEI SOGGETTI SANITARI PRIVATI

Segue ...

- ❑ studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie, ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente;
- ❑ strutture esclusivamente dedicate ad attività diagnostiche svolte anche a favore di soggetti terzi.

RUOLO DEI SOGGETTI SANITARI PRIVATI

Accreditamento istituzionale

Le strutture sanitarie già autorizzate ed i professionisti che ne facciano espressa richiesta possono ottenere l'accreditamento istituzionale.

Presupposto indispensabile perché la Regione territorialmente competente rilasci l'accreditamento è la sussistenza, in capo alle strutture richiedenti, di requisiti ulteriori di qualificazione, della loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e della verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.

RUOLO DEI SOGGETTI SANITARI PRIVATI

Accordi contrattuali

Le strutture che erogano prestazioni sanitarie a carico del SSN stipulano con le Regioni territorialmente competenti accordi contrattuali nei quali sono indicati:

- ❑ gli obiettivi di salute ed i programmi di integrazione dei servizi;
- ❑ il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima USL, si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza;
- ❑ i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;

RUOLO DEI SOGGETTI SANITARI PRIVATI

Segue ...

- ❑ il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extra-tariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali;
- ❑ il debito informativo delle strutture erogatrici per il monitoraggio degli accordi pattuiti e le procedure che dovranno essere seguite per il controllo esterno della appropriatezza e della qualità dell'assistenza prestata e delle prestazioni rese.

SISTEMA DI EROGAZIONE PRESTAZIONI

Principi del sistema di erogazione delle prestazioni:

- ❑ **universalità** - ovvero i cittadini usufruiscono delle prestazioni senza distinzioni di condizioni individuali o sociali;
- ❑ **uguaglianza** - intesa quale equità ed uniformità del sistema, capace di assicurare a tutti le medesime per quantità e qualità;
- ❑ **globalità** - in quanto il servizio pubblico non interviene solo con diagnosi e cura, ma anche con interventi di prevenzione sullo stato di salute e riabilitazione;
- ❑ **volontarietà** e rispetto della dignità e della libertà della persona.

SISTEMA DI EROGAZIONE PRESTAZIONI

Criteri del sistema di erogazione delle prestazioni:

- ❑ **efficacia** - ovvero ricomprendere tra le prestazioni del SSN solo gli interventi e le tipologie che presentino, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate;
- ❑ **economicità** - ovvero rispondere a necessità assistenziali, garantendo comunque un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza, consentendo che siano procurate senza costi insopportabili per il sistema;

SISTEMA DI EROGAZIONE PRESTAZIONI

Segue ...

- ❑ **appropriatezza** - in base al quale spetta al SSN, nelle sue diverse articolazioni, garantire gli interventi realmente adeguati e necessari a bisogni di salute, ovvero che servono davvero per tutelare la salute in quanto consentono un intervento corretto e proporzionato nelle sue modalità alla persona che ne possa realmente ed effettivamente beneficiare in relazione alle proprie esigenze sorte in un determinato momento;
- ❑ **programmazione** degli interventi (processo che risulta strettamente correlato all'individuazione delle risorse finanziarie disponibili per assicurare le prestazioni);

SISTEMA DI EROGAZIONE PRESTAZIONI

Segue ...

- ❑ **partecipazione alla spesa** - in ragione del reddito, in base a diversi sistemi che si sono succeduti nel tempo e che impongono quote di pagamento da parte dell'utente su farmaci, visite specialistiche, prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, in una misura comunque quantitativamente limitata, tale da non incidere sul principio di universalità del SSN;
- ❑ **libera scelta del medico e del luogo di cura** - rappresenta tuttavia un criterio non certo assoluto, essendo numerosi i condizionamenti che esso subisce nell'ambito dei limiti dell'organizzazione complessiva del servizio sanitario;

SISTEMA DI EROGAZIONE PRESTAZIONI

Segue ...

- ❑ **verifica della qualità** - adozione di una serie di indicatori volti a consentire, in via ordinaria e sistematicamente, l'auto-valutazione e la verifica dell'efficienza gestionale dei risultati e, successivamente, l'introduzione dell'istituto dell'accreditamento quale metodo istituzionale di individuazione e di garanzia dei soggetti erogatori delle prestazioni;
- ❑ **partecipazione e tutela degli utenti e degli operatori** - in base all'approvazione di indicatori relativi alla personalizzazione ed all'umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione ed alle prestazioni alberghiere;

SISTEMA DI EROGAZIONE PRESTAZIONI

Segue ...

- ❑ **integrazione tra le politiche sanitarie e sociali** - da cui discendono i compiti ad integrazione socio-sanitaria svolti dal servizio sanitario nazionale ed erogati in ambito distrettuale;
- ❑ **continuità assistenziale** - in base alla quale gli interventi devono essere organizzati in modo tale da garantire ad ogni cittadino un adeguato accompagnamento nelle diverse fasi del bisogno.

PROGRAMMAZIONE SANITARIA

La «**programmazione**» è la previsione completa e dettagliata, proiettata in un determinato arco temporale, delle attività e delle strategie strumentali al raggiungimento degli obiettivi prescelti.

Nel settore sanitario, già la Legge n. 833/1978, istitutiva del SSN, aveva previsto l'esigenza di attivare una prassi programmatica che potesse consentire il raggiungimento degli obiettivi di salute e, al tempo stesso, il contenimento della spesa sanitaria entro quei limiti permessi dalle risorse finanziarie dello Stato.

PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Tale previsione normativa è risultata di fatto inattuata e ciò ha indotto il legislatore a riformarla introducendo delle modifiche sia con la legge di riordino del SSN (D.Lgs. n. 502/1992) e sia con la riforma sanitaria “ter” (D.Lgs. n. 229/1999).

Attualmente, la programmazione sanitaria si effettua a vari livelli:

- ❑ a livello dello Stato, con il Piano Sanitario Nazionale (PSN);
- ❑ a livello delle singole Regioni, con il Piano Sanitario Regionale (PSR);
- ❑ a livello locale (in ogni azienda sanitaria), con il Piano Attuativo Locale (PAL).

PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Piano Sanitario Nazionale

(D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. - art.1, c.9 e c.10)

Piano Sanitario Regionale

(D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. - art.1, c.13)

Piano Attuativo Locale delle Aziende Sanitarie

(D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. - art.2, c.2-ter e c.2-quinquies, art.3-bis)

Programma delle Attività Territoriali del Distretto

(D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. - art.3-quater, c.3)

PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Piano Sanitario Nazionale

Il PSN è uno strumento programmatico del quale lo Stato si serve per stabilire le linee di indirizzo del SSN, gli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione, nonché i livelli di assistenza sanitaria da applicare in condizione di uniformità sul territorio nazionale.

Il contenuto del PSN è deliberato nel rispetto della programmazione socio-economica nazionale e tenendo conto degli obiettivi di tutela della salute individuati a livello internazionale nonché in conformità dell'entità del finanziamento riservato al SSN.

PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Piano Sanitario Nazionale

Il PSN definisce i livelli essenziali ed uniformi di assistenza che il SSN deve assicurare a tutti i cittadini attraverso le risorse pubbliche, in quanto necessari per rispondere ai bisogni fondamentali di promozione, mantenimento e recupero delle condizioni di salute della popolazione ed appropriati rispetto sia alle specifiche esigenze di salute del cittadino sia alle modalità di erogazione delle prestazioni. I livelli di assistenza debbono essere uniformemente garantiti su tutto il territorio nazionale e all'intera collettività, tenendo conto delle differenze nella distribuzione delle necessità assistenziali e dei rischi per la salute.

PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Piano Sanitario Nazionale

Il PSN ha una durata triennale ed indica, in particolare:

- ❑ le aree prioritarie di intervento;
- ❑ i livelli essenziali di assistenza sanitaria da assicurare per il triennio di validità del piano;
- ❑ il finanziamento per ciascun anno di validità del piano;
- ❑ gli indirizzi finalizzati ad orientare il SSN verso il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza;
- ❑ i progetti obiettivo da realizzare;

PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Segue ...

- ❑ le finalità generali ed i settori principali della ricerca biomedica e sanitaria;
- ❑ le esigenze relative alla formazione di base e gli indirizzi relativi alla formazione continua del personale, nonché al fabbisogno ed alla valorizzazione delle risorse umane;
- ❑ le linee-guida ed i relativi percorsi diagnostico-terapeutici per la pratica clinica ed assistenziale;
- ❑ i criteri e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza assicurati in rapporto a quelli previsti.

PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Piano Sanitario Regionale

Le singole Regioni adottano il PSR che rappresenta il piano strategico degli interventi finalizzati alla tutela della salute ed al funzionamento dei servizi, diretto a soddisfare le esigenze della popolazione regionale.

Il PSR, che ha anch'esso una durata triennale, deve essere formulato tenendo presenti gli obiettivi predisposti dal Piano Sanitario Nazionale.

La normativa prevede che, qualora il PSR non venga adottato dalla Regione, l'applicazione delle disposizioni del PSN è assicurata da un intervento sostitutivo del Governo (anche mediante la nomina di un Commissario ad acta).

PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Piano Attuativo Locale

L'ultimo livello territoriale in corrispondenza del quale si effettua la programmazione sanitaria è quello locale.

Le Regioni devono disciplinare il rapporto tra la programmazione sanitaria regionale e la programmazione attuativa locale e devono definire l'iter procedurale di adozione del PAL.

Ogni azienda sanitaria (Azienda USL e Azienda Ospedaliera) deve adottare il Piano Attuativo Locale. La successiva attuazione del PAL e la verifica dei risultati conseguiti sono oggetto per la valutazione del Direttore Generale dell'azienda sanitaria interessata.

IL FINANZIAMENTO DEL SSN

La Legge n. 833/1978 prevedeva che ciascun anno il Piano Sanitario Nazionale determinasse l'ammontare del fondo destinato al finanziamento del SSN: Fondo Sanitario Nazionale (distinto in un *fondo di parte corrente* ed in un *fondo di parte capitale*).

Con il riordino del SSN (D.Lgs. n. 502/1992) veniva introdotto un nuovo modello di finanziamento, individuando sostanzialmente tre fonti di finanziamento:

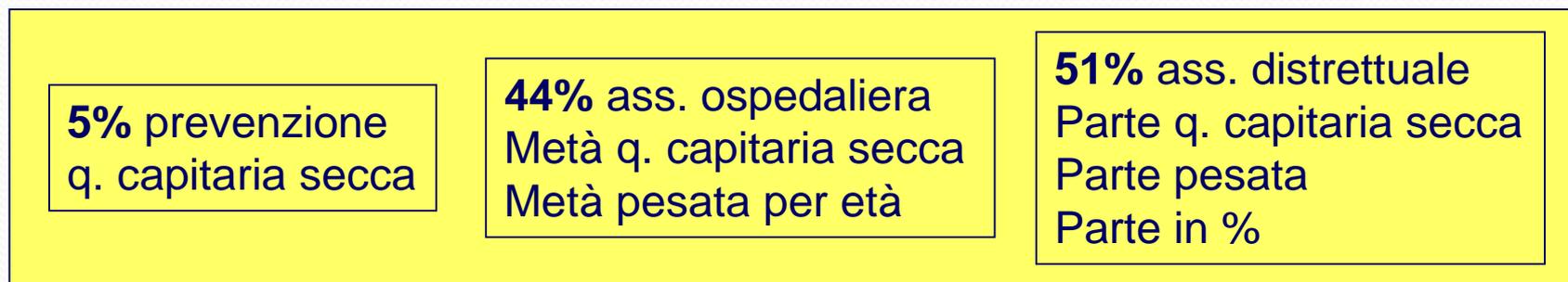
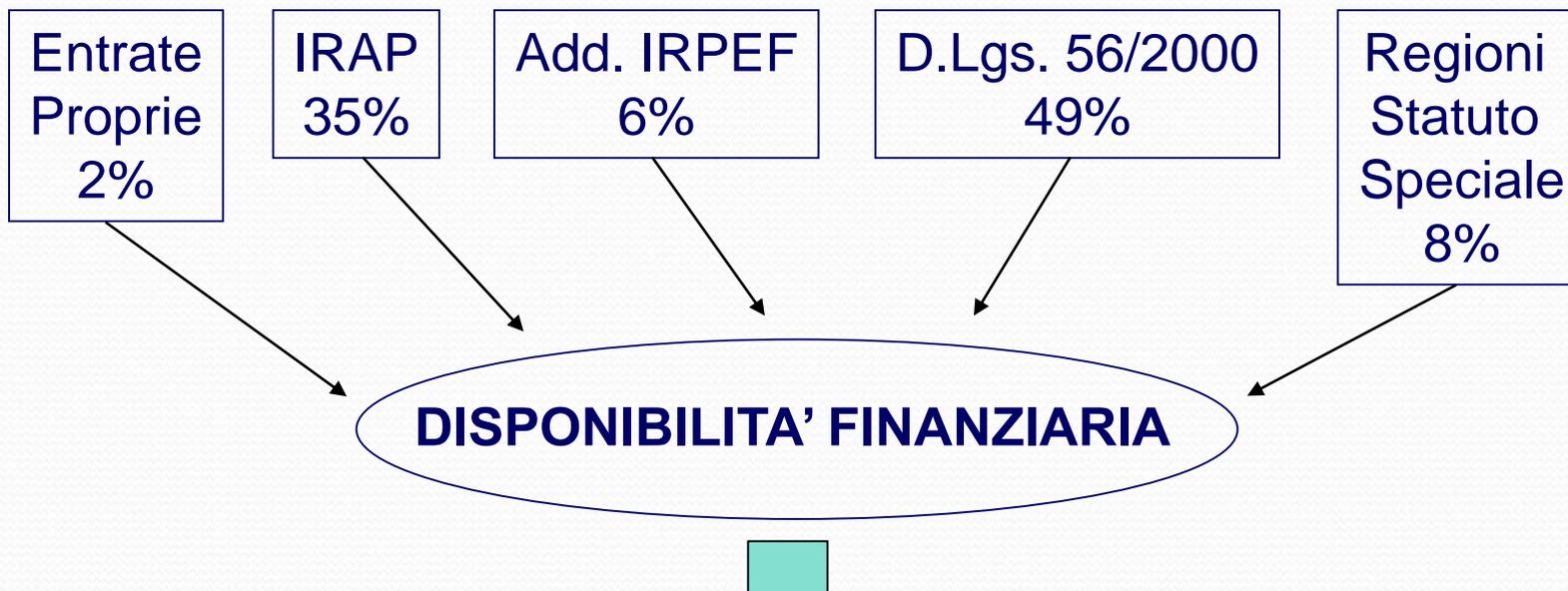
- ❑ i flussi finanziari provenienti dal bilancio dello Stato che andavano a costituire il Fondo Sanitario Nazionale;
- ❑ i contributi per il SSN;
- ❑ i tickets e le rette corrisposti dai cittadini per determinate prestazioni.

IL FINANZIAMENTO DEL SSN

Il Fondo Sanitario Nazionale veniva ripartito tra le Regioni sulla base della quota capitaria pesata. Inoltre, in tale nuovo contesto normativo, venne introdotto anche il sistema di remunerazione a tariffa.

L'istituzione dell'IRAP (Imposta Regionale sulle Attività Produttive) e la contemporanea soppressione dei contributi per il SSN (D.Lgs. n. 446/1997) hanno portato con il D.Lgs. n. 56/2000 (*decreto sul federalismo fiscale*) alla progressiva "abolizione" del Fondo Sanitario Nazionale.

Con il D.Lgs. n. 56/2000 è stato proseguito il cammino iniziato con il riordino del SSN e si è mirato a responsabilizzare ulteriormente le Regioni garantendo loro, nello stesso tempo, maggiori spazi di autonomia.



IL FINANZIAMENTO DEL SSN

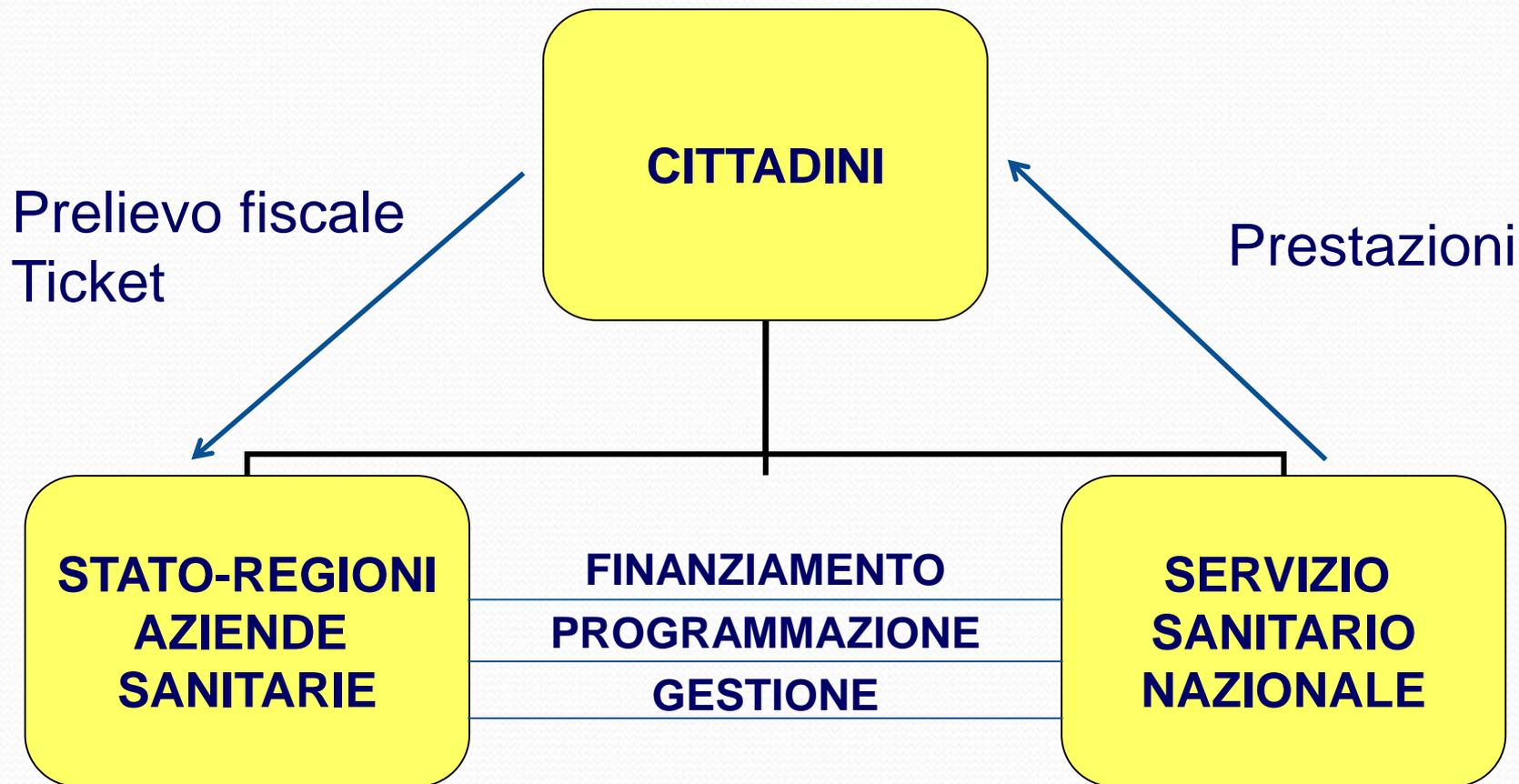
Le Regioni devono far fronte con *risorse proprie*:

- ❑ agli effetti finanziari conseguenti all'erogazione di livelli di assistenza sanitaria superiori a quelli minimi definiti a livello nazionale;
- ❑ alle ripercussioni finanziarie conseguenti all'adozione di modelli organizzativi diversi da quelli assunti dal Piano Sanitario Nazionale come base per la determinazione del parametro capitaro di finanziamento;
- ❑ ad eventuali disavanzi di gestione delle aziende sanitarie.

IL FINANZIAMENTO DEL SSN

Le Regioni possono far fronte a tali oneri aumentando le risorse a propria disposizione nei seguenti modi:

- ❑ prevedendo la riduzione dei limiti massimi di spesa per gli esenti previsti dai livelli di assistenza;
- ❑ prevedendo il pagamento di una quota fissa sulle singole prescrizioni farmaceutiche e sulle ricette relative a prestazioni sanitarie (fatto salvo l'esonero totale per i farmaci salva-vita);
- ❑ prevedendo forme di partecipazione alla spesa per eventuali altre prestazioni da porre a carico dei cittadini, con esclusione dei soggetti esenti;
- ❑ aumentando i contributi ed i tributi regionali.



IL FINANZIAMENTO DEL SSN

Con il D.Lgs. n. 68/2011 “Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* nel settore sanitario”, è stato previsto che, a partire dal 2013, si doveva procedere al superamento dei criteri di finanziamento sin qui adottati.

Il meccanismo previsto, di tipo *top-down*, è caratterizzato dalla fissazione del fabbisogno sanitario *standard* nazionale, ossia “dell’ammontare di risorse necessarie per assicurare i livelli essenziali di assistenza in condizione di efficienza e appropriatezza”. Una volta fissato questo volume di risorse, che deve essere compatibile con le esigenze generali di finanza pubblica, esso viene ripartito tra le Regioni determinando così i fabbisogni *standard* regionali, applicando “i valori di costo rilevati nelle Regioni di riferimento”.

IL FINANZIAMENTO DEL SSN

Segue ...

Ciò rimanda a due questioni: la **procedura di scelta delle Regioni *benchmark*** e la **computazione dei costi *standard* in tali amministrazioni regionali**.

Il decreto prevede un *iter* di individuazione delle Regioni di riferimento basato su tre step:

1) definizione dei criteri di qualità, appropriatezza ed efficienza in sede di Conferenza Stato-Regioni e pubblicazione degli stessi in un decreto del Presidente del Consiglio dei ministri; **2)** individuazione delle cinque migliori Regioni da parte del Ministro della salute; **3)** scelta, tra le cinque, di tre Regioni, di cui obbligatoriamente la prima e una di piccola dimensione geografica, da parte della Conferenza Stato-Regioni, avendo cura di garantire la rappresentatività territoriale di nord, centro e sud Italia.

IL FINANZIAMENTO DEL SSN

Per quanto riguarda invece la determinazione dei costi *standard*, essi sono calcolati a livello aggregato per ciascuno dei tre macrolivelli di assistenza (collettiva, distrettuale e ospedaliera) in condizione di efficienza ed appropriatezza quali “media *pro capite* pesata del costo registrato dalle Regioni di riferimento”.

Il legislatore ha quindi individuato una metodologia di finanziamento, rispettosa dei principi fissati dalla Costituzione e compatibile con i vincoli di contenimento della spesa pubblica imposti a livello comunitario. Pertanto, sono state introdotte importanti novità sotto il profilo del prelevamento fiscale e delle restrizioni delle agevolazioni precedentemente godute, a causa del ripianamento dell'enorme debito pregresso.

REGIONI BENCHMARK

Deliberazione del Consiglio dei Ministri 11 dicembre 2012: “Definizione dei criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza per la scelta delle regioni di riferimento ai fini della determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario” (Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 135 del 11/06/2013).

Allegato 1: “Criteri per la individuazione delle 5 regioni nel cui ambito scegliere le 3 regioni di riferimento ai fini della determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario ai sensi dell’articolo 27 del Decreto Legislativo 6 maggio 2011, n. 68”.

REGIONI BENCHMARK

SONO «ELIGIBILI» LE REGIONI CHE RISPETTANO TUTTI I SEGUENTI CRITERI:

- ❑ aver garantito l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- ❑ aver garantito l'equilibrio economico finanziario del bilancio sanitario regionale, con esclusivo riferimento, per la determinazione dei ricavi, alle risorse ordinarie stabilite dalla vigente legislazione nazionale;
- ❑ non essere assoggettate a piano di rientro;
- ❑ essere risultate adempienti alla valutazione operata dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali.

REGIONI BENCHMARK

Qualora nella condizione di equilibrio economico finanziario risultino un numero di regioni inferiore a 5 (cinque), sono “eligibili” anche le regioni che abbiano fatto registrare il minor disavanzo nel medesimo anno di esercizio, in modo tale da garantire che le regioni “eligibili” siano comunque pari almeno a 5 (cinque).

Formulazione, da parte del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell’Economia e delle Finanze, della graduatoria delle regioni ai fini della individuazione delle prime 5 (cinque) entro cui scegliere le 3 (tre) regioni di riferimento da parte della Conferenza Stato-Regioni.

REGIONI BENCHMARK

La graduatoria delle regioni è stata elaborata facendo riferimento ai valori che ciascuna regione ha fatto registrare rispetto ad un indicatore di qualità ed efficienza (IQE) generato dall'applicazione contestuale delle seguenti variabili:

- ❑ punteggio risultante dall'applicazione dell'apposita griglia valutativa per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- ❑ incidenza percentuale dell'avanzo/disavanzo sul finanziamento ordinario;
- ❑ indicatori per la valutazione della qualità dei servizi erogati, l'appropriatezza e l'efficienza.

REGIONI BENCHMARK

Indicatori per la valutazione della qualità dei servizi erogati, l'appropriatezza e l'efficienza:

- ❑ scostamento dallo standard previsto per l'incidenza della spesa per l'assistenza collettiva sul totale della spesa;
- ❑ scostamento dallo standard previsto per l'incidenza della spesa per l'assistenza distrettuale sul totale della spesa;
- ❑ scostamento dallo standard previsto per l'incidenza della spesa per l'assistenza ospedaliera sul totale della spesa;
- ❑ degenza media pre-operatoria;
- ❑ percentuale interventi per frattura di femore operati entro due giorni;
- ❑ percentuale dimessi da reparti chirurgici con DRG medici;

REGIONI BENCHMARK

segue ...

- percentuale di ricoveri con DRG chirurgico sul totale ricoveri;
- percentuale di ricoveri ordinari con DRG ad alto rischio di inappropriatezza;
- percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri con DRG medico;
- percentuale dei casi medici con degenza oltre soglia per pazienti con età ≥ 65 anni sul totale dei ricoveri medici con età ≥ 65 anni;
- costo medio dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria;

REGIONI BENCHMARK

segue ...

- ❑ costo medio per ricovero post-acuto;
- ❑ spesa per prestazione per assistenza specialistica - attività clinica;
- ❑ spesa per prestazione per assistenza specialistica - laboratorio;
- ❑ spesa per prestazione per assistenza specialistica - diagnostica strumentale;
- ❑ spesa pro-capite per assistenza sanitaria di base;
- ❑ spesa farmaceutica pro-capite.

Graduatoria 5 regioni: Anni 2013 e 2014

Regione	Regione Eligibile	IQE	Rango della Regione nella graduatoria ottenuta
Piemonte	NO		
Valle d'Aosta	NO		
Lombardia	SI	1,9	4°
Prov. Auton. Bolzano	NO		
Prov. Auton. Trento	NO		
Veneto	SI	0,0	5°
Friuli Venezia Giulia	NO		
Liguria	NO		
Emilia Romagna	SI (*)	7,2	2°
Toscana	NO		
Umbria	SI	10,0	1°
Marche	SI	3,6	3°
Lazio	NO		
Abruzzo	NO		
Molise	NO		
Campania	NO		
Puglia	NO		
Basilicata	NO		
Calabria	NO		
Sicilia	NO		
Sardegna	NO		

(*) La regione Emilia-Romagna è risultata eligibile, in applicazione del punto 1.2. dell'Allegato 1 alla Delibera dell'11 dicembre 2012, in quanto regione con minor disavanzo rispetto al finanziamento effettivo

Graduatoria 5 regioni: Anni 2015 - 2016 - 2017

Regione	Regione Eligibile	IQE	Rango della Regione nella graduatoria ottenuta
Piemonte	NO		
Valle d'Aosta	NO		
Lombardia	SI	1,3	4°
Prov. Auton. Bolzano	NO		
Prov. Auton. Trento	NO		
Veneto	SI	0,0	5°
Friuli Venezia Giulia	NO		
Liguria	NO		
Emilia Romagna	SI	7,7	2°
Toscana	NO		
Umbria	SI	5,8	3°
Marche	SI	10,0	1°
Lazio	NO		
Abruzzo	NO		
Molise	NO		
Campania	NO		
Puglia	NO		
Basilicata	NO		
Calabria	NO		
Sicilia	NO		
Sardegna	NO		



PIANI DI RIENTRO

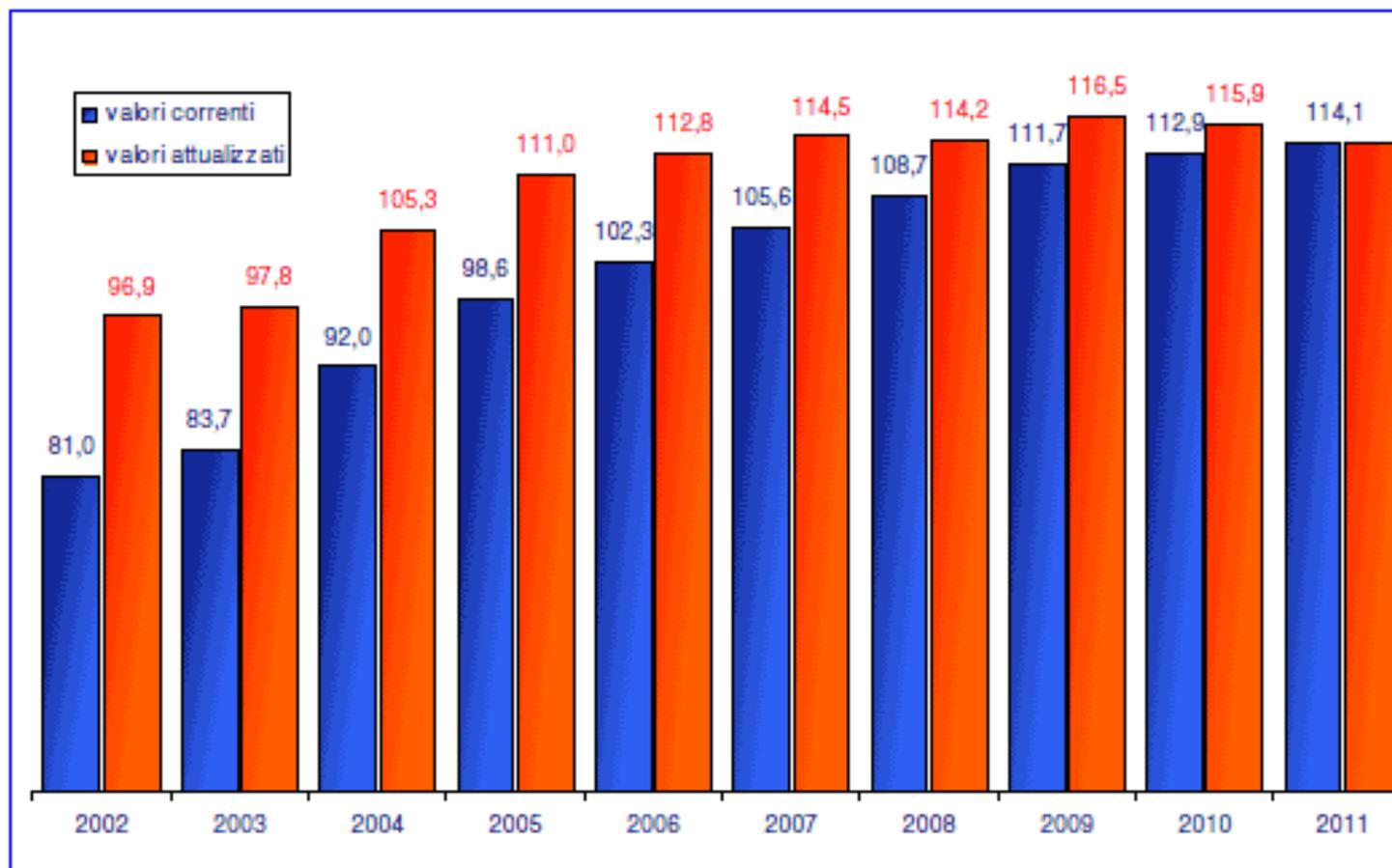
Sono finalizzati a verificare la qualità delle prestazioni ed a raggiungere il riequilibrio dei conti dei servizi sanitari regionali. Il Ministero, attraverso il SIVEAS, è impegnato ad affiancare le Regioni nel raggiungere gli obiettivi previsti dai Piani.

Nella cartina, le Regioni in celeste sono quelle in Piano di Rientro dal disavanzo della spesa sanitaria e in grigio le Regioni che lo hanno concluso o non più affiancate dai Ministeri.



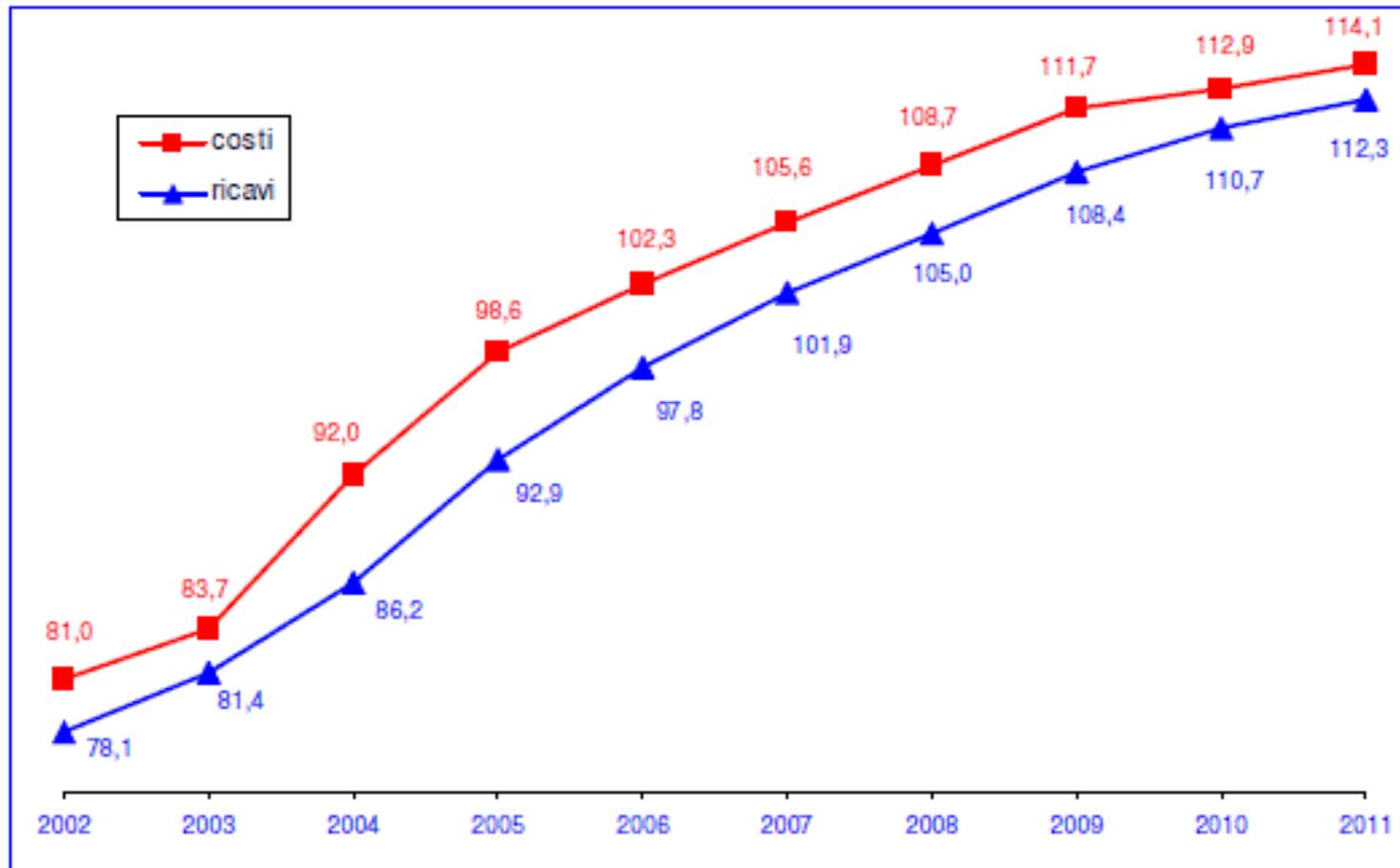
Visualizzazione grafica delle risorse correnti pro-capite che le Regioni dovrebbero arrivare a liberare, garantendo nel contempo lo stesso livello di qualità dell'Umbria...

Costi del SSN nel decennio 2002 – 2011



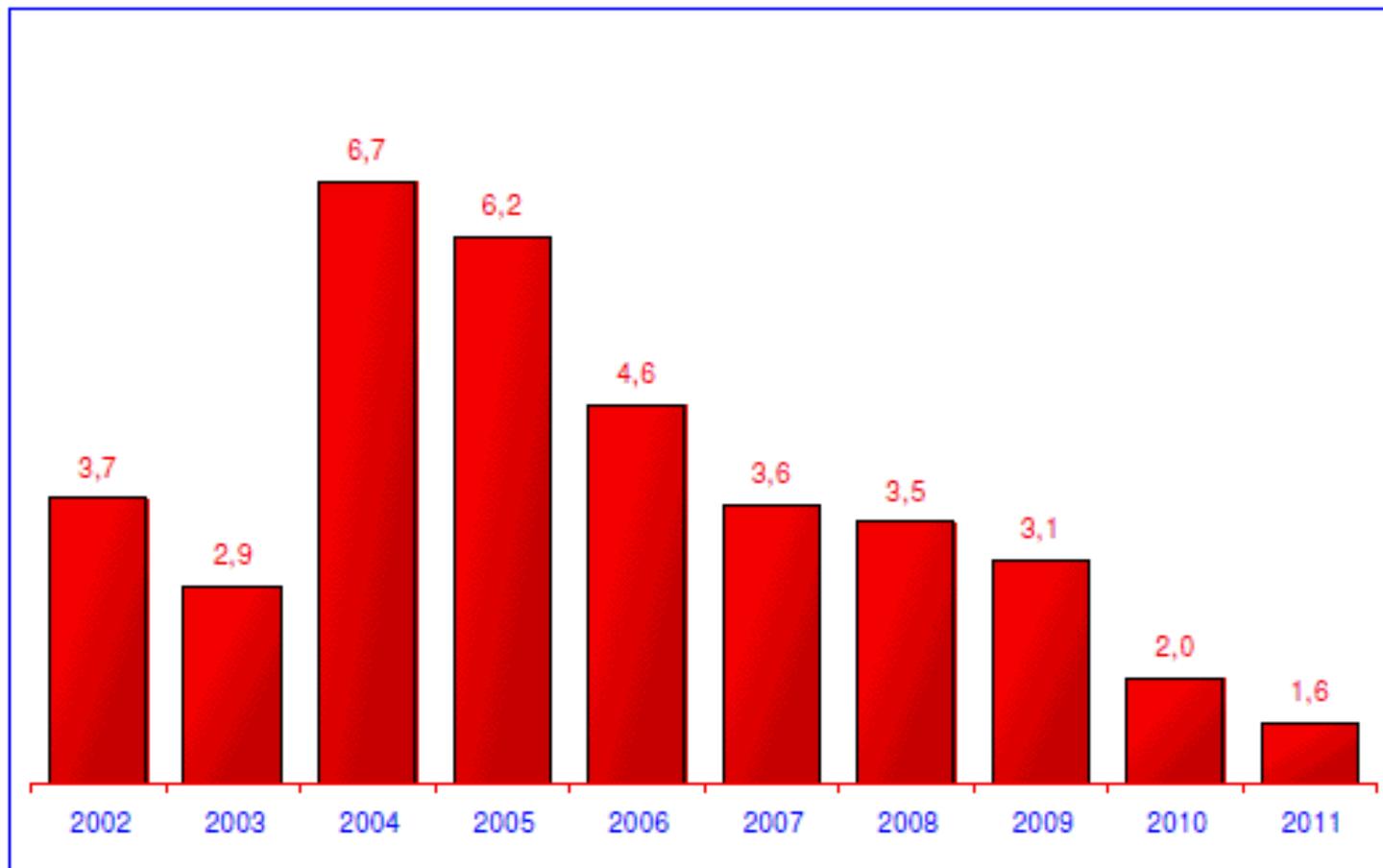
fonte: Ministero dell'economia - relazione generale sulla situazione economica del Paese

Costi e ricavi del SSN nel decennio 2002 – 2011



fonte: Ministero dell'economia - relazione generale sulla situazione economica del Paese

Disavanzo del SSN nel decennio 2002 – 2011 (in % sulle entrate)



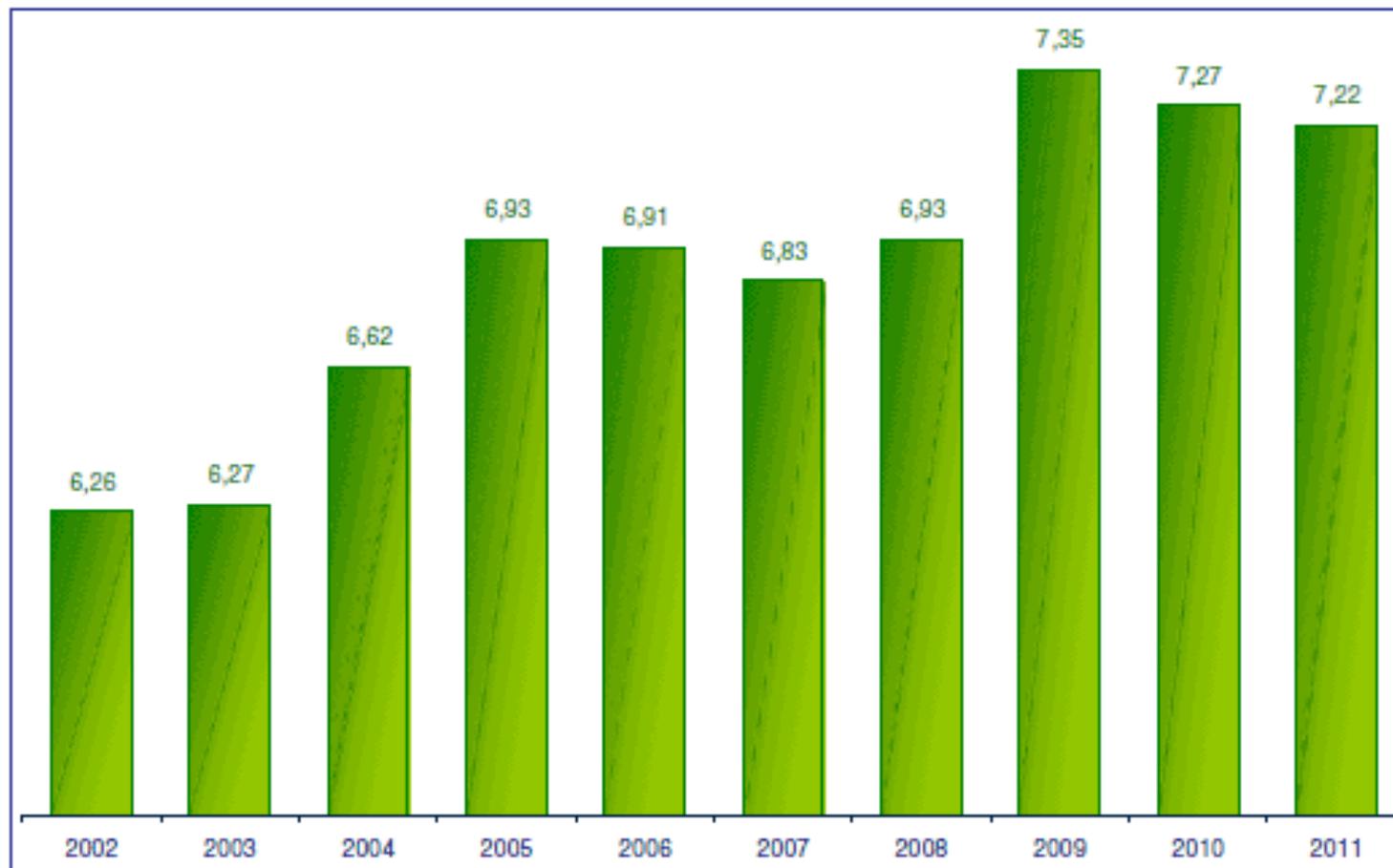
fonte: Ministero dell'Economia – Relazione generale sulla situazione economica del Paese

Risultato di esercizio pro capite nel decennio 2002 – 2011 – valori espressi in euro

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
PIEMONTE	-11	-29	-180	0	-2	8	1	4	0	1	MARCHE	-80	-56	-124	-14	-28	11	25	11	-2	1
VALLE D'AOSTA	-68	-101	-125	-127	-120	-118	-106	-8	-36	8	LAZIO	-134	-161	-367	-371	-410	-323	-314	-259	-185	-152
LOMBARDIA	-43	8	16	-2	-1	1	0	0	2	2	ABRUZZO	-128	-198	-92	-209	-119	-125	-98	-74	-4	19
BOLZANO	-183	-63	61	66	58	50	33	78	16	9	MOLISE	-69	-265	-155	-487	-202	-226	-231	-207	-185	-123
TRENTO	2	-12	-21	-6	-31	-18	-21	-24	-24	5	CAMPANIA	-134	-113	-235	-348	-145	-162	-147	-142	-84	-44
VENETO	-54	-37	1	-27	17	17	15	-6	3	2	PUGLIA	-1	32	12	-114	-46	-83	-92	-77	-81	-29
FRIULI	34	19	9	25	17	35	19	14	11	6	BASILICATA	-1	-37	-60	-81	-41	-32	-52	-37	-50	-62
LIGURIA	-34	-36	-239	-179	-69	-96	-72	-68	-57	-89	CALABRIA	-88	-33	-73	-44	-19	-92	-106	-120	-35	-65
EMILIA ROMAGNA	-15	-12	-107	-4	-10	7	7	5	7	8	SICILIA	-82	-63	-171	-126	-205	-124	-55	-41	-6	-20
TOSCANA	-15	7	-77	-5	-37	13	-1	-2	-5	3	SARDEGNA	-128	-102	-167	-223	-87	-15	-116	-143	-94	-131
UMBRIA	-14	-64	-71	-11	-52	9	10	6	9	12	TOTALE	-61	-47	-114	-110	-84	-68	-64	-58	-38	-29

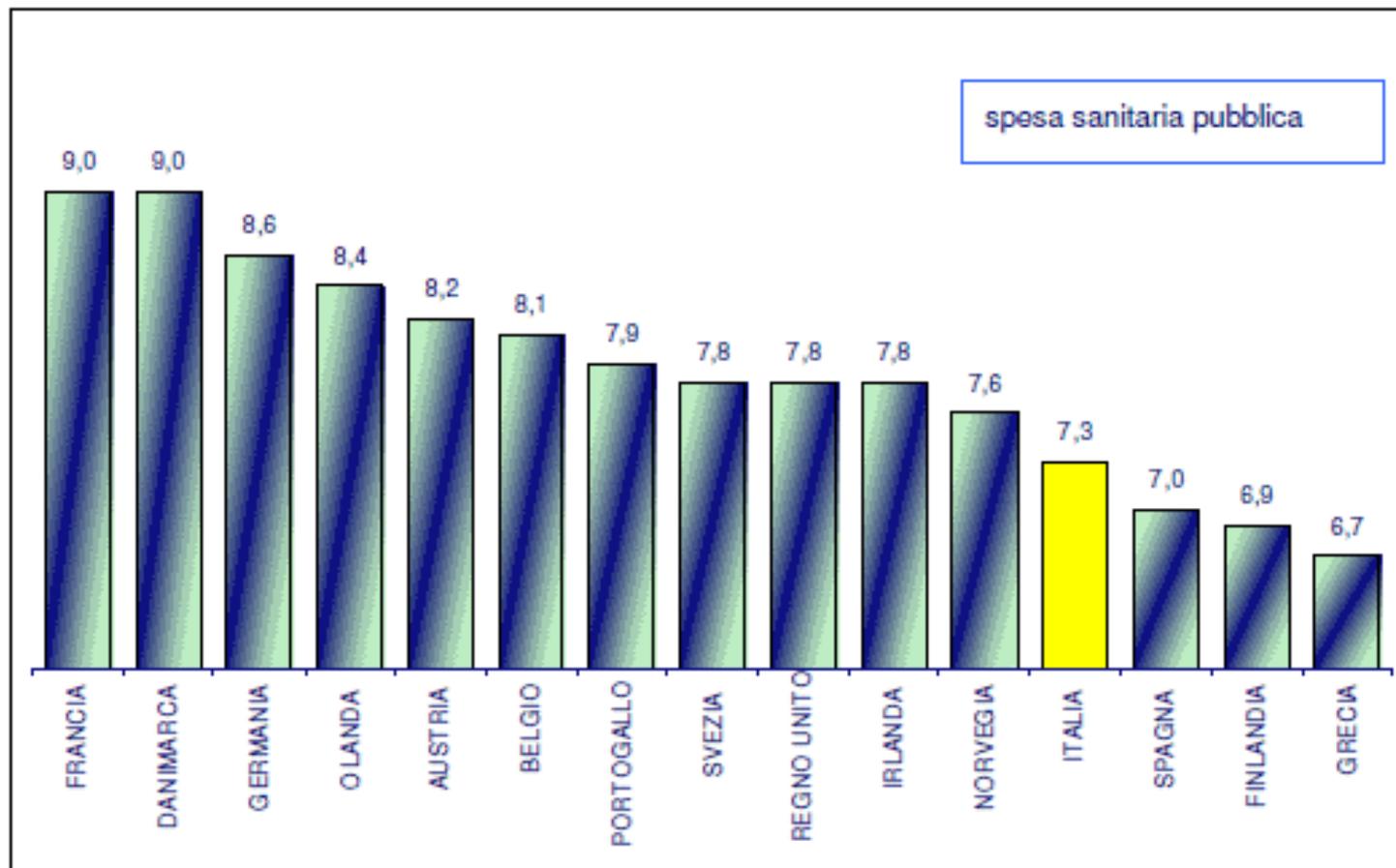
fonte: Ministero dell'Economia – Relazione generale sulla situazione economica del Paese

Incidenza percentuale sul PIL della spesa per il SSN



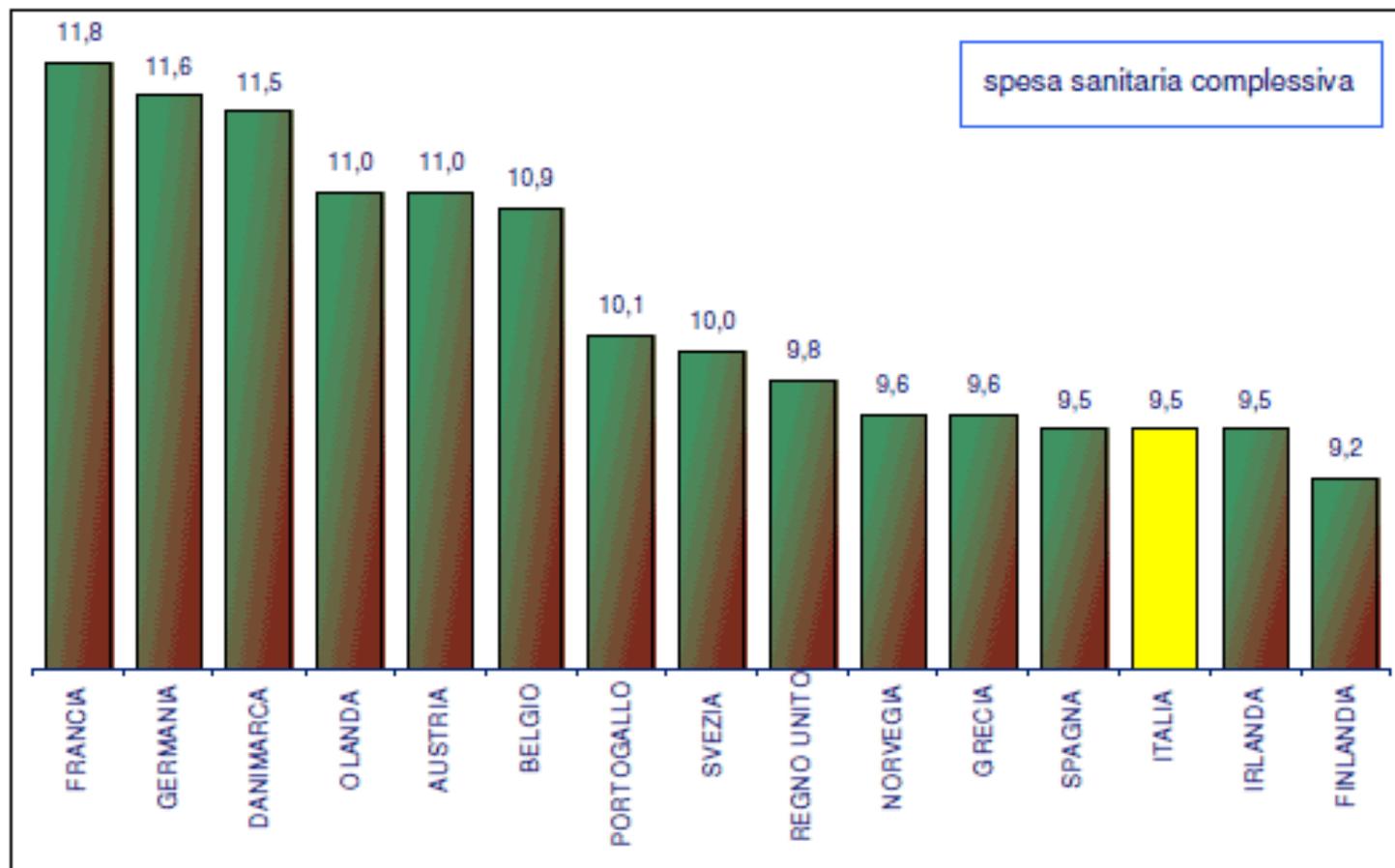
fonte: Ministero dell'economia - relazione generale sulla situazione economica del Paese

Spesa sanitaria sul PIL nei Paesi dell'Europa



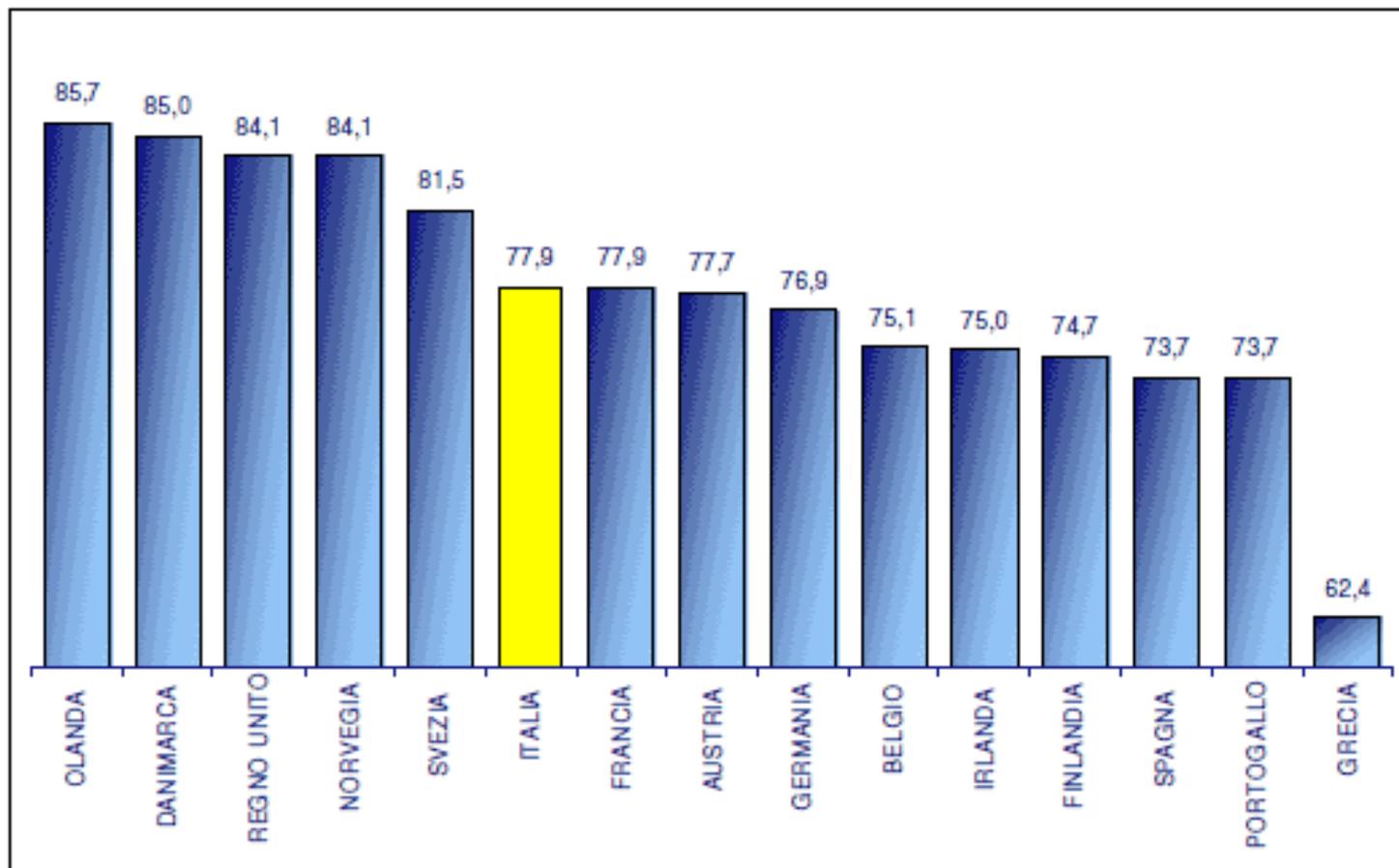
fonte: European health for all database, World Health Organization Regional Office for Europe

Spesa sanitaria sul PIL nei Paesi dell'Europa



fonte: European health for all database, World Health Organization Regional Office for Europe

Incidenza della spesa sanitaria pubblica sulla spesa complessiva



fonte: European health for all database, World Health Organization Regional Office for Europe

SPESA SANITARIA PUBBLICA E PRIVATA

Spesa diretta dei cittadini = 22,7%

Assicurazioni sanitarie volontarie = 1,5%

Istituzioni senza scopo di lucro = 0,4%

Imprese = 0,4%

37,3 Miliardi di €

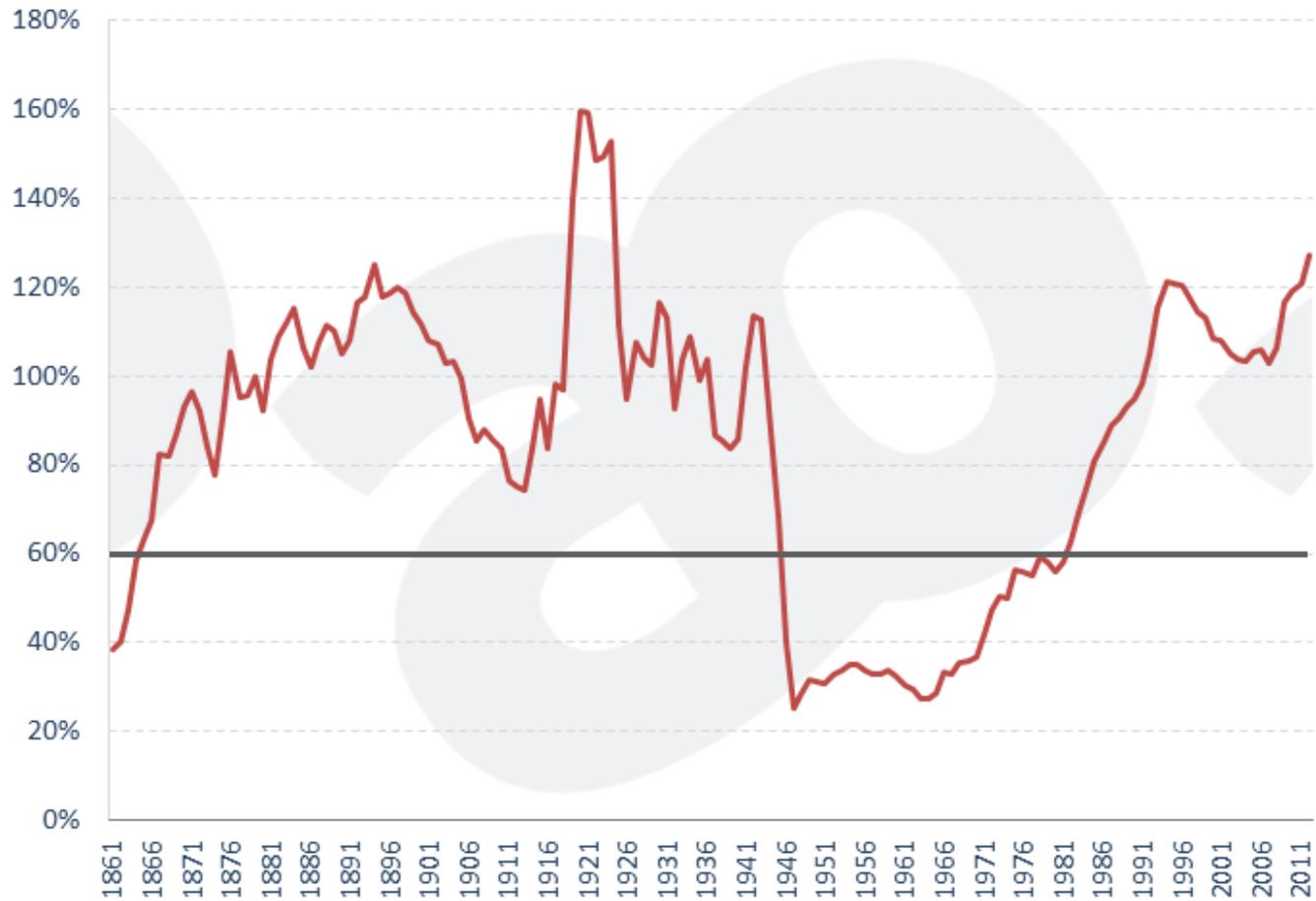
Spesa Privata
25%

Spesa Pubblica
75%

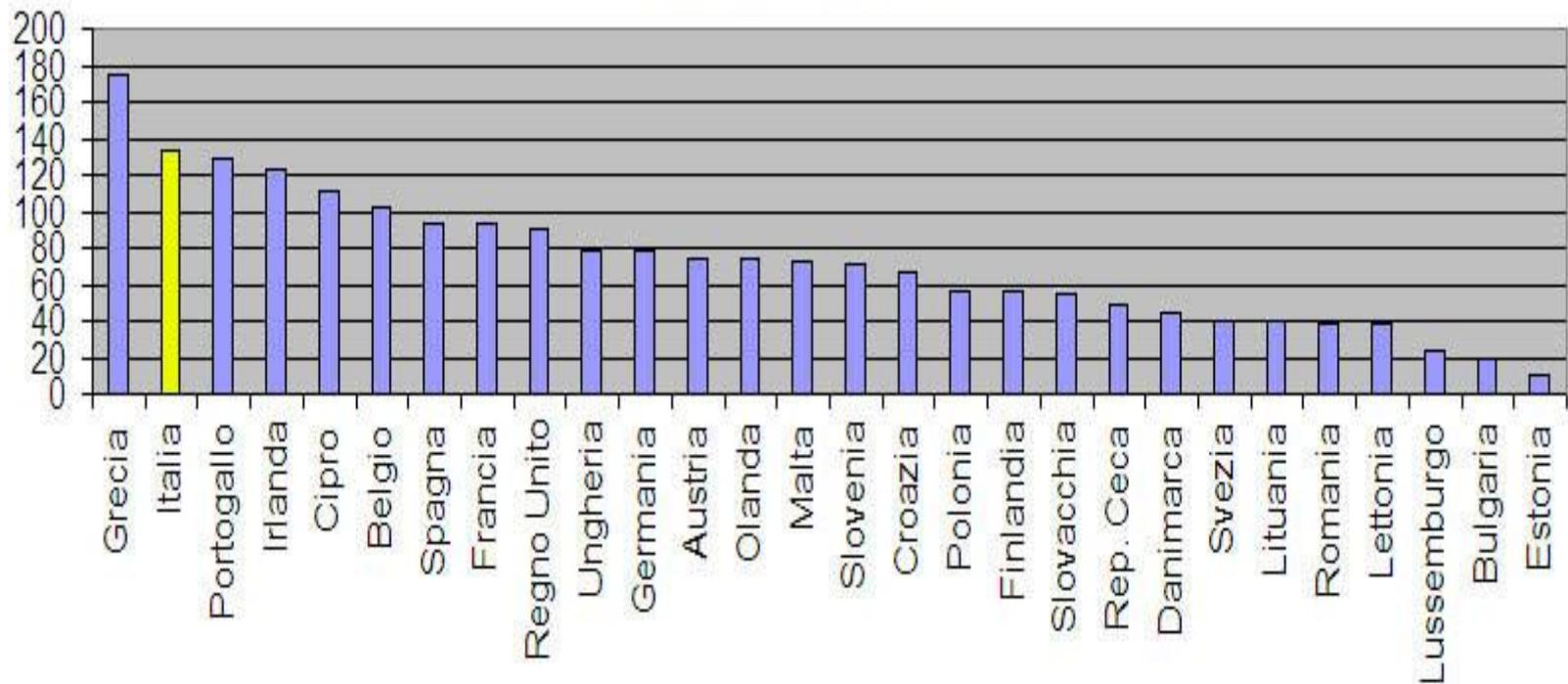
112,2 Miliardi di €

Fonte: ISTAT

Rapporto debito / Pil (%) 1861-2012



Paesi UE 28: rapporto debito/PIL
(fonte: Eurostat 2013)



I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Le Aziende Sanitarie provvedono ad assicurare i livelli essenziali ed uniformi di assistenza definiti nello standard minimo dalla programmazione nazionale ed eventualmente rielaborati nei Piani Sanitari Regionali.

I livelli essenziali di assistenza (LEA) comprendono le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni garantite dal SSN a tutti i cittadini.

Il DPCM 29/11/2001 “Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)”, ha individuato le seguenti macroaree:

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

I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Con DPCM 23/04/2008 sono stati proposti i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza, aggiornati alla luce dei nuovi bisogni di salute della popolazione. Tale DPCM è stato successivamente ritirato perché mancava la “bollinatura” della Ragioneria generale dello Stato.

- ❑ I Livelli sono definiti essenziali perché necessari e appropriati per rispondere ai bisogni fondamentali di tutela della salute.
- ❑ I LEA devono essere anche uniformi su tutto il territorio nazionale.
- ❑ L'individuazione dei LEA è effettuata, per il periodo di validità del PSN contestualmente alla individuazione delle risorse finanziarie destinate al SSN.
- ❑ Le prestazioni comprese nei LEA sono garantite dal SSN gratuitamente o con quota a carico del cittadino.

I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

- Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, istituisce presso il Ministero della Salute, il **Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza**, cui è affidato il compito di verificare l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse, nonché la congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione dal SSN.
- Il **Comitato è composto** da quattro rappresentanti del Ministero della salute (di cui uno con funzioni di coordinatore), due rappresentanti del Ministero dell'Economia e delle Finanze, un rappresentante del Dipartimento per gli affari regionali della Presidenza del Consiglio dei Ministri e da sette rappresentanti delle Regioni designati dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome.

I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

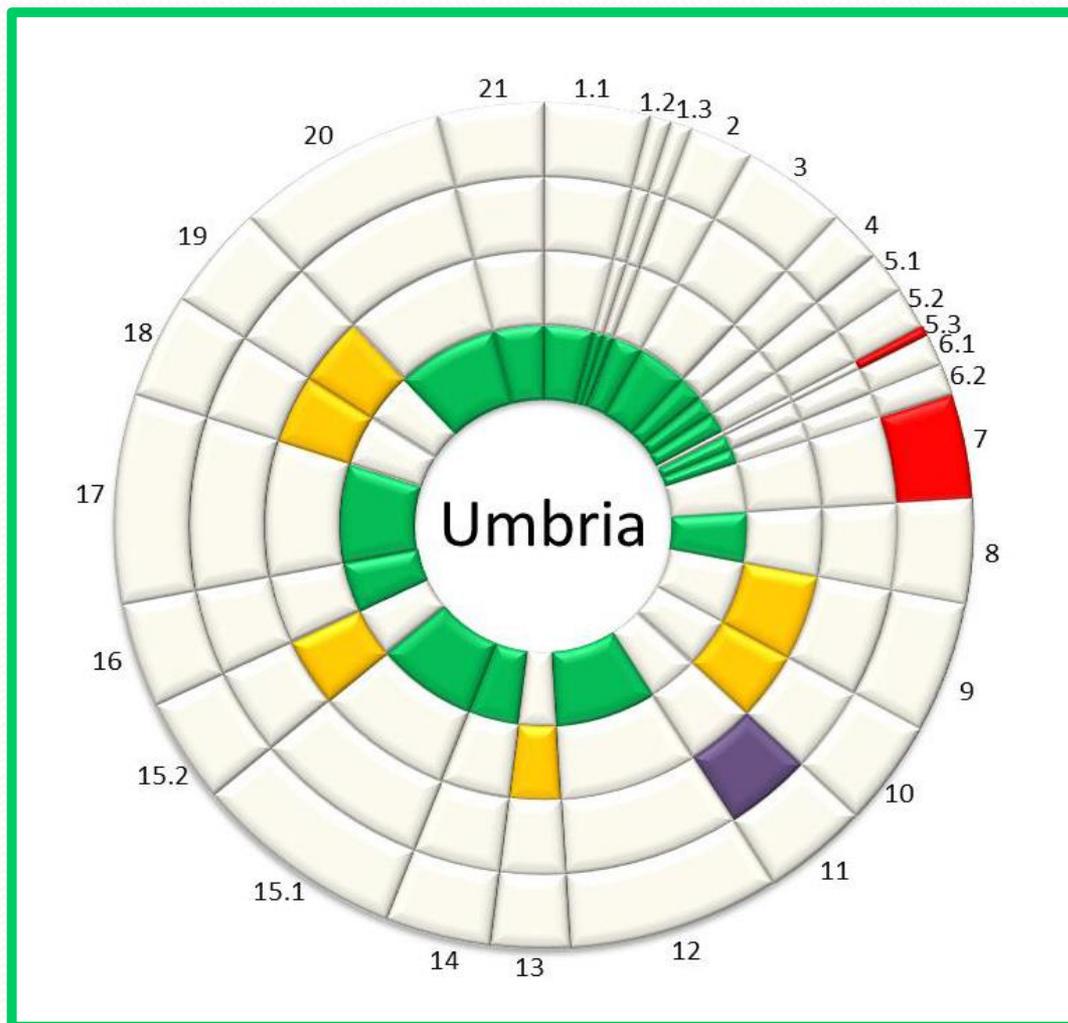
- ❑ Il **Comitato**, si avvale del supporto tecnico dell'Agencia per i Servizi Sanitari Regionali, **assume le informazioni dal sistema di monitoraggio e garanzia del Servizio Sanitario Nazionale, nonché dai relativi flussi informativi afferenti al Nuovo Sistema Informativo Sanitario.**
- ❑ Il **Comitato**, annualmente approva il Questionario per la raccolta della documentazione necessaria per la verifica degli adempimenti relativi all'anno precedente a quello in corso, e certifica l'adempienza o meno delle Regioni quale presupposto per la verifica finale degli adempimenti da parte del **Tavolo tecnico presso il Ministero dell'economia e delle finanze**, ai fini dell'accesso alle risorse integrative del Fondo sanitario.

I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

- ❑ Il Patto per la salute 2010-2012, oltre a confermare ed integrare le funzioni del Comitato permanente per la verifica dei Livelli essenziali di assistenza e del Tavolo di verifica degli adempimenti, **istituisce** una **Struttura Tecnica di Monitoraggio (STEM)** con “funzione terza” tra lo Stato e le Regioni.
- ❑ La struttura **costituita a febbraio 2011** oltre al compito della valutazione dei **piani di rientro**, ha la funzione di favorire “**un’autovalutazione regionale**” e “**l’avvio di un sistema di monitoraggio**” dello stato dei servizi sanitari regionali, provvedendo “**all’aggiornamento degli strumenti di monitoraggio, da sottoporre alla approvazione della conferenza Stato-Regioni, al fine di snellire e semplificare gli attuali adempimenti**” per l’accesso al finanziamento integrativo del servizio sanitario, individuando “**un set di indicatori per aree prioritarie di particolare rilevanza in materia di attuazione dei LEA**”, ovviamente tenendo conto degli indicatori già disponibili.

3.1 Risultati della valutazione 2010

Valutazione	Regione	Impegno
Adempiente	Emilia R.	
	Umbria	
	Toscana	
	Marche	
	Veneto	
	Piemonte	
	Lombardia	
	Basilicata	
Adempiente con impegno su alcuni indicatori	Liguria	*Impegni 2011: <ul style="list-style-type: none"> • Incremento delle attività riferite al primo livello di assistenza (es. programmi di screening) • Riduzione del tasso di ospedalizzazione
	Abruzzo	<ul style="list-style-type: none"> • Rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi relativi alle cure palliative ed all'assistenza domiciliare e residenziale
Critica	Molise	<ul style="list-style-type: none"> • Rinvio al Piano di Rientro.
	Lazio	<ul style="list-style-type: none"> • Rinvio al Piano di Rientro
	Sicilia	<ul style="list-style-type: none"> • Rinvio al Piano di Rientro
	Calabria	<ul style="list-style-type: none"> • Rinvio al Piano di Rientro
	Campania	<ul style="list-style-type: none"> • Rinvio al Piano di Rientro
	Puglia	<ul style="list-style-type: none"> • Rinvio al Piano di Rientro



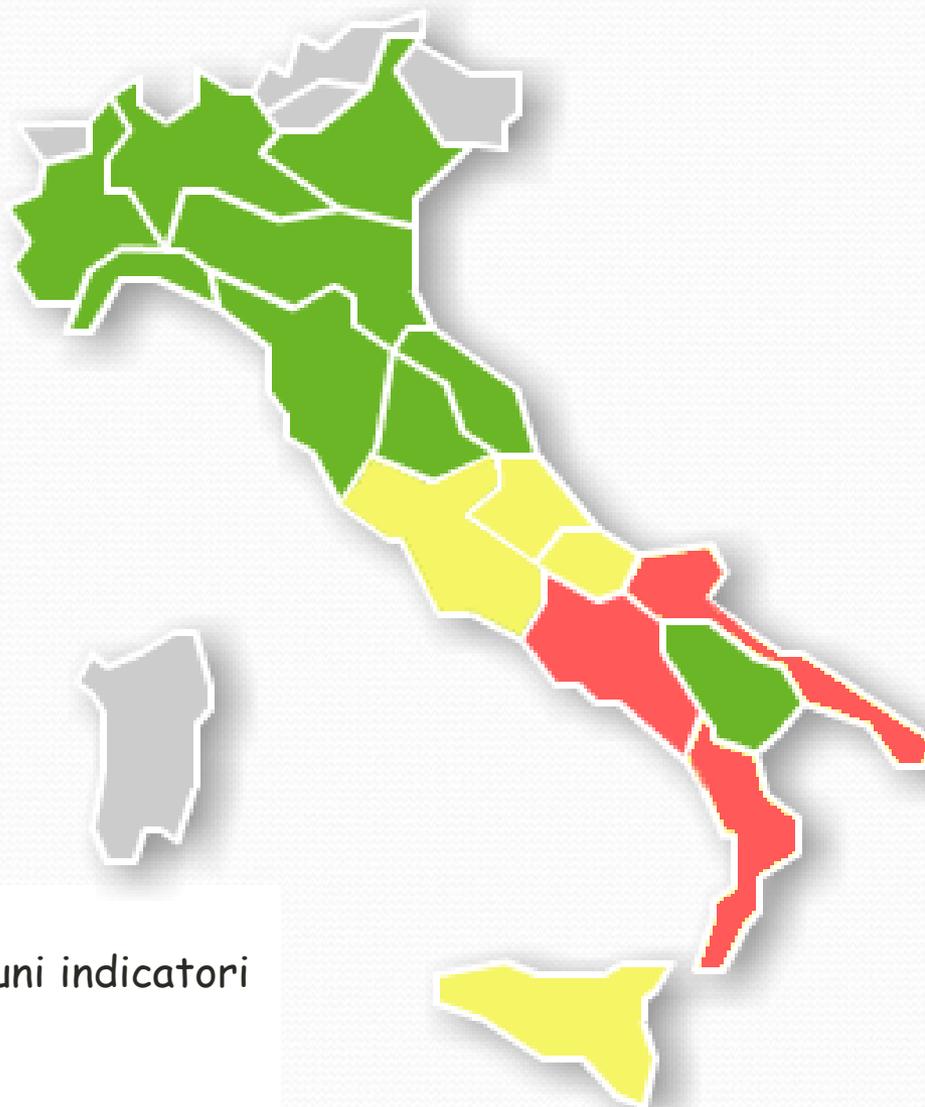
3.1 Valutazione sintetica 2011: adempienza rispetto al “Mantenimento dell'erogazione dei LEA”

Valutazione	Regione	Impegno
Adempiente	Emilia R.	
	Lombardia	
	Umbria	
	Veneto	
	Piemonte	
	Toscana	
	Basilicata	
	Liguria	
Marche		
Adempiente con impegno su alcuni indicatori	Lazio	<ul style="list-style-type: none"> • Rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi relativi all'assistenza residenziale ed al recupero dei criteri di efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera • Criticità: coperture vaccinali e gli screening
	Sicilia	<ul style="list-style-type: none"> • Rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi relativi all'assistenza residenziale e all'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera • Criticità: bassa copertura vaccinale per influenza negli anziani e la scarsa adesione ai programmi organizzati di screening
	Abruzzo	<ul style="list-style-type: none"> • Rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi relativi all'assistenza residenziale per anziani, all'assistenza per i malati terminali e all'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera • Criticità: vaccinazioni per MPR ed antinfluenzale per anziani, screening e prevenzione veterinaria
	Molise	<ul style="list-style-type: none"> • Rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi relativi all'assistenza residenziale e all'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera. • Criticità: vaccinazioni per MPR ed antinfluenzale per anziani
Critica	Calabria	• Rinvio al Piano di Rientro.
	Puglia	• Rinvio al Piano di Rientro
	Campania	• Rinvio al Piano di Rientro

ADEMPIMENTI LEA 2011

Adempiente > 160
Adempiente con impegno su
alcuni indicatori 130 - 160
Critica < 130

-  adempiente
-  adempiente con impegno su alcuni indicatori
-  critica
-  non sottoposta a verifica

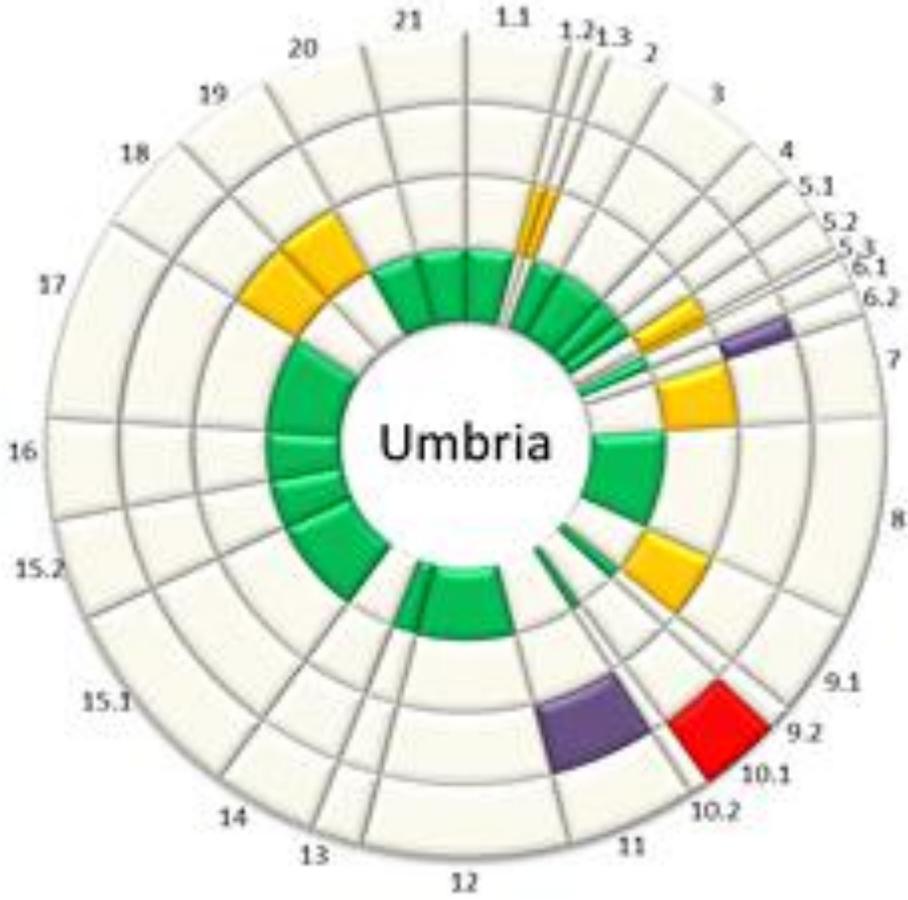


2011



PUNTI DI FORZA

CRITICITA'



3.1 Valutazione sintetica 2012: adempienza rispetto al “Mantenimento dell'erogazione dei LEA”

Valutazione	Regione	Punteggio	Impegno
Adempiente	Emilia R.	210	
	Toscana	193	
	Veneto	193	
	Piemonte	186	
	Lombardia	184	
	Liguria	176	
	Umbria	171	
	Basilicata	169	
	Lazio	167	
	Marche	165	
Adempiente con impegno su alcuni indicatori	Sicilia	157	<ul style="list-style-type: none"> • Rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi relativi all'assistenza residenziale per anziani e disabili ed all'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera • Criticità: vaccinazioni per MPR ed antinfluenzale per anziani, prevenzione veterinaria e screening
	Molise	146	<ul style="list-style-type: none"> • Rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi relativi all'assistenza residenziale per anziani e disabili ed all'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera • Criticità: vaccinazioni per MPR ed antinfluenzale per anziani, prevenzione veterinaria e screening
	Abruzzo	145	<ul style="list-style-type: none"> • Rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi relativi all'assistenza residenziale per anziani, all'assistenza per i malati terminali e all'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera • Criticità: vaccinazione antinfluenzale per anziani, prevenzione veterinaria e screening
	Puglia	140	<ul style="list-style-type: none"> • Rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi relativi all'assistenza residenziale per anziani e all'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera • Criticità: screening, vaccinazione antinfluenzale negli anziani e prevenzione veterinaria (percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina, bovina e bufalina)
	Calabria	133	<ul style="list-style-type: none"> • Rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi relativi all'assistenza residenziale per anziani e all'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera • Criticità: vaccinazione antinfluenzale negli anziani, screening e prevenzione veterinaria ed alimentare
Critica	Campania	117	<ul style="list-style-type: none"> • Rinvio al Piano di Rientro relativamente all'assistenza residenziale per anziani e disabili, all'assistenza per malati terminali ed all'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera • Criticità: vaccinazione antinfluenzale per anziani e gli screening

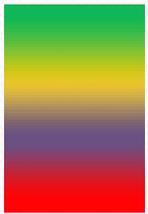
ADEMPIMENTI LEA 2012

Adempiente > 160
Adempiente con impegno su
alcuni indicatori 130 - 160
Critica < 130

- adempiente
- adempiente con impegno su alcuni indicatori
- critica
- non sottoposta a verifica

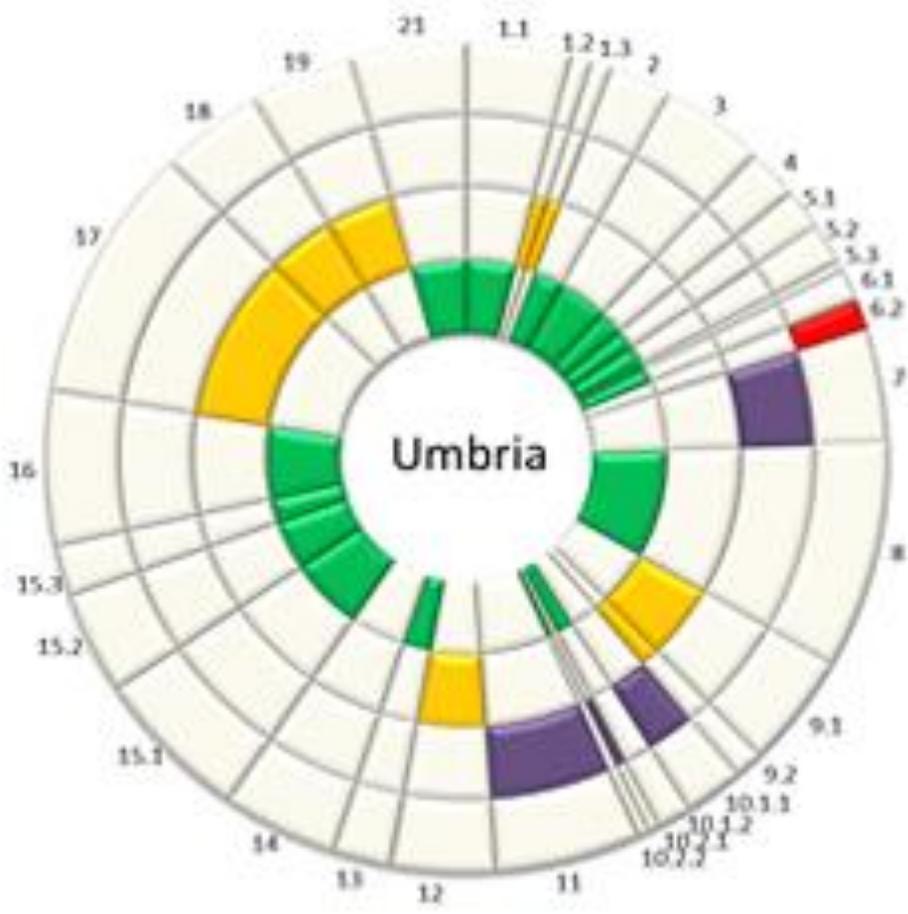


2012



PUNTI DI FORZA

CRITICITA'



3.1 Valutazione sintetica 2013: adempienza rispetto al “Mantenimento dell'erogazione dei LEA”

Valutazione	Regione	Punteggio	Impegno
Adempiente	Toscana	214	
	Emilia R.	204	
	Piemonte	201	
	Marche	191	
	Veneto	190	
	Lombardia	187	
	Liguria	187	
	Umbria	179	
Sicilia	165		
Adempiente con impegno su alcuni indicatori	Abruzzo	152	Rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi stabiliti dal Piano stesso Criticità: screening, prevenzione veterinaria, assistenza residenziale agli anziani e assistenza farmaceutica
	Lazio	152	Rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi stabiliti dal Piano stesso Criticità: vaccinazioni per MPR ed antinfluenzale per anziani, screening, costo pro-capite assistenza collettiva, e prevenzione veterinaria
	Basilicata	146	Criticità: vaccinazioni per MPR ed antinfluenzale per anziani, prevenzione alimentare, assistenza residenziale agli anziani e disabili, assistenza distrettuale salute mentale, assistenza ospedaliera (parti cesarei primari) e emergenza
	Molise	140	Rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi stabiliti dal Piano stesso Criticità: vaccinazioni per MPR, prevenzione alimentare, assistenza residenziale agli anziani, assistenza semiresidenziale ai disabili, assistenza ospedaliera (parti cesarei primari)
	Calabria	136	Rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi stabiliti dal Piano stesso Criticità: vaccinazioni per MPR, screening, prevenzione veterinaria e alimentare, assistenza semiresidenziale ai disabili, assistenza distrettuale salute mentale, emergenza
	Campania	136	Rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi stabiliti dal Piano stesso Criticità: vaccinazioni per MPR ed antinfluenzale per anziani, screening, assistenza residenziale agli anziani e disabili, assistenza ospedaliera (parti cesarei primari)
	Puglia	134	Rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi stabiliti dal Piano stesso Criticità: vaccinazioni per MPR, screening, prevenzione veterinaria e alimentare, assistenza distrettuale salute mentale

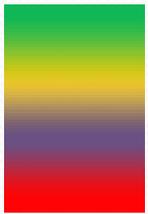
ADEMPIMENTI LEA 2013

Adempiente > 160
Adempiente con impegno su
alcuni indicatori 130 - 160
Critica < 130

- adempiente
- adempiente con impegno su alcuni indicatori
- critica
- non sottoposta a verifica

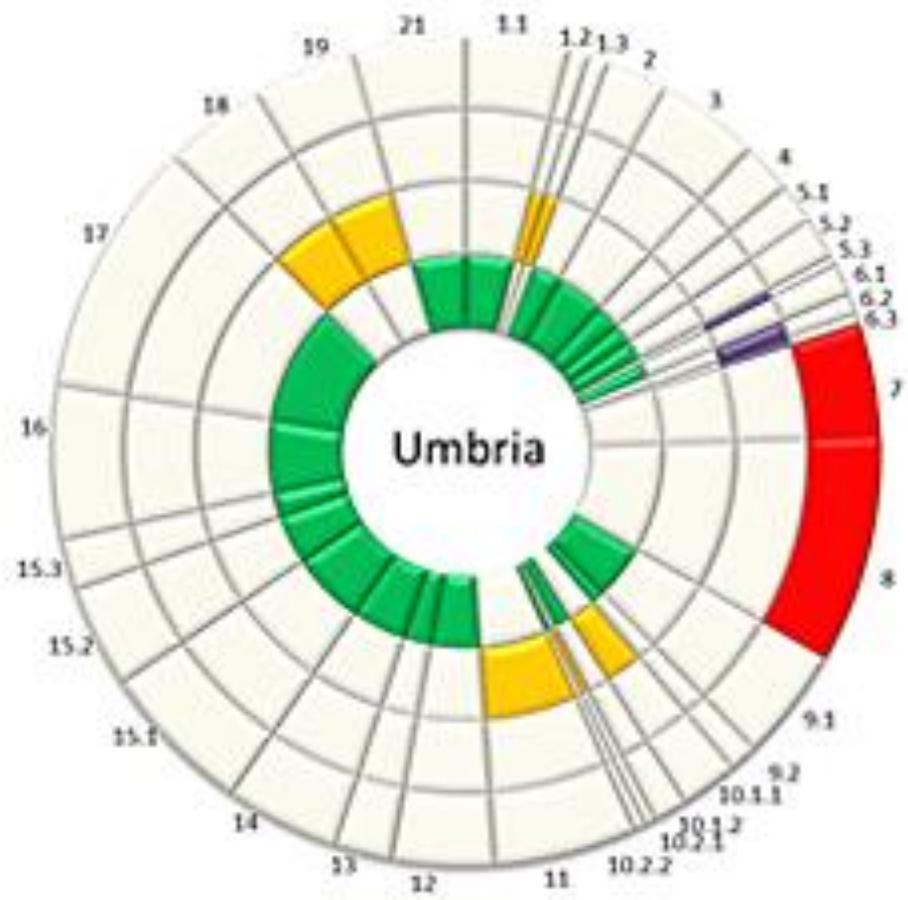


2013



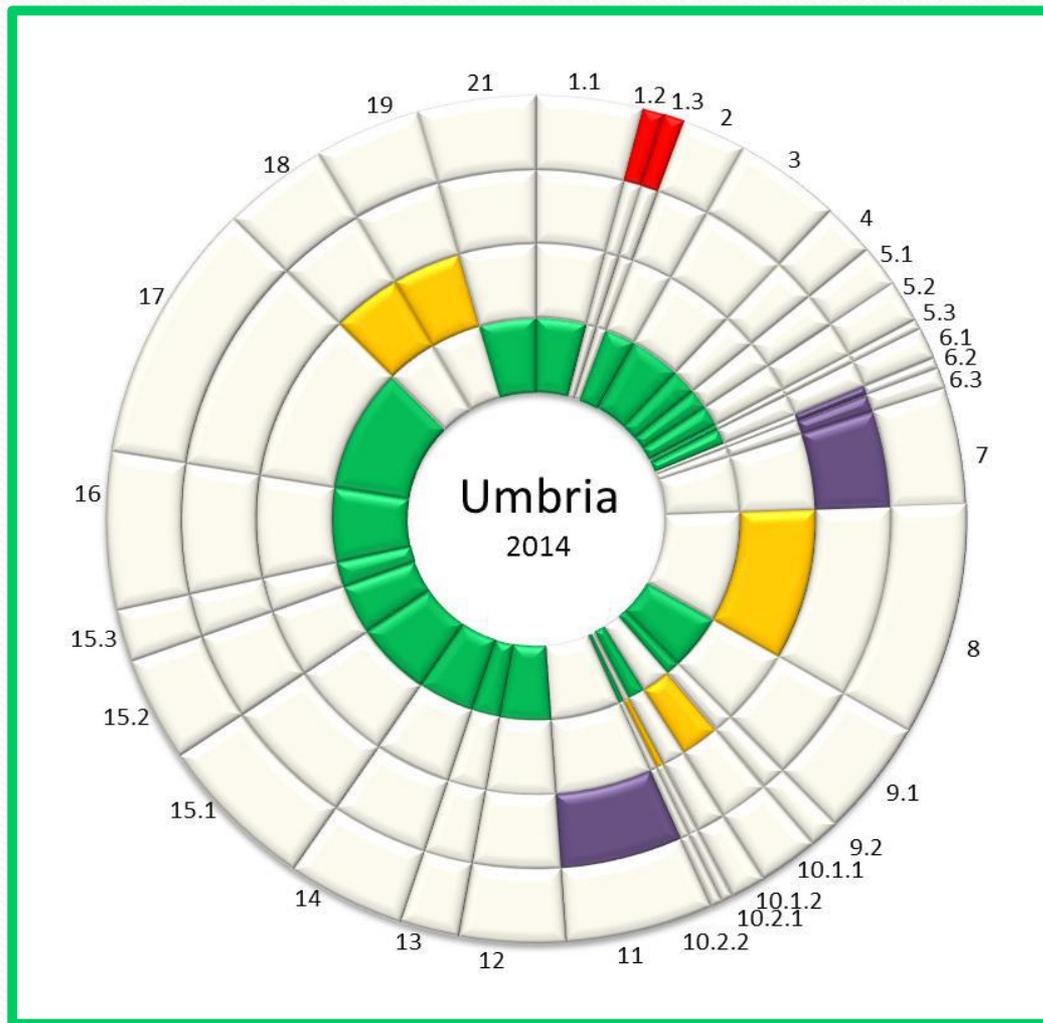
PUNTI DI FORZA

CRITICITA'



3.1 Valutazione sintetica 2014: adempienza rispetto al “Mantenimento dell'erogazione dei LEA”

Valutazione	Regione	Punteggio	Impegno
Adempiente	Toscana	217	
	Emilia R.	204	
	Piemonte	200	
	Liguria	194	
	Lombardia	193	
	Marche	192	
	Umbria	190	
	Veneto	189	
	Basilicata	177	
	Sicilia	170	
	Lazio	168	
	Abruzzo	163	
Puglia	162		
Adempiente con impegno su alcuni indicatori	Molise	159	Rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi stabiliti dal Piano stesso Criticità: vaccinazioni per MPR ed antinfluenzale per anziani, prevenzione alimentare, assistenza residenziale agli anziani, assistenza semiresidenziale ai disabili, assistenza ospedaliera (parti cesarei primari)
	Campania	139	Rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi stabiliti dal Piano stesso Criticità: vaccinazioni per MPR ed antinfluenzale per anziani, screening, prevenzione veterinaria, assistenza ospedaliera (parti cesarei primari)
	Calabria	137	Criticità: vaccinazioni per MPR ed antinfluenzale per anziani, screening, assistenza semiresidenziale ai disabili, assistenza distrettuale malati terminali, emergenza



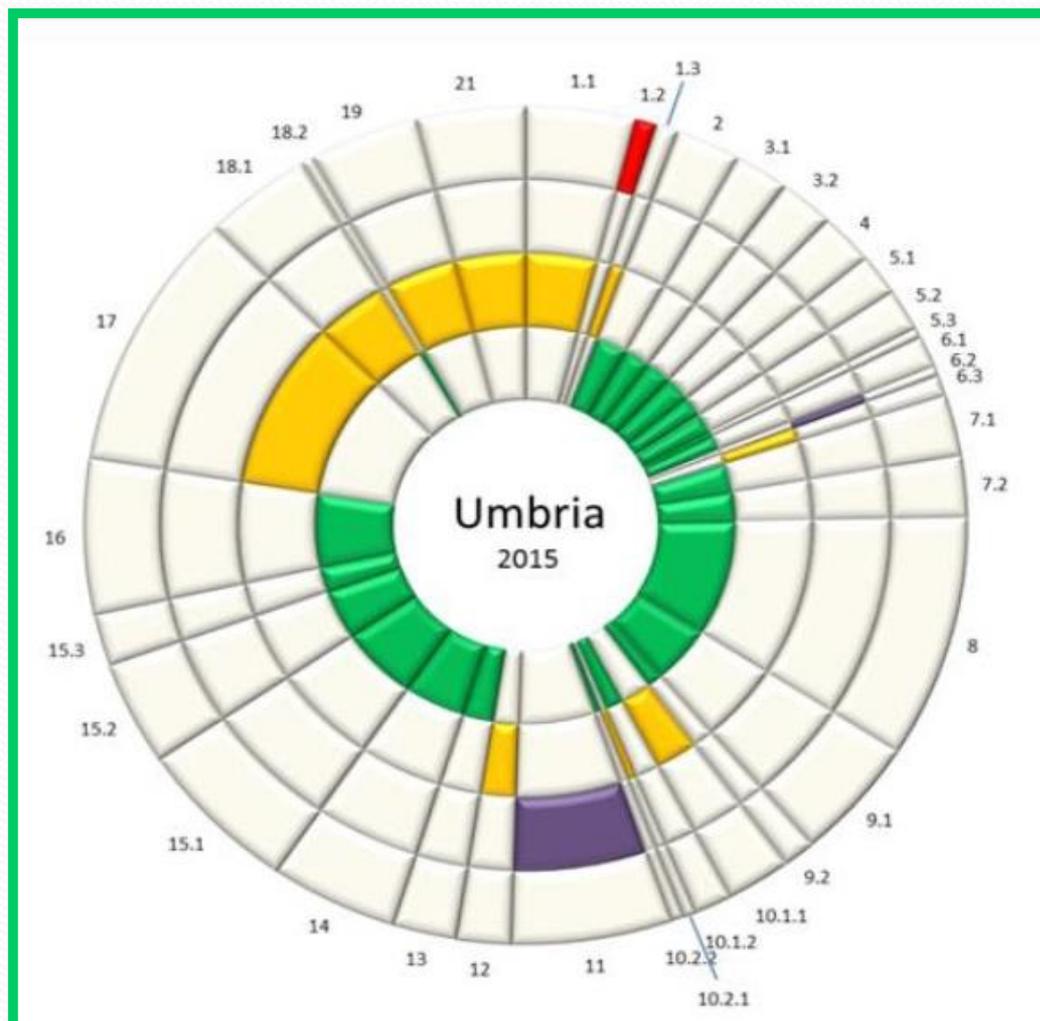
3.1 Valutazione sintetica 2015: adempienza rispetto al “Mantenimento dell'erogazione dei LEA”

Valutazione	Regione	Punteggio	Criticità
Adempiente	Toscana	212	
	Emilia R.	205	
	Piemonte	205	
	Veneto	202	
	Lombardia	196	
	Liguria	194	
	Marche	190	
	Umbria	189	
	Abruzzo	182	
	Lazio	176	
Basilicata	170		
Inadempiente	Molise	156	Rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi stabiliti dal Piano stesso. Criticità: vaccinazioni per MPR ed antinfluenzale per anziani, assistenza residenziale agli anziani, assistenza semiresidenziale ai disabili, assistenza ospedaliera (Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico).
	Puglia	155	Rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi stabiliti dal Piano stesso. Criticità: vaccinazioni per MPR, screening, prevenzione veterinaria, assistenza ospedaliera (Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico).
	Sicilia	153	Rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi stabiliti dal Piano stesso. Criticità: vaccinazioni per ciclo base (3 dosi) e MPR, screening, prevenzione veterinaria, assistenza residenziale agli anziani, assistenza ai disabili, assistenza ospedaliera (ospedalizzazione evitabile in età pediatrica).
	Calabria	147	Rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi stabiliti dal Piano stesso. Criticità: vaccinazione antinfluenzale per anziani, screening, prevenzione veterinaria, assistenza malati terminali, assistenza ospedaliera (parti cesarei primari e interventi per frattura del femore entro 2 giornate nei soggetti ultra-sessantacinquenni).
	Campania	106	Rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi stabiliti dal Piano stesso. Criticità: vaccinazioni per ciclo base (3 dosi), MPR ed antinfluenzale per anziani, screening, prevenzione veterinaria, assistenza residenziale ai disabili.



PUNTI DI FORZA

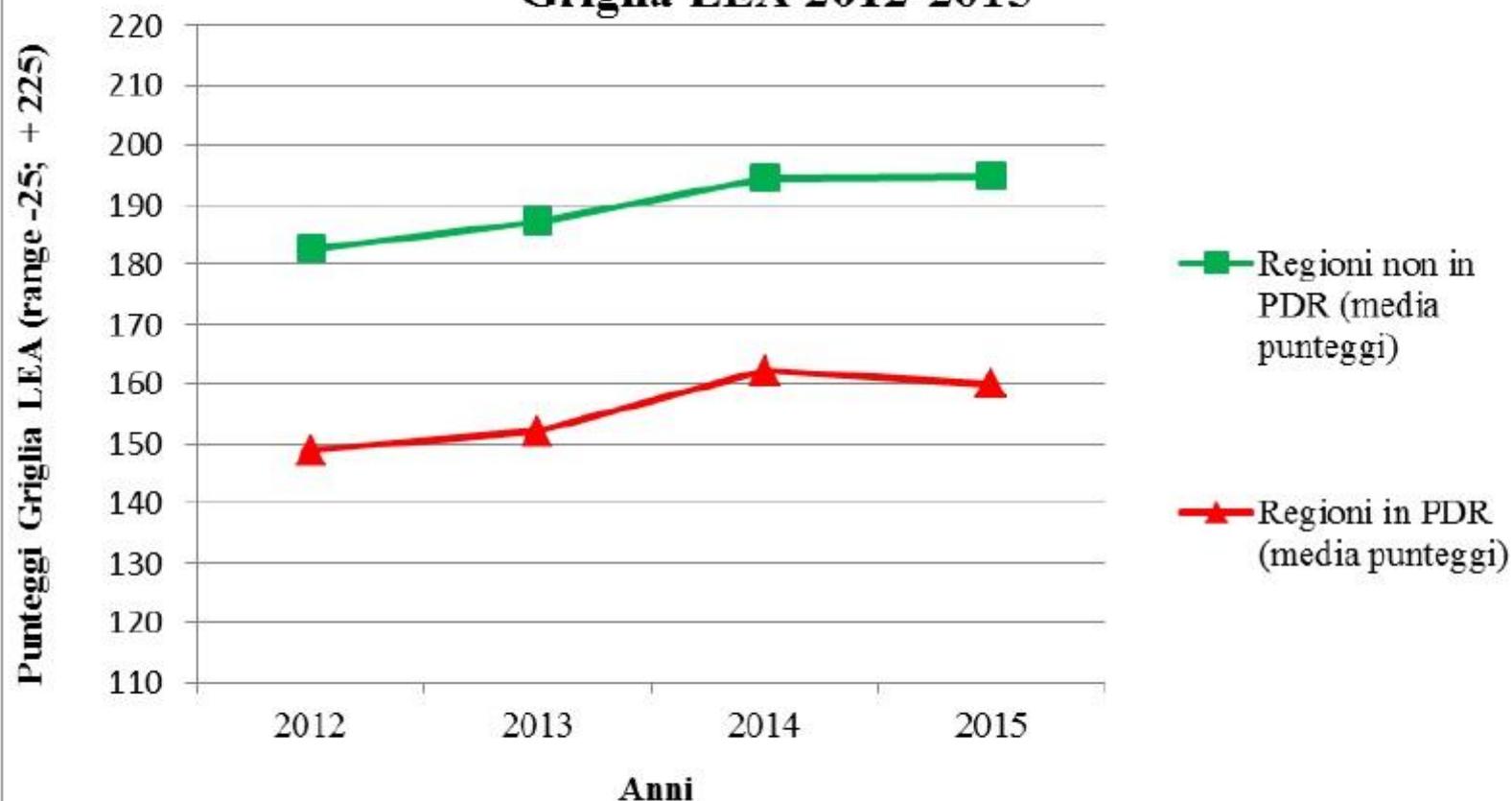
CRITICITA'



3.2 Punteggi regionali Griglia LEA, Trend 2012-2015

Regione	2012	2013	2014	2015
Toscana	193	214	217	212
Emilia R.	210	204	204	205
Piemonte	186	201	200	205
Veneto	193	190	189	202
Lombardia	184	187	193	196
Liguria	176	187	194	194
Marche	165	191	192	190
Umbria	171	179	190	189
Abruzzo	145	152	163	182
Lazio	167	152	168	176
Basilicata	169	146	177	170
Molise	146	140	159	156
Puglia	140	134	162	155
Sicilia	157	165	170	153
Calabria	133	136	137	147
Campania	117	136	139	106
Regioni non in PdR (punteggio medio)	183	187	195	195
Regioni in PdR (punteggio medio)	149	152	162	160

Regioni non in PdR vs Regioni in PdR_Punteggi medi Griglia LEA 2012-2015





Ministero della Salute

I nuovi livelli essenziali di assistenza

I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

DPCM 12 gennaio 2017 «Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza» (GU Serie Generale n. 65 del 18/03/2017 - Supplemento Ordinario n. 15)

Il Servizio Sanitario Nazionale assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche e in coerenza con i principi e i criteri indicati dalla Legge 23 dicembre 1978, n. 833 e dal Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche e integrazioni, i seguenti Livelli Essenziali di Assistenza:

- a) Prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- b) Assistenza distrettuale;
- c) Assistenza ospedaliera.

I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA

- ❑ Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali.
- ❑ Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati.
- ❑ Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro.
- ❑ Salute animale e igiene urbana veterinaria.
- ❑ Sicurezza alimentare e tutela della salute dei consumatori.
- ❑ Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale.
- ❑ Attività medico legali per finalità pubbliche.

I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

ASSISTENZA DISTRETTUALE

- ❑ Assistenza sanitaria di base [medicina di base (MMG e PLS) in forma ambulatoriale e domiciliare; continuità assistenziale notturna e diurna pre-festiva e festiva; guardia medica turistica].
- ❑ Attività di emergenza sanitaria territoriale.
- ❑ Assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie convenzionate ed i servizi territoriali e ospedalieri (fornitura di specialità medicinali e prodotti galenici, nonché dei medicinali parzialmente rimborsabili; fornitura di medicinali innovativi non autorizzati in Italia, ma autorizzati in altri Stati o sottoposti a sperimentazione clinica di fase II o impiegati per indicazioni terapeutiche diverse da quelle autorizzate).

I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Segue ...

- ❑ Assistenza integrativa (erogazione di dispositivi medici monouso; fornitura di presidi sanitari a soggetti affetti da diabete mellito o da malattie rare; fornitura di prodotti dietetici a categorie particolari).
- ❑ Assistenza specialistica ambulatoriale (visite specialistiche; esami di diagnostica strumentale e di laboratorio; prestazioni terapeutiche e riabilitative).
- ❑ Assistenza protesica (fornitura di protesi, ortesi ed ausili tecnologici a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali).
- ❑ Assistenza termale (cicli di cure idrotermali a soggetti affetti da determinate patologie).

I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Segue ...

ASSISTENZA SOCIO SANITARIA:

- Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare (assistenza programmata a domicilio; cure palliative domiciliari; attività sanitaria e socio-sanitaria rivolta alle donne, alle coppie ed alle famiglie a tutela della maternità, per la procreazione responsabile e l'interruzione della gravidanza; attività sanitaria e socio-sanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo; attività sanitaria e socio-sanitaria rivolta alle persone con disturbi mentali; attività riabilitativa sanitaria e socio-sanitaria rivolta alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale; attività sanitaria e socio-sanitaria rivolta alle persone con dipendenze patologiche).

I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Segue ...

ASSISTENZA SOCIO SANITARIA:

- Assistenza territoriale semi-residenziale e residenziale (attività sanitaria e socio-sanitaria rivolta alle persone anziane non autosufficienti; attività sanitaria e socio-sanitaria rivolta ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo; attività sanitaria e socio-sanitaria rivolta alle persone con disturbi mentali; attività riabilitativa sanitaria e socio-sanitaria rivolta alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale; attività riabilitativa sanitaria e socio-sanitaria rivolta alle persone con dipendenze patologiche; attività sanitaria e socio-sanitaria rivolta alle persone nella fase terminale della vita).

I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

ASSISTENZA OSPEDALIERA

- ❑ Pronto soccorso.
- ❑ Degenza ordinaria.
- ❑ Day Hospital.
- ❑ Day Surgery.
- ❑ Riabilitazione e Lungodegenza post-acuzie.
- ❑ Servizi trasfusionali (raccolta e lavorazione sangue, controllo e distribuzione emocomponenti).
- ❑ Attività di prelievo, conservazione e distribuzione dei tessuti.
- ❑ Attività di trapianto di organi e tessuti.
- ❑ Centri antiveneni (CAV).

STANDARD OSPEDALIERI

Decreto Ministeriale n. 70 del 2 aprile 2015:

- ❑ Dotazione di posti letto ospedalieri a carico del SSR non superiore a 3,7 PL x 1.000 abitanti, comprensivi di 0,7 PL x 1.000 abitanti per la Riabilitazione e la Lungodegenza post-acuzie.**
- ❑ Adeguamento agli standard entro il triennio di attuazione del Patto per la Salute 2014-2016.**
- ❑ Tasso di ospedalizzazione atteso pari al 160/1.000 abitanti; l'indice di occupazione dei posti letto deve attestarsi su valori del 90% tendenziale e la durata media di degenza deve essere inferiore a 7 giorni.**

STANDARD OSPEDALIERI

Classificazione delle strutture ospedaliere:

- ❑ Presidi ospedalieri di base, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti.
- ❑ Presidi ospedalieri di I° livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti, sede di DEA di I° livello.
- ❑ Presidi ospedalieri di II° livello, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, sede di DEA di II° livello.

Sistema di rete costituito da strutture a diversa complessità assistenziale che si relazionano secondo il modello HUB & SPOKE.

STANDARD OSPEDALIERI

Il Decreto Ministeriale n. 70/2015 prevede:

- ❑ Sistema dell'emergenza urgenza che opera attraverso la C.O. 118, la rete territoriale di soccorso e la rete ospedaliera.**
- ❑ Disegno globale della rete ospedaliera con l'articolazione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post-acuti con l'attività territoriale: rete infarto; rete ictus; rete traumatologica; rete neonatologica e punti nascita; rete medicine specialistiche; rete oncologica; rete pediatrica; rete trapiantologica; rete terapia del dolore; rete malattie rare.**

STANDARD OSPEDALIERI

Il Decreto Ministeriale n. 70/2015 prevede:

- Standard generali di qualità; standard organizzativi, strutturali e tecnologici generali; standard specifici per l'alta specialità.**
- Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina in rapporto ai bacini di utenza.**
- Erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza; l'unità di riferimento è rappresentata dai volumi di attività specifici per processi assistenziali.**

STANDARD OSPEDALIERI

Per numerose attività ospedaliere sono disponibili prove, documentate dalla revisione sistematica della letteratura scientifica, di associazione tra volumi di attività e migliori esiti delle cure (ad esempio mortalità a 30 giorni, complicanze o altri esiti)

Il Decreto Ministeriale n. 70/2015 prevede:

- Soglie minime di volumi di attività.**
- Soglie di rischio di esito.**

SOGLIE MINIME DI VOLUMI DI ATTIVITÀ

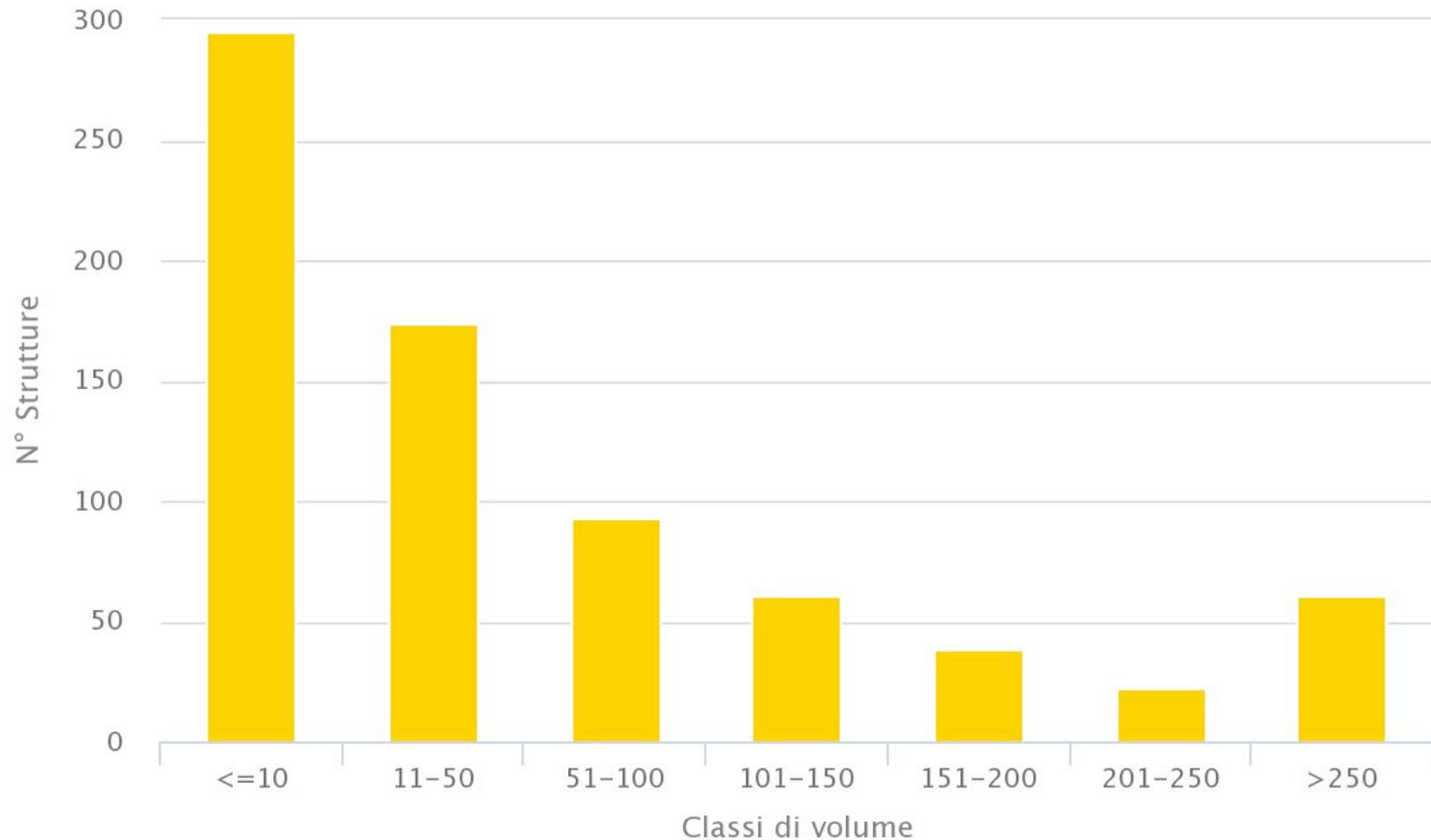
Interventi chirurgici per Ca mammella	150 primi interventi annui su casi di tumore della mammella incidenti per Struttura complessa
Colecistectomia laparoscopica	100 interventi annui per Struttura complessa
Intervento chirurgico per frattura di femore	75 interventi annui per Struttura complessa
Infarto miocardico acuto	100 casi annui di infarti miocardici in fase acuta
By pass aorto-coronarico	200 interventi/anno di By pass aorto-coronarico
Angioplastica coronarica percutanea	250 procedure/anno di cui almeno il 30% angioplastiche primarie in infarto del miocardio con sopra-slivellamento del tratto ST
Maternità	si applicano le soglie di volume di attività di cui all'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010

SOGLIE DI RISCHIO DI ESITO

Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni	minimo 70%
Proporzione di interventi chirurgici entro 48h su persone con fratture del femore di età \geq 65 anni	minimo 60%
Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di I° livello o comunque con $<$ 1.000 parti	massimo 15%
Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di II° livello o comunque con $>$ 1.000 parti	massimo 25%
Proporzione di angioplastica coronarica percutanea entro 90 minuti dall'accesso in pazienti con infarto miocardico STEMI in fase acuta	minimo 60%
Intervento di By pass aorto-coronarico isolato, mortalità aggiustata per gravità a 30 giorni	massimo 4%
Intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata (ad esclusione delle protesi valvolari transfemorali e transapicali-TAVI), mortalità aggiustata per gravità a 30 giorni	massimo 4%

PROGRAMMA NAZIONALE ESITI

Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri





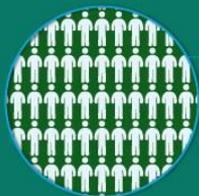
Tumore del polmone
10.837 interventi ogni anno



- Per la chirurgia del tumore al polmone abbiamo considerato che il numero minimo di interventi per ciascuna struttura debba essere di 150 ogni anno.

Ospedali

maggior è il numero di interventi eseguiti, migliore è il risultato



che eseguono almeno

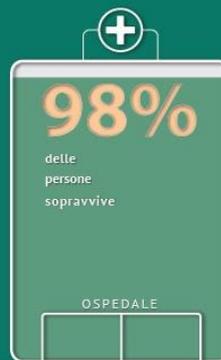
150

interventi l'anno

che eseguono

meno

di 150 interventi l'anno



sopravvivenza a 30 giorni

184 morti in meno per tumore al polmone ogni anno
se tutte le persone con tumore al polmone fossero operate negli ospedali che
eseguono almeno 150 interventi l'anno

Fonte: PNE edizione 2016

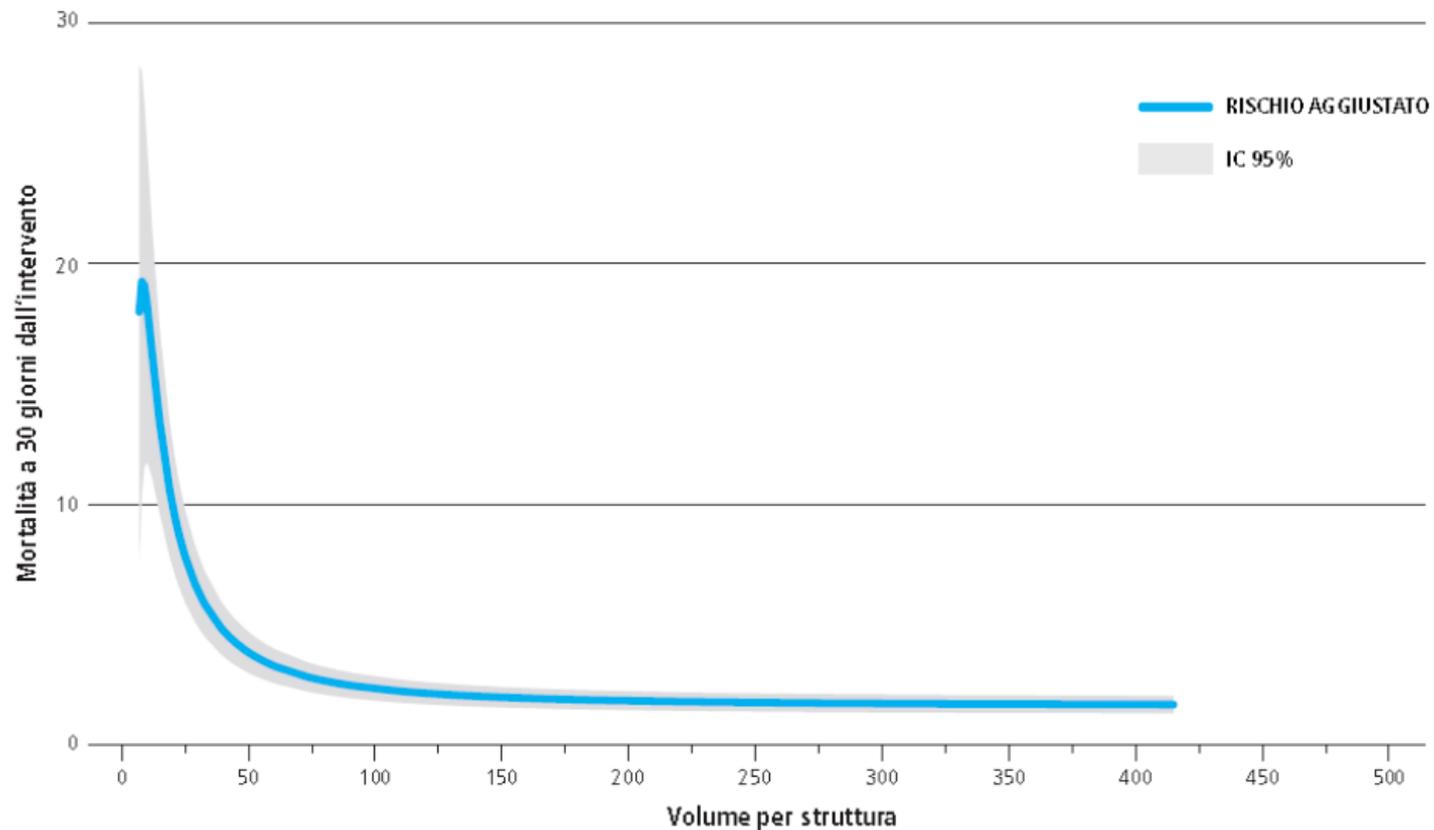


PROGRAMMA NAZIONALE ESITI

INTERVENTO CHIRURGICO PER TM POLMONE: VOLUME DI RICOVERI

CHIRURGIA DEL CANCRO AL POLMONE.

ANALISI DELL'ASSOCIAZIONE TRA MORTALITÀ A 30 GIORNI E VOLUME DI ATTIVITÀ PER STRUTTURA



La mortalità a 30 giorni dopo l'intervento diminuisce decisamente fino a circa 50-70 interventi/ anno e continua a diminuire lievemente all'aumentare del volume di attività fino a stabilizzarsi.

PROGRAMMA NAZIONALE ESITI

Intervento chirurgico per TM polmone: volume di ricoveri





Tumore del colon

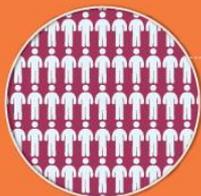
27.019 interventi ogni anno



Ospedali

- Per la chirurgia del tumore del colon abbiamo considerato che il numero minimo di interventi per ciascuna struttura debba essere di 50 ogni anno.

maggiore è il numero di interventi eseguiti, migliore è il risultato



che eseguono almeno

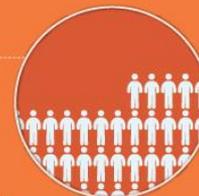
50

interventi l'anno

che eseguono

meno

di 50 interventi l'anno



sopravvivenza a 30 giorni

151 morti in meno per tumore al colon ogni anno

se tutte le persone con tumore al colon fossero operate negli ospedali che eseguono almeno 50 interventi l'anno

Fonte: PNE edizione 2016

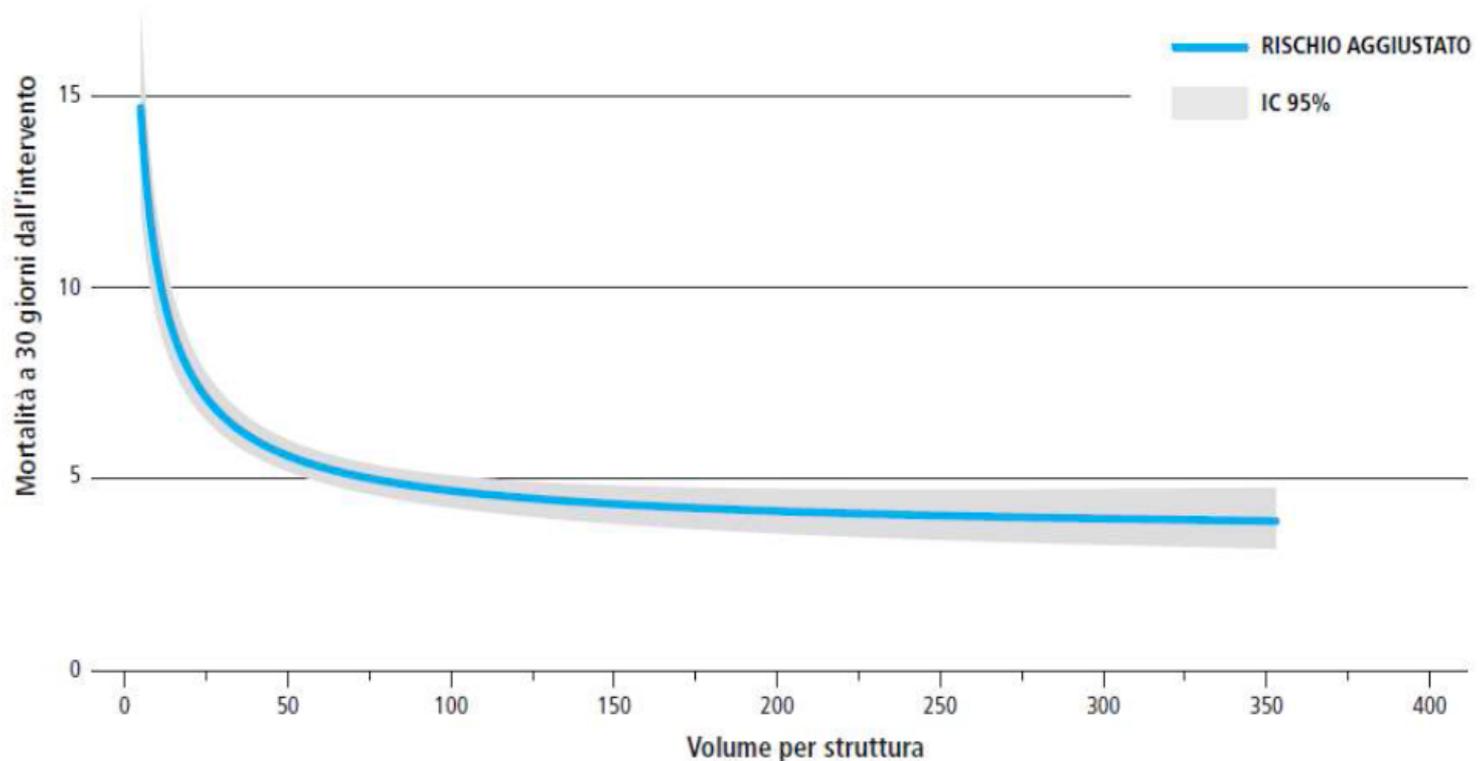


PROGRAMMA NAZIONALE ESITI

INTERVENTO CHIRURGICO PER TM COLON: VOLUME DI RICOVERI

CHIRURGIA DEL CANCRO AL COLON.

ANALISI DELL'ASSOCIAZIONE TRA MORTALITÀ A 30 GIORNI E VOLUME DI ATTIVITÀ PER STRUTTURA



La mortalità a 30 giorni dopo l'intervento diminuisce decisamente fino a raggiungere circa 50-70 interventi/anno e continua a diminuire lievemente all'aumentare del volume di attività.



Tumore allo stomaco

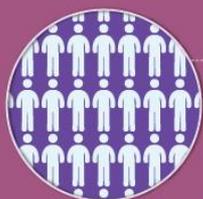
6.746 interventi ogni anno



Ospedali

- Per la chirurgia del tumore allo stomaco abbiamo considerato che il numero minimo di interventi per ciascuna struttura debba essere di 20 ogni anno.

maggiore è il numero di interventi eseguiti, migliore è il risultato



che eseguono almeno

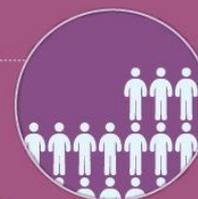
20

interventi l'anno

che eseguono

meno

di 20 interventi l'anno



97
ospedali



298
ospedali

sopravvivenza a 30 giorni

85 morti in meno per tumore allo stomaco ogni anno

se tutte le persone con tumore allo stomaco fossero operate negli ospedali che eseguono almeno 20 interventi l'anno

Fonte: PNE edizione 2016

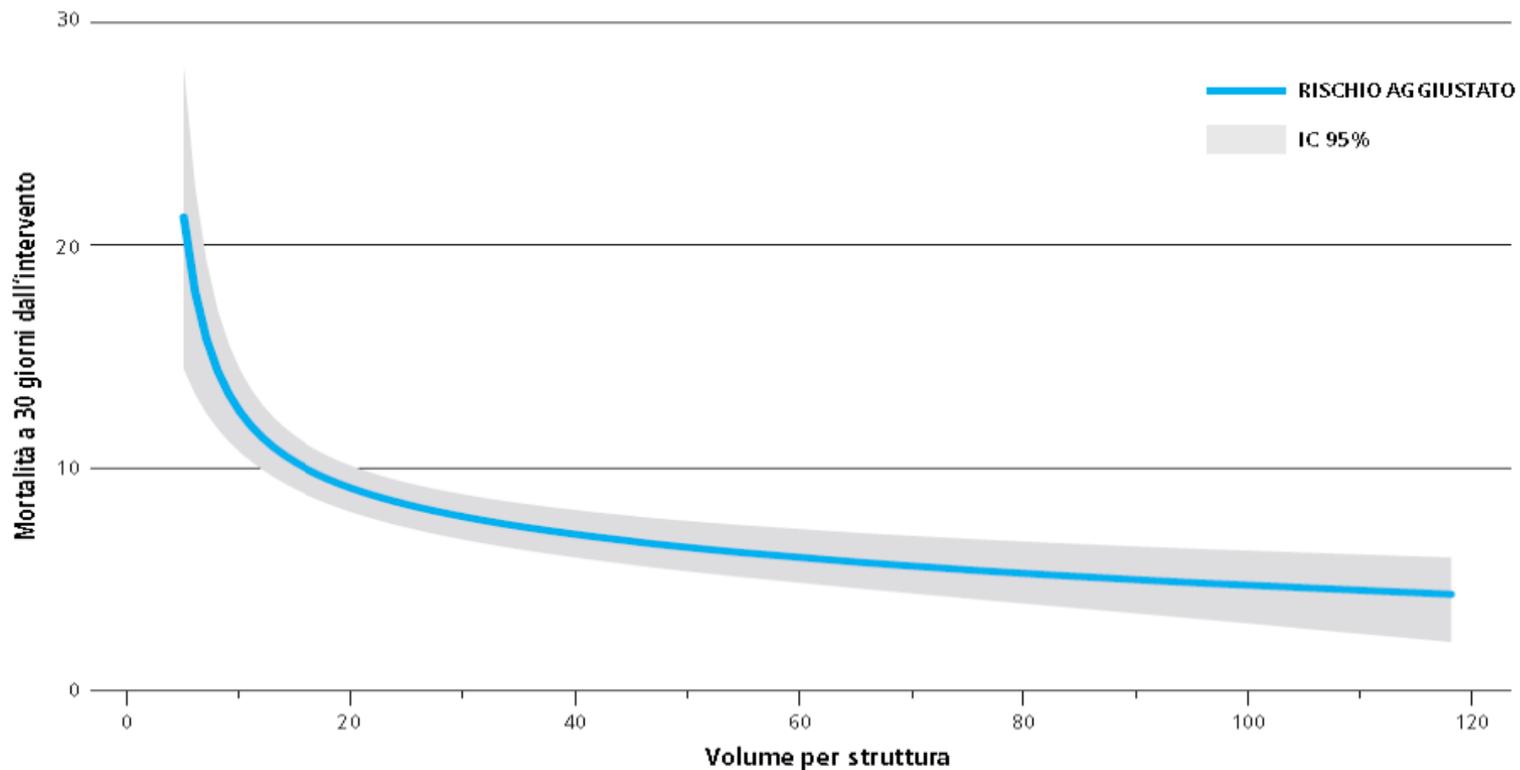


PROGRAMMA NAZIONALE ESITI

INTERVENTO CHIRURGICO PER TM STOMACO: VOLUME DI RICOVERI

CHIRURGIA DEL CANCRO ALLO STOMACO.

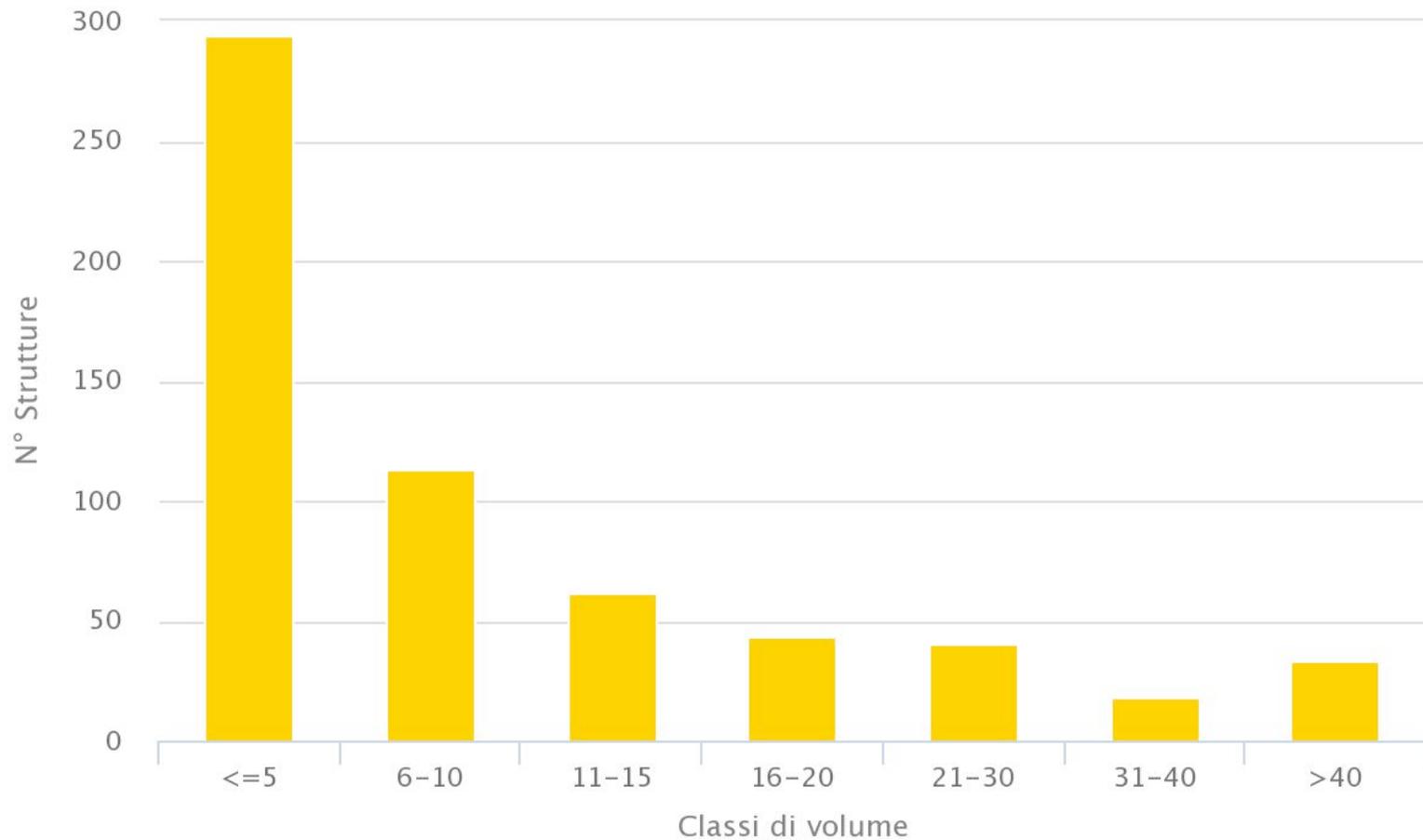
ANALISI DELL'ASSOCIAZIONE TRA MORTALITÀ A 30 GIORNI E VOLUME DI ATTIVITÀ PER STRUTTURA



La mortalità a 30 giorni dopo l'intervento diminuisce decisamente fino a circa 20-30 interventi/anno e continua a diminuire lievemente all'aumentare del volume di attività.

PROGRAMMA NAZIONALE ESITI

Intervento chirurgico per TM stomaco: volume di ricoveri





Infarto Miocardico Acuto (IMA)

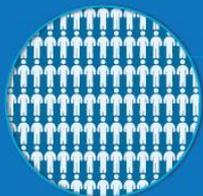
132.896 casi ogni anno



- Per l'IMA abbiamo considerato che il numero minimo di casi trattati per ciascuna struttura debba essere di 100 casi ogni anno.

Ospedali

maggiore è il numero di casi trattati, migliore è il risultato



che trattano almeno

100

casi l'anno

che trattano

meno

di 100 casi l'anno



391
ospedali



252
ospedali

sopravvivenza a 30 giorni



834 morti in meno per IMA ogni anno

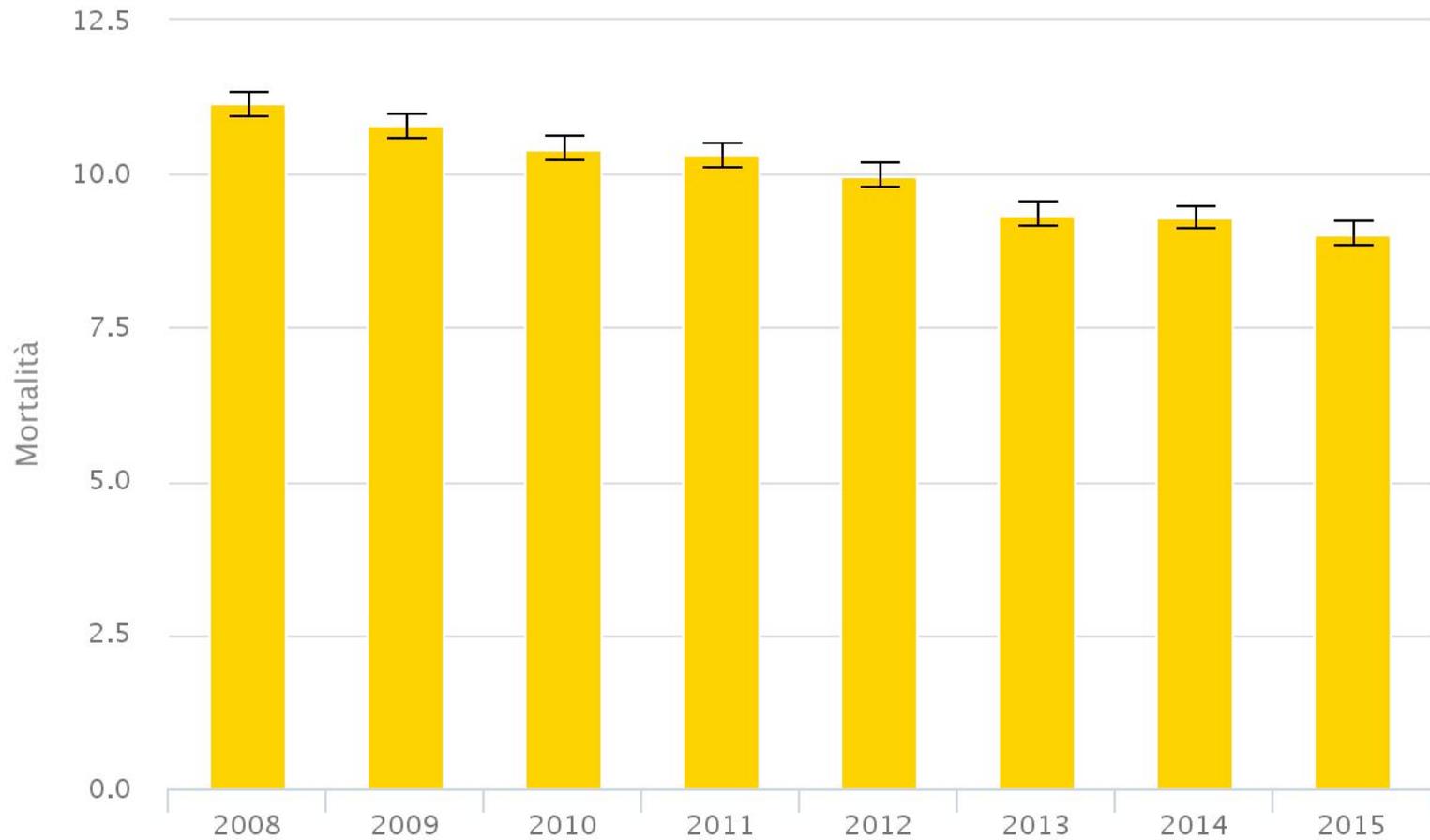
se tutte le persone con IMA fossero ricoverate negli ospedali che trattano almeno 100 casi l'anno

Fonte: PNE edizione 2016



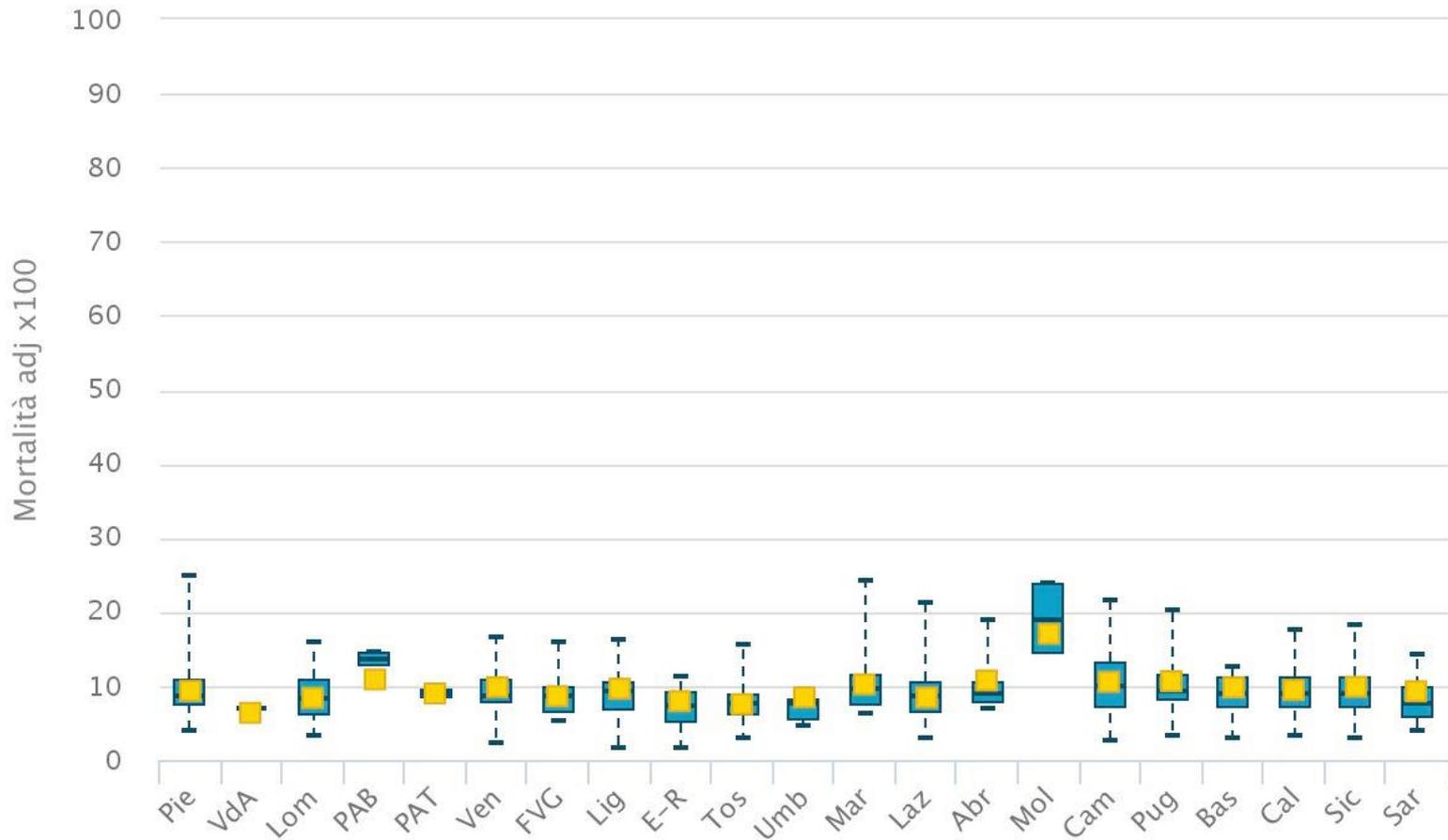
PROGRAMMA NAZIONALE ESITI

Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni



PROGRAMMA NAZIONALE ESITI

Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni. 2015





Colecistectomia laparoscopica

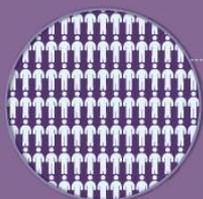


99.899 interventi ogni anno

- Per la colecistectomia laparoscopica abbiamo considerato che il numero minimo di interventi per ciascuna struttura debba essere di 100 ogni anno.

Ospedali

maggiore è il numero di interventi eseguiti, migliore è il risultato



che eseguono almeno

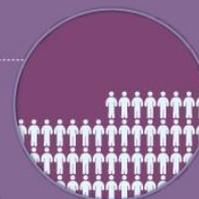
100

interventi l'anno

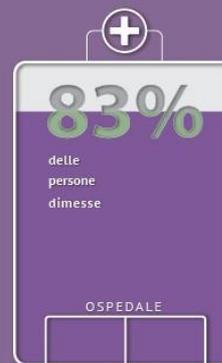
che eseguono

meno

di 100 interventi l'anno



400
ospedali



387
ospedali

dimissione entro 2 giorni
dall'intervento



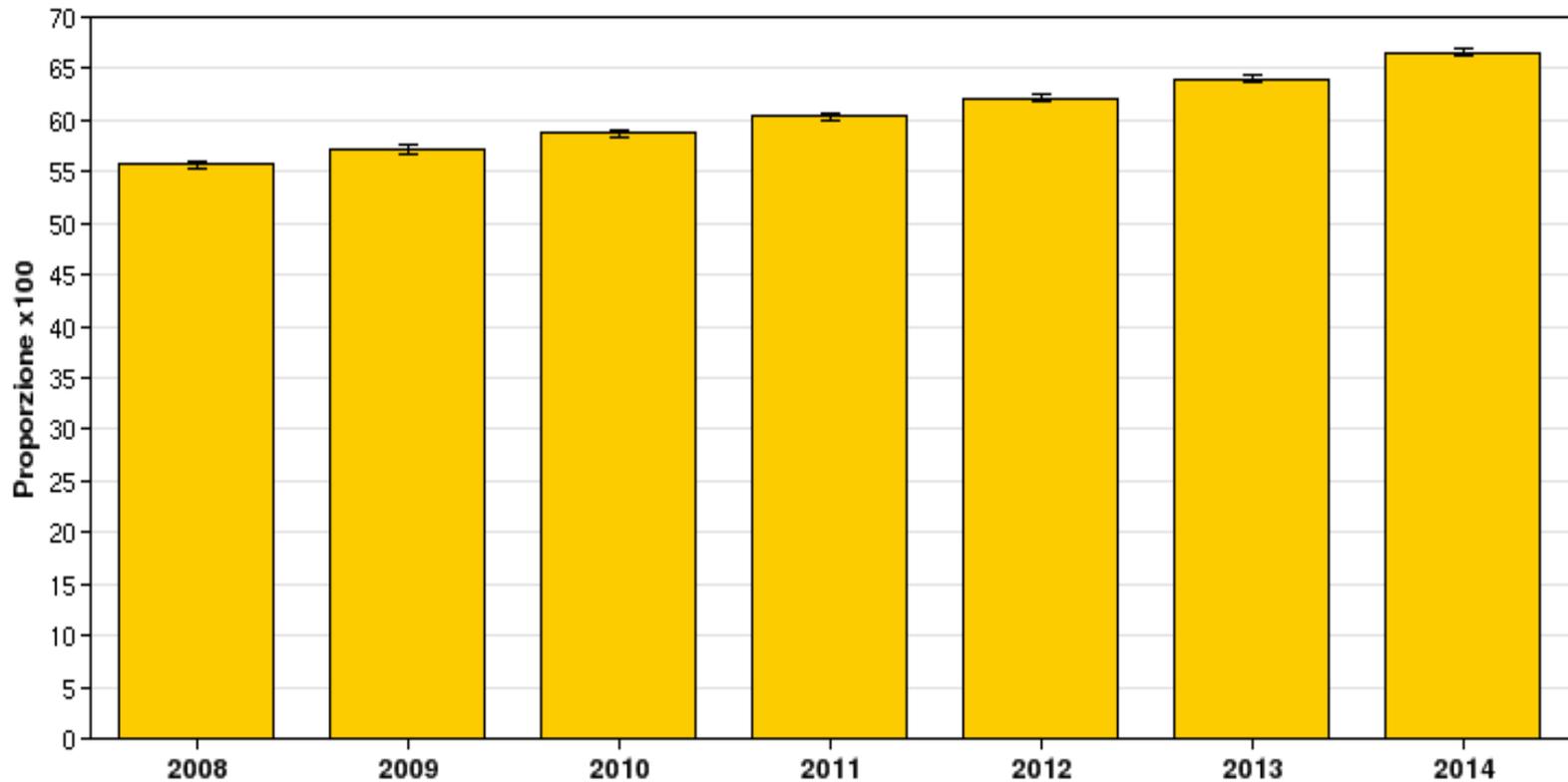
2093 persone in più potrebbero essere dimesse entro 2 giorni dall'intervento se tutte le persone fossero operate negli ospedali che eseguono almeno 100 interventi l'anno

Fonte: PNE edizione 2016



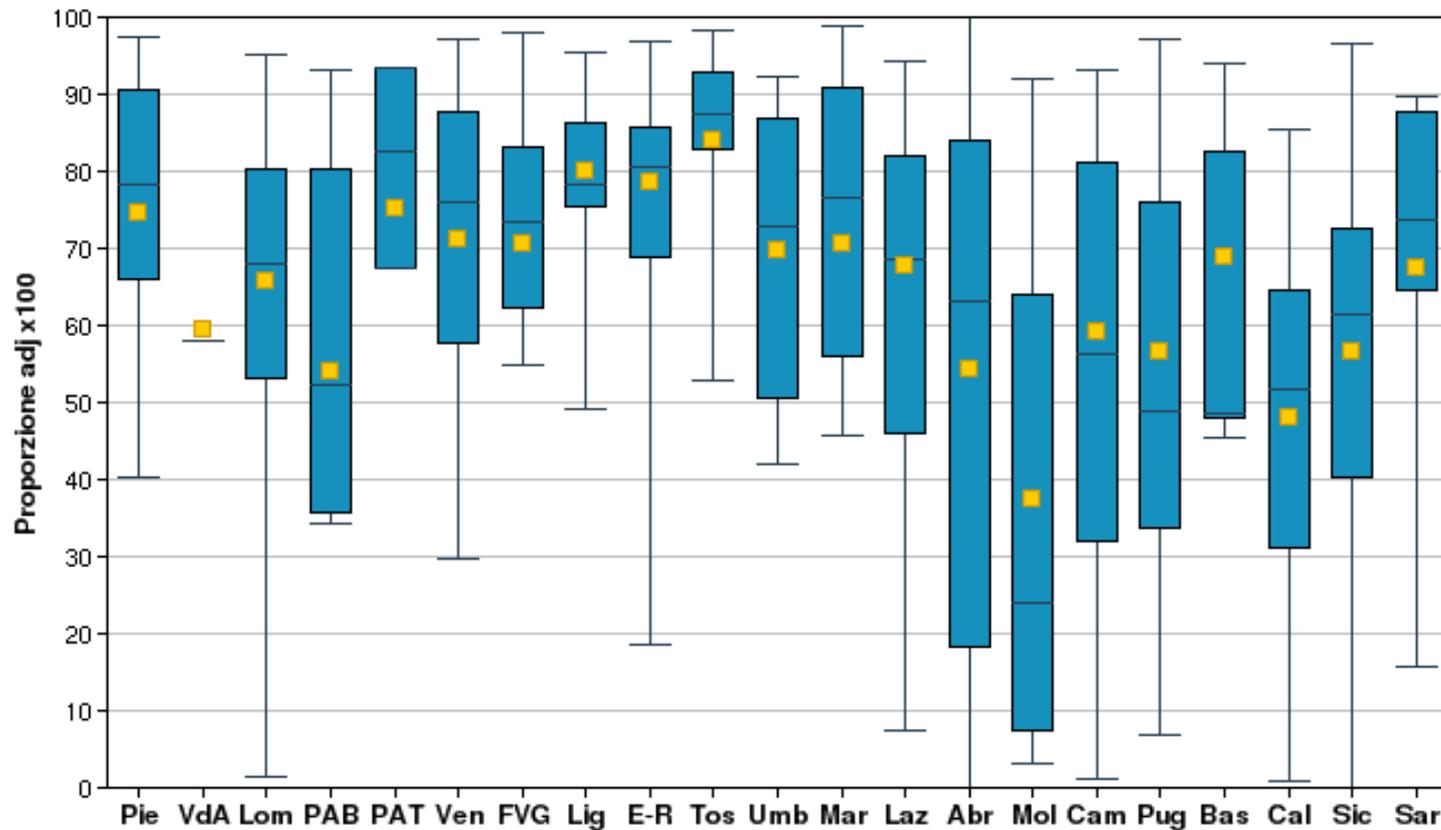
PROGRAMMA NAZIONALE ESITI

Colecistectomia laparoscopica: proporzione di interventi con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.



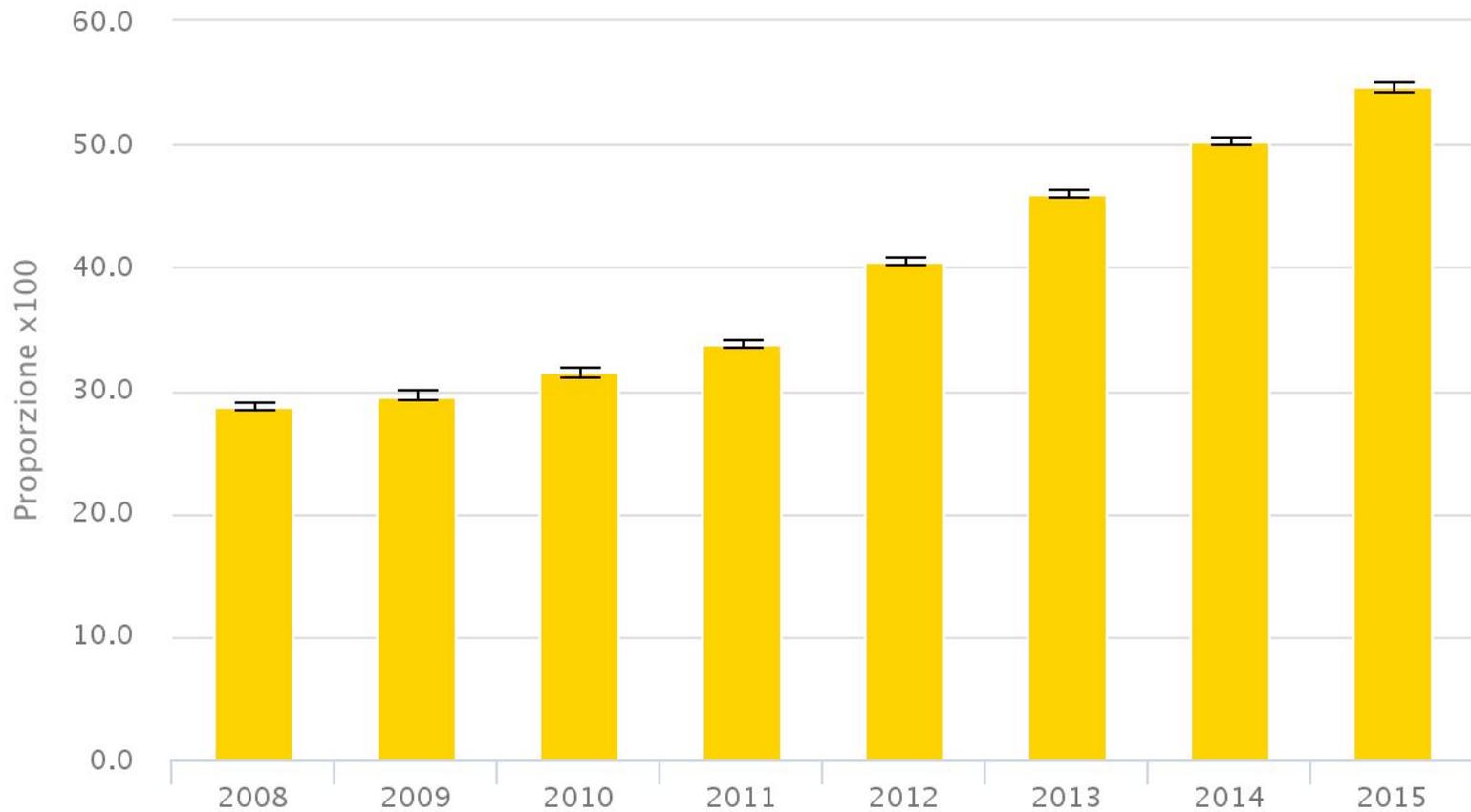
PROGRAMMA NAZIONALE ESITI

Colecistectomia laparoscopica: proporzione di interventi con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni. 2014



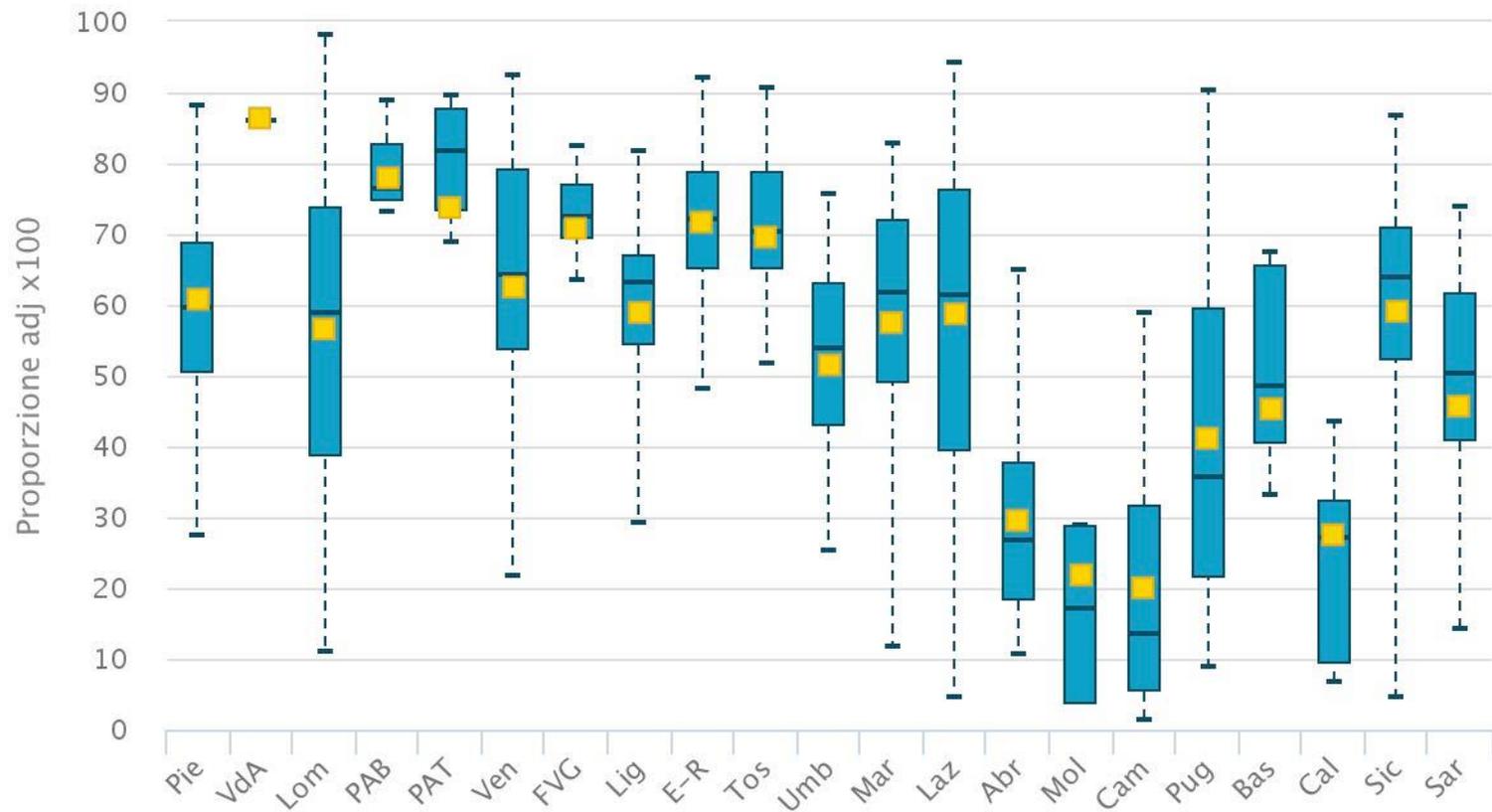
PROGRAMMA NAZIONALE ESITI

Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni

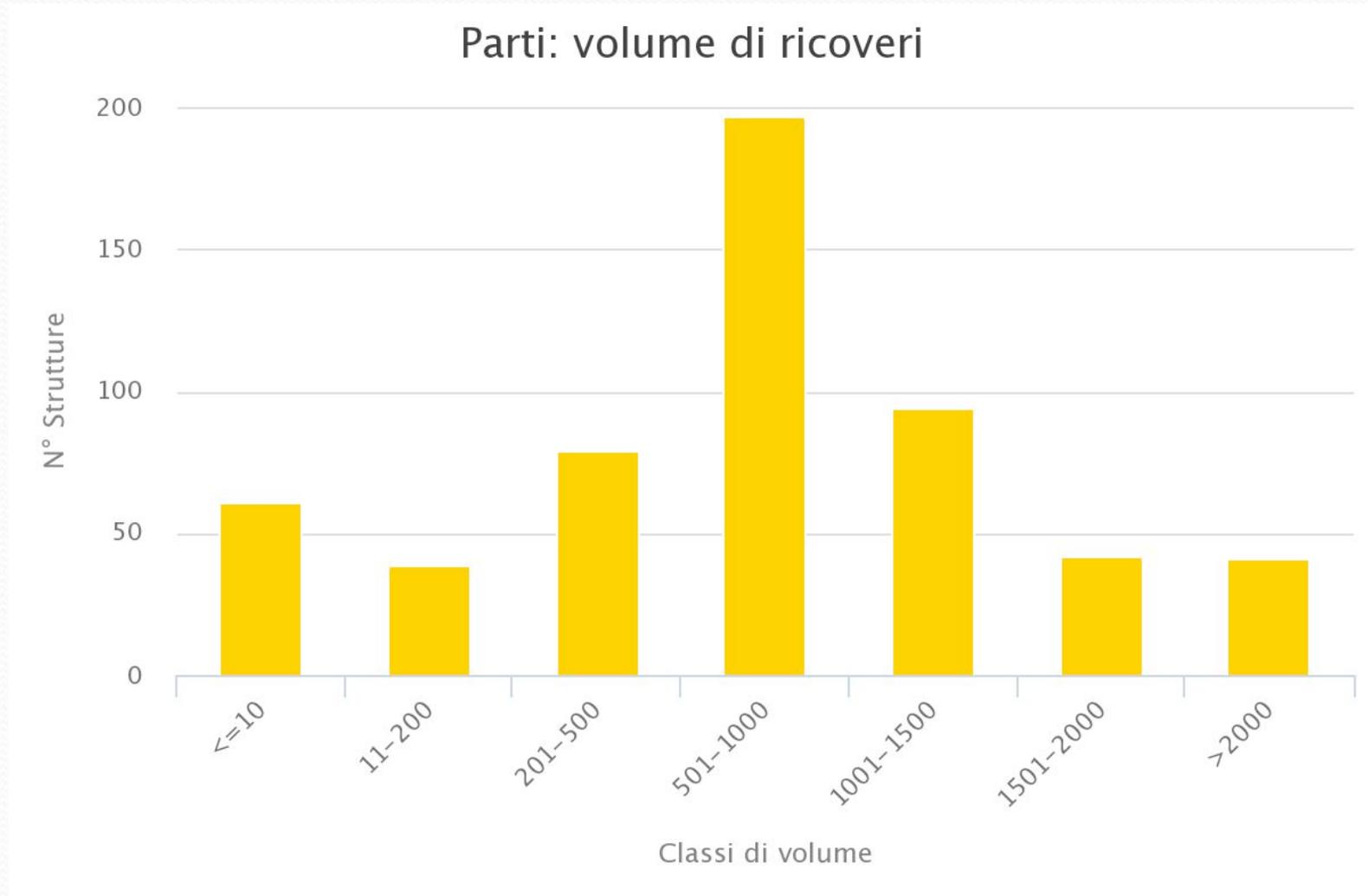


PROGRAMMA NAZIONALE ESITI

Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni. 2015

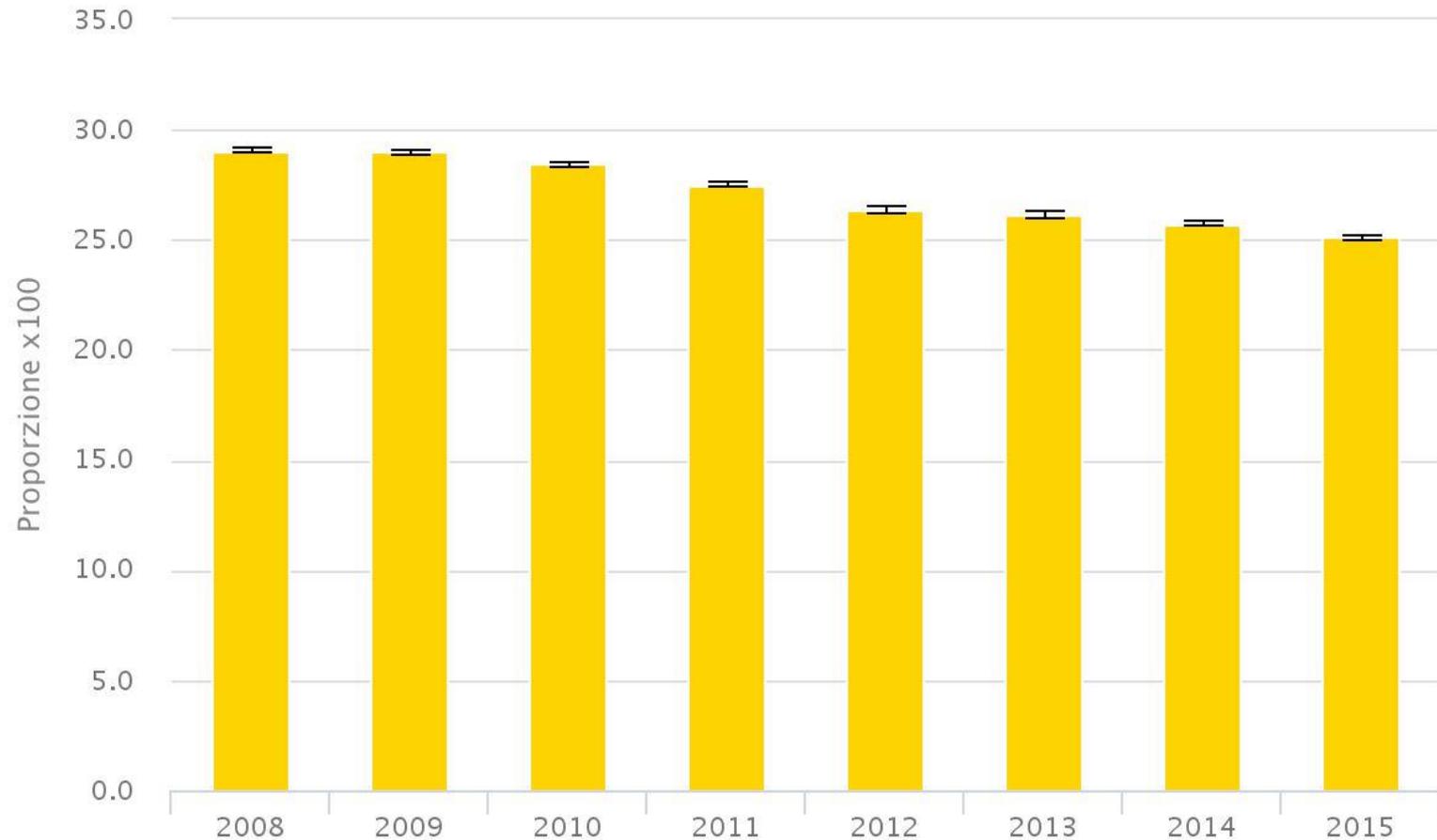


PROGRAMMA NAZIONALE ESITI



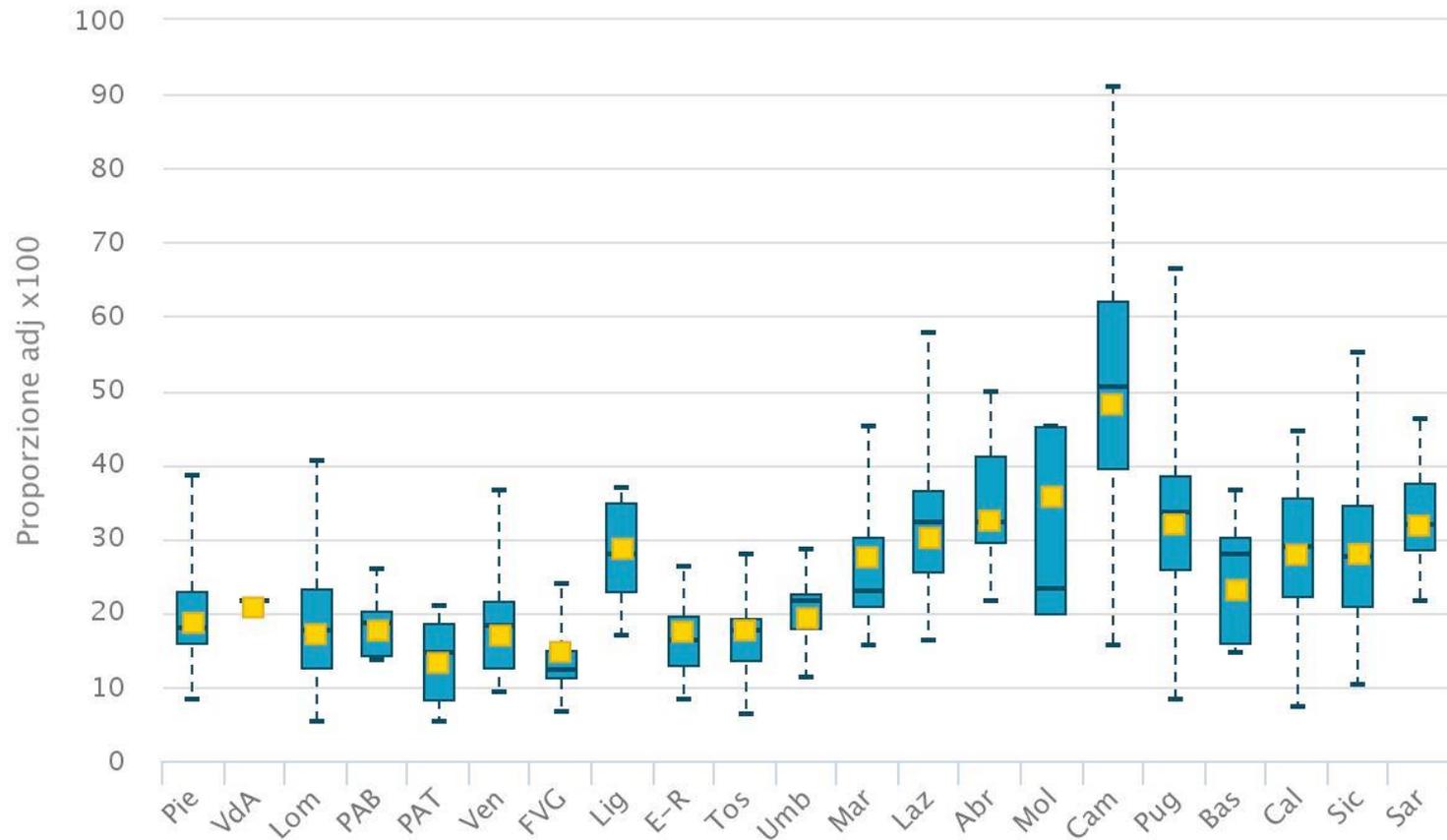
PROGRAMMA NAZIONALE ESITI

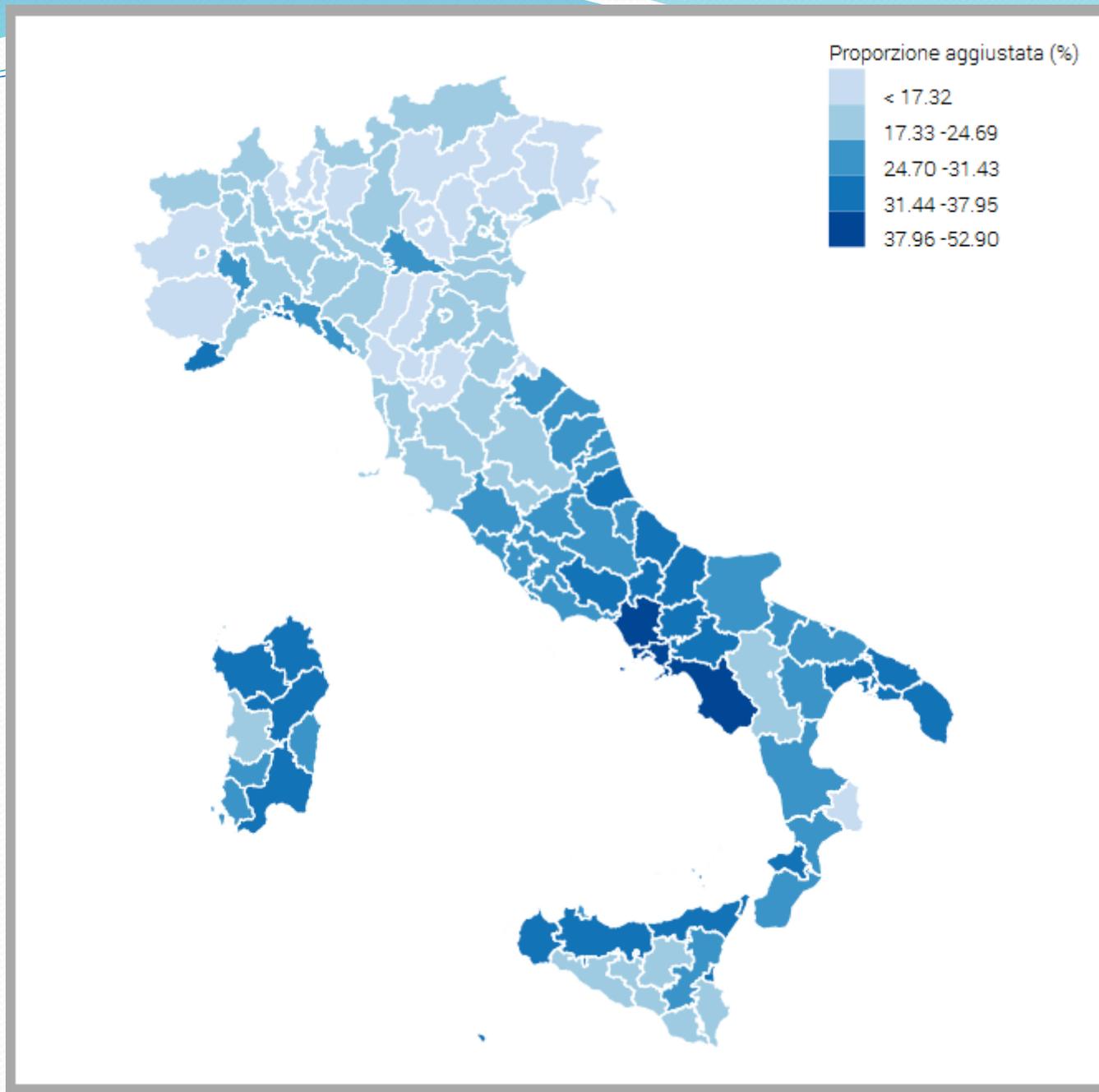
Proporzione di parti con taglio cesareo primario



PROGRAMMA NAZIONALE ESITI

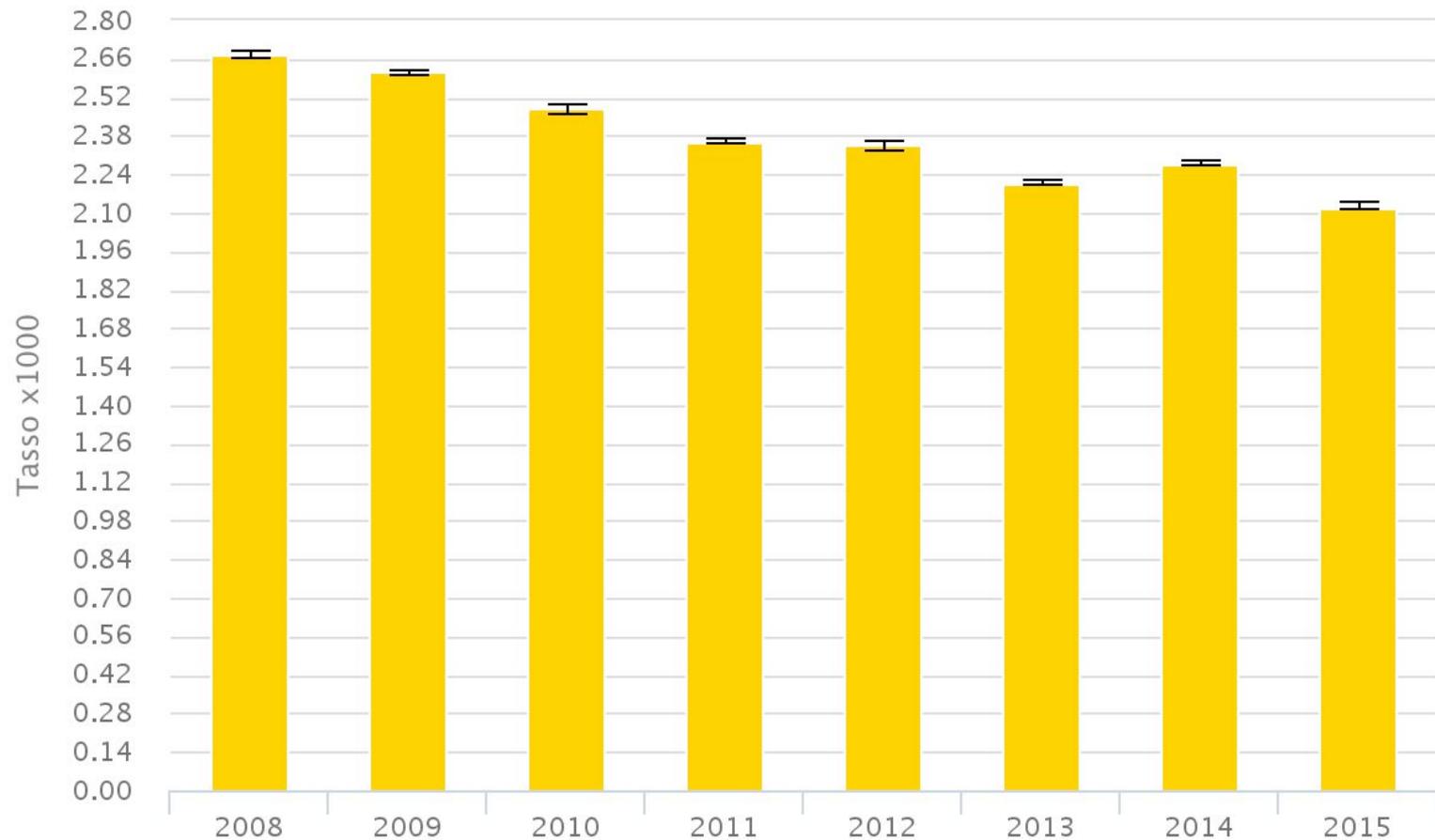
Proporzione di parti con taglio cesareo primario. 2015

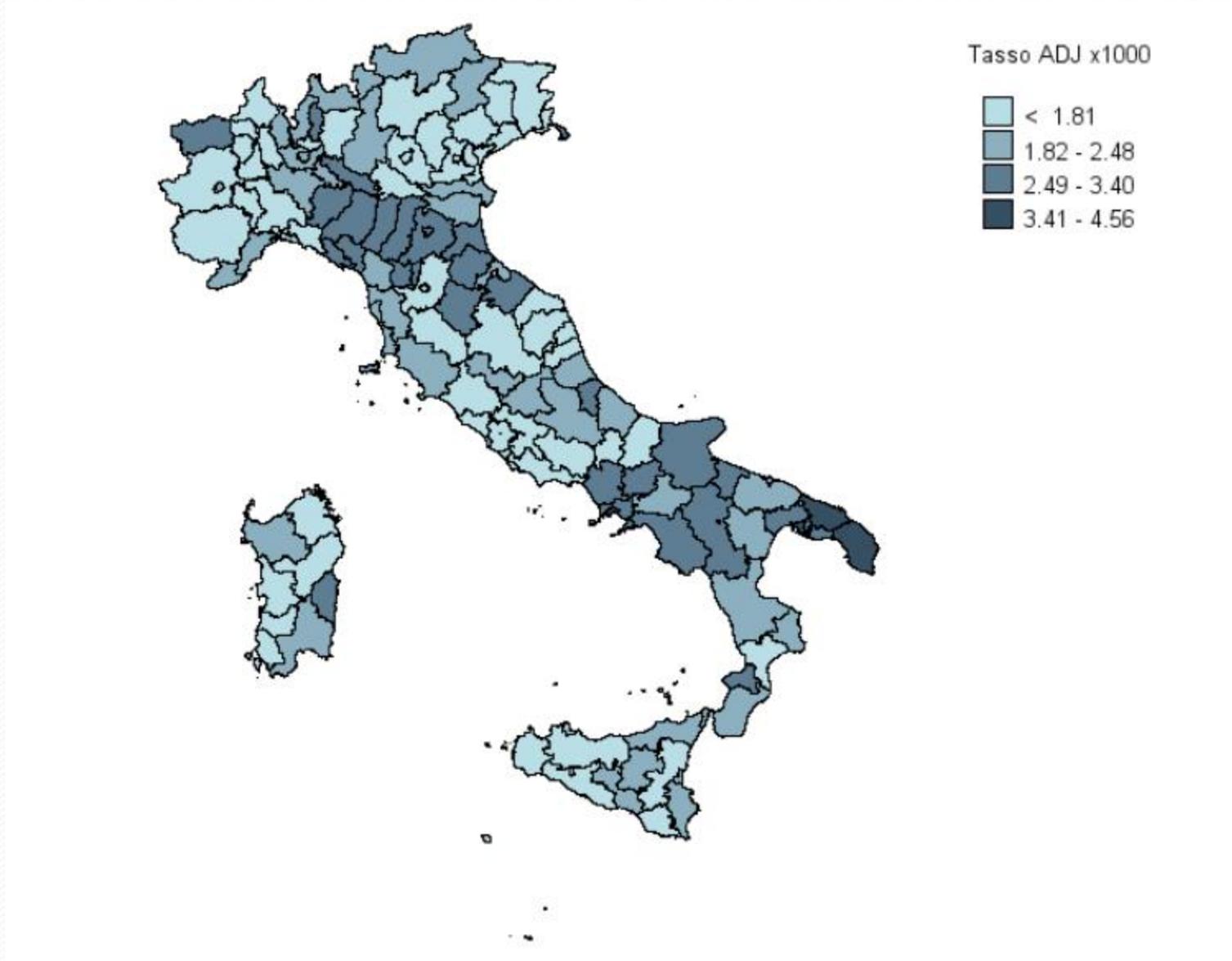




PROGRAMMA NAZIONALE ESITI

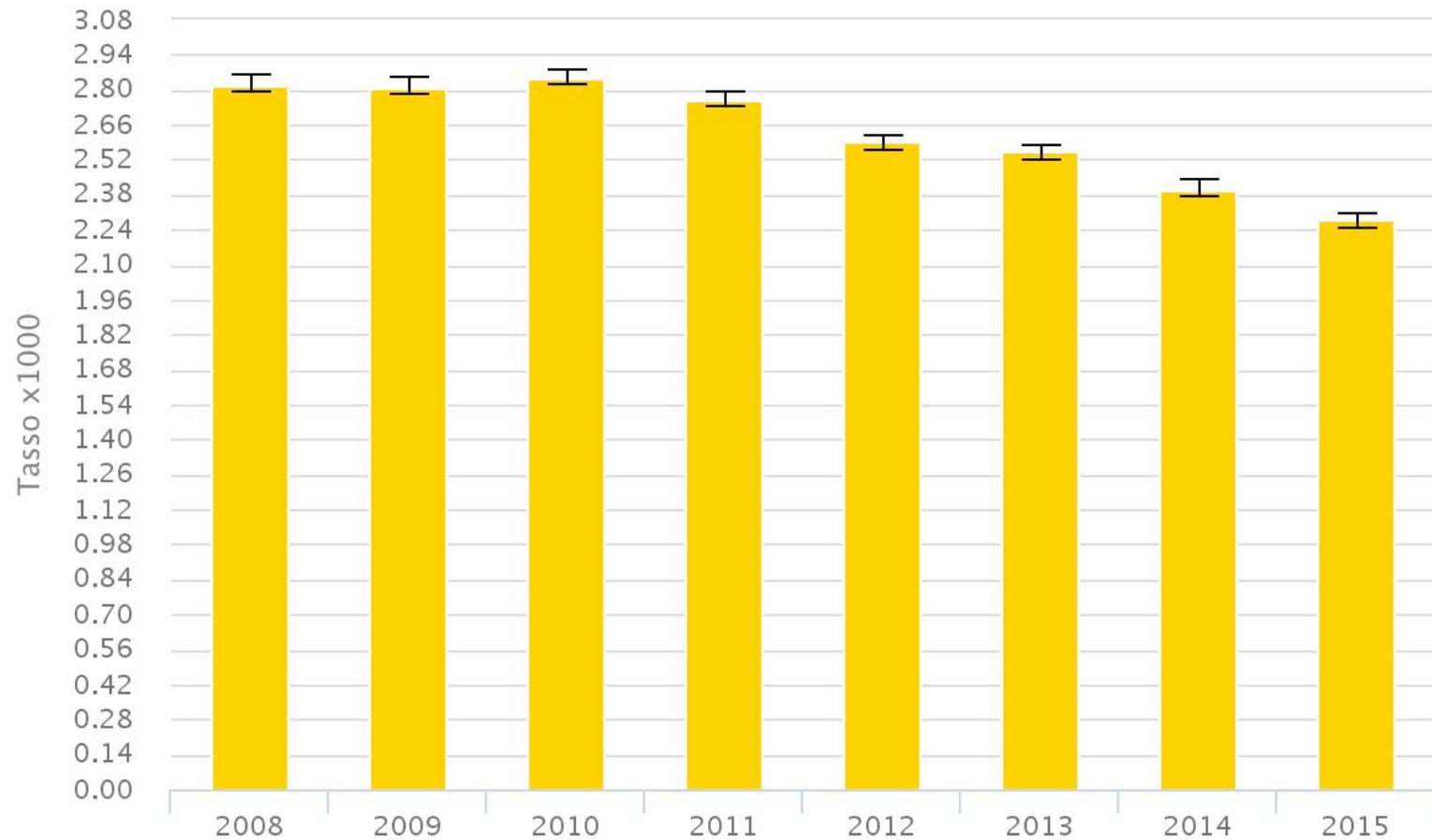
Ospedalizzazione per broncopneumopatia cronica ostruttiva

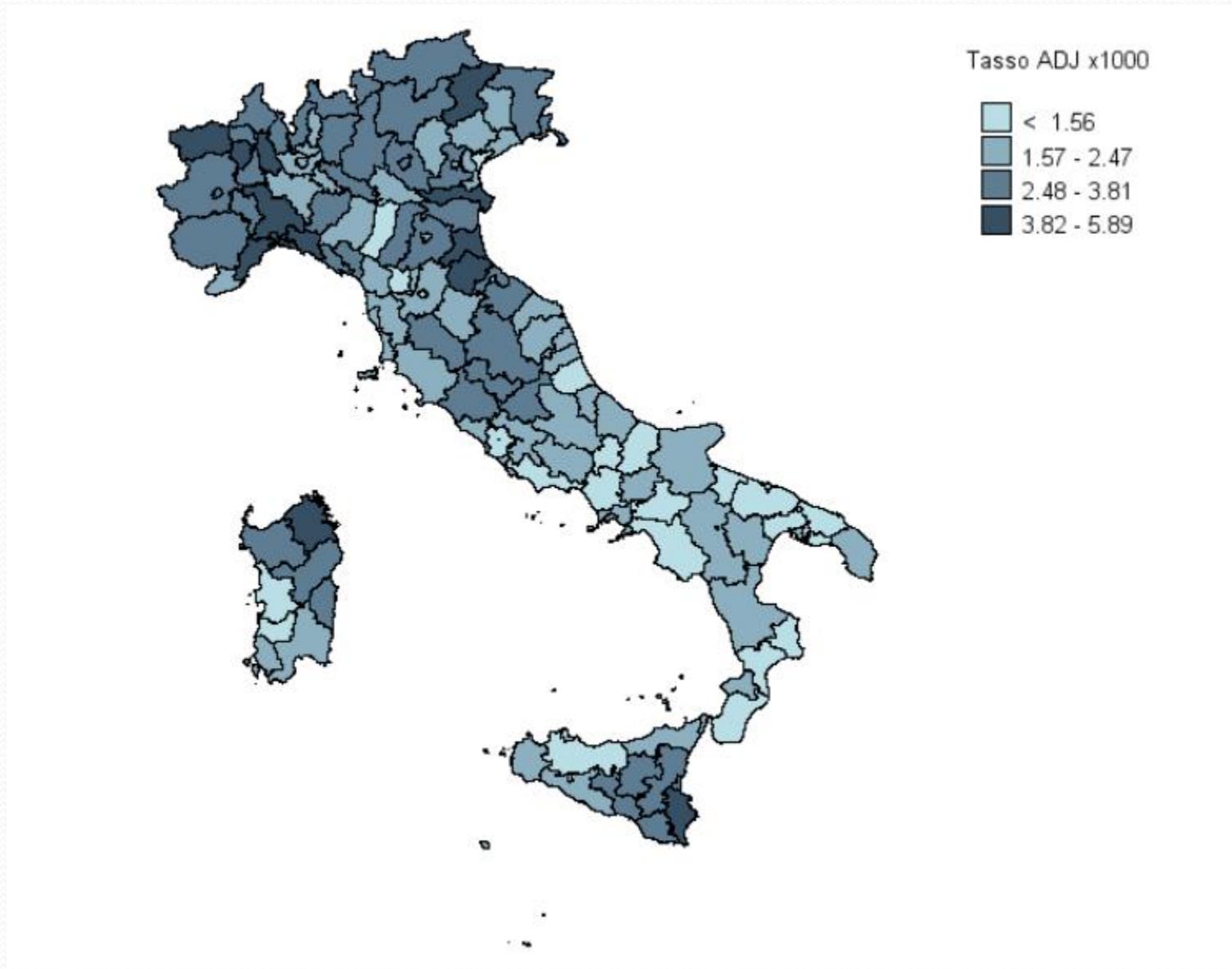




PROGRAMMA NAZIONALE ESITI

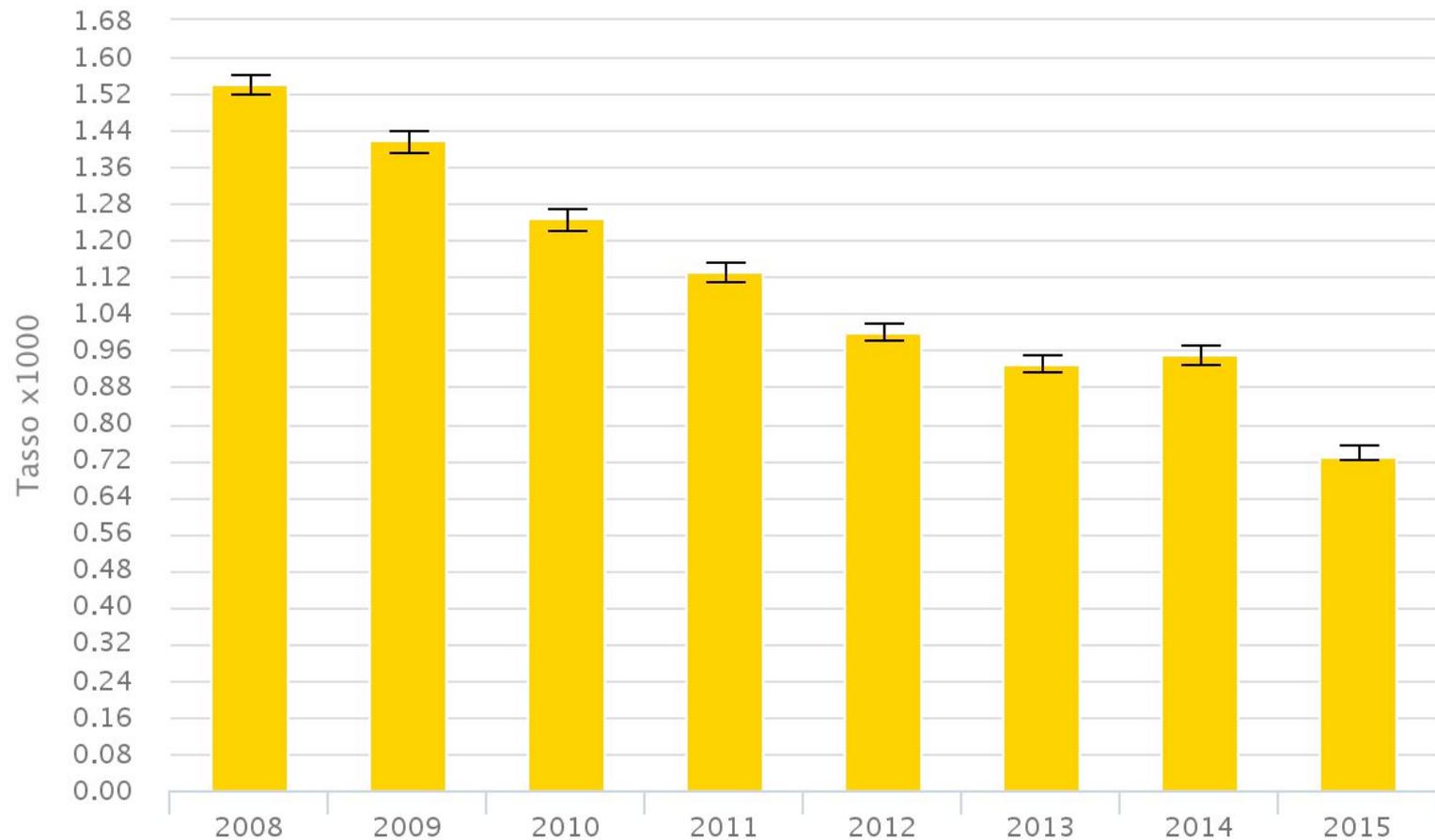
Ospedalizzazione per intervento di tonsillectomia





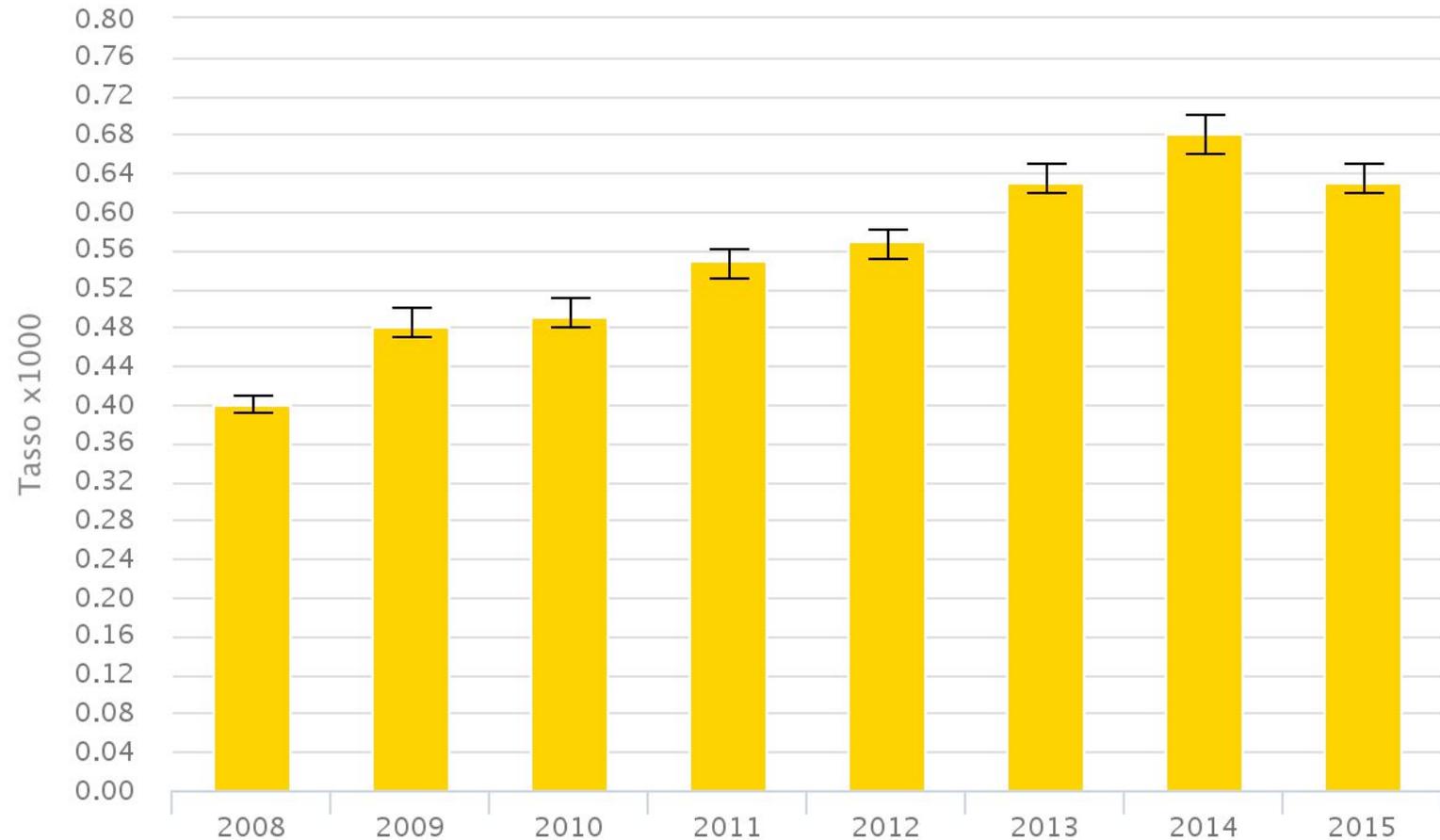
PROGRAMMA NAZIONALE ESITI

Ospedalizzazione per appendicectomia laparotomica



PROGRAMMA NAZIONALE ESITI

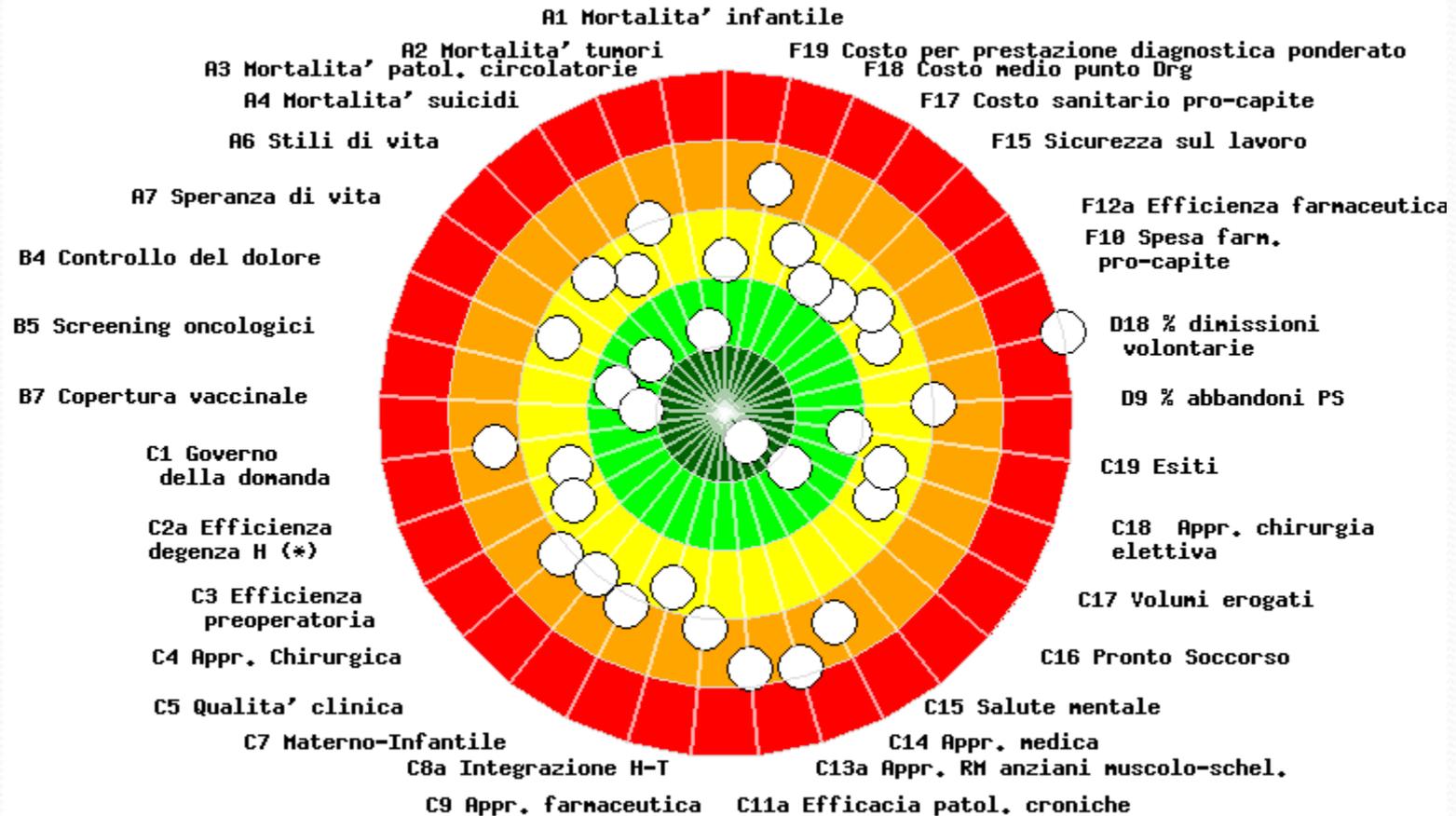
Ospedalizzazione per appendicectomia laparoscopica



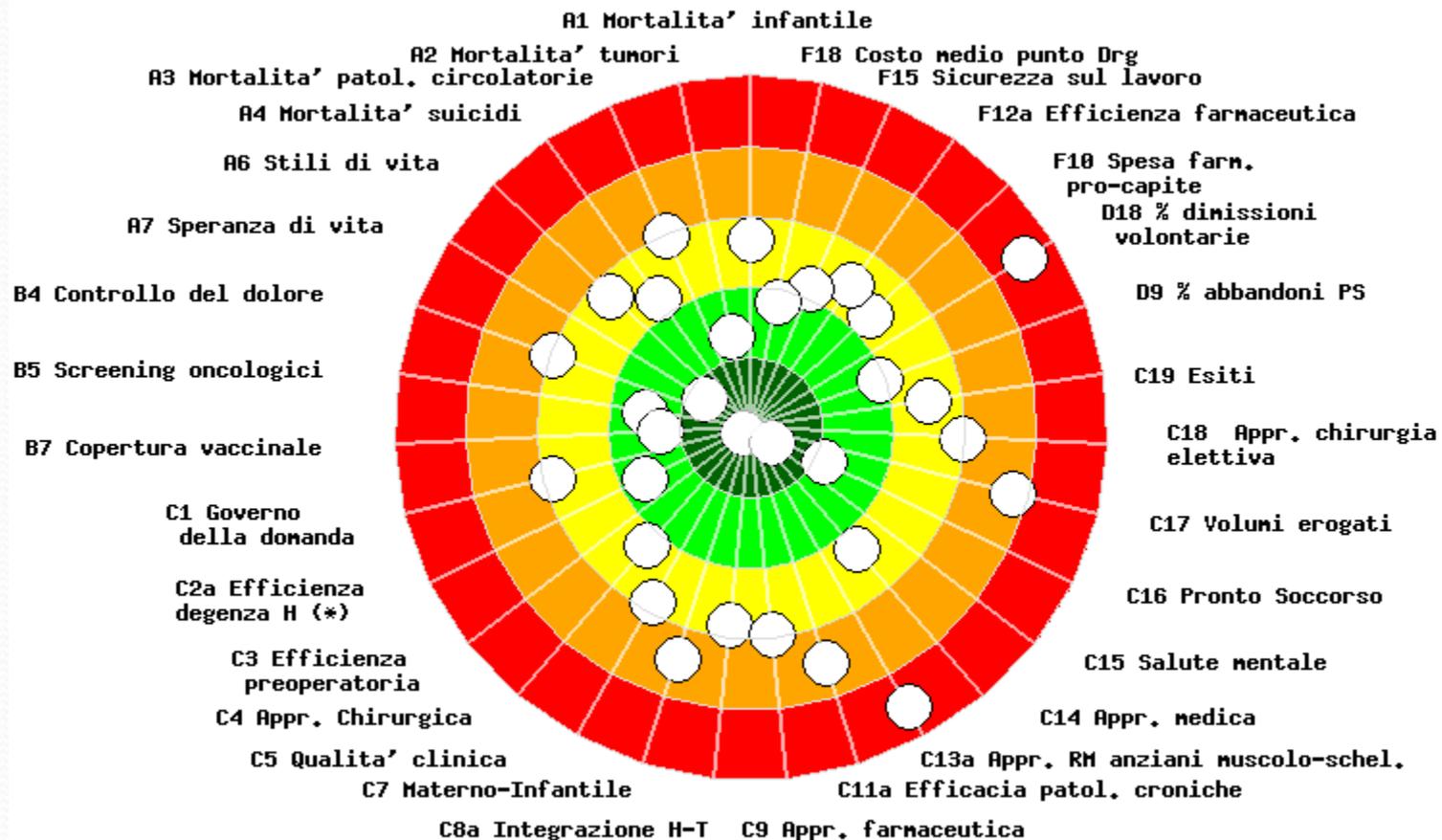


Il Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali risponde all'obiettivo di fornire a ciascuna regione una modalità di misurazione, confronto e rappresentazione del livello della propria offerta sanitaria. Il Sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali è stato attivato nel 2008, attraverso la collaborazione di quattro regioni: Toscana, Liguria, Piemonte ed Umbria. Nell'anno 2010 si sono aggiunte Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano e Marche, nel 2011 la regione Basilicata, nel 2012 la regione Veneto e nel 2014 le regioni Emilia Romagna e Friuli Venezia Giulia. Dal 2015, aderiscono anche le regioni Calabria, Lombardia e Puglia.

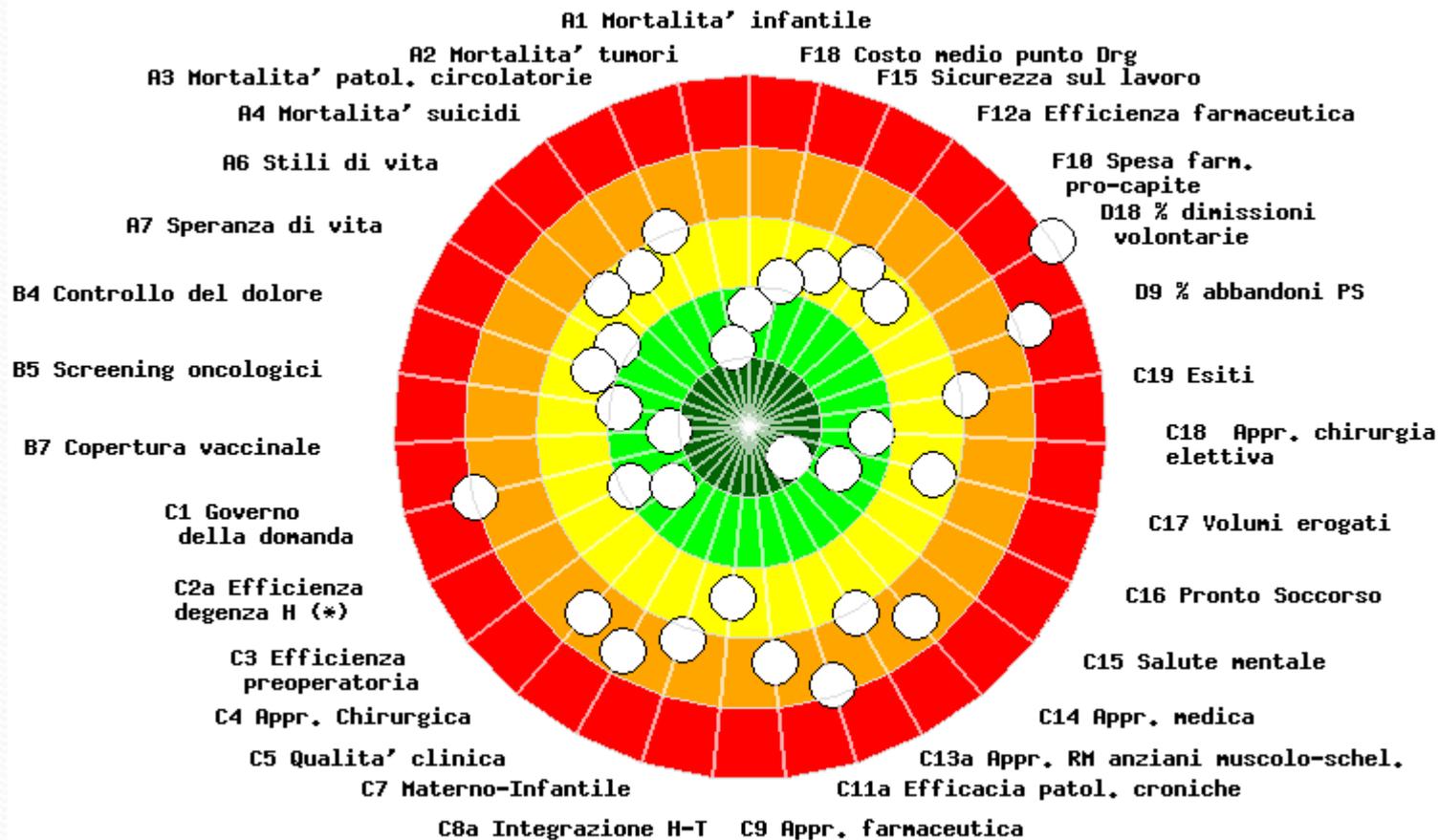
Umbria



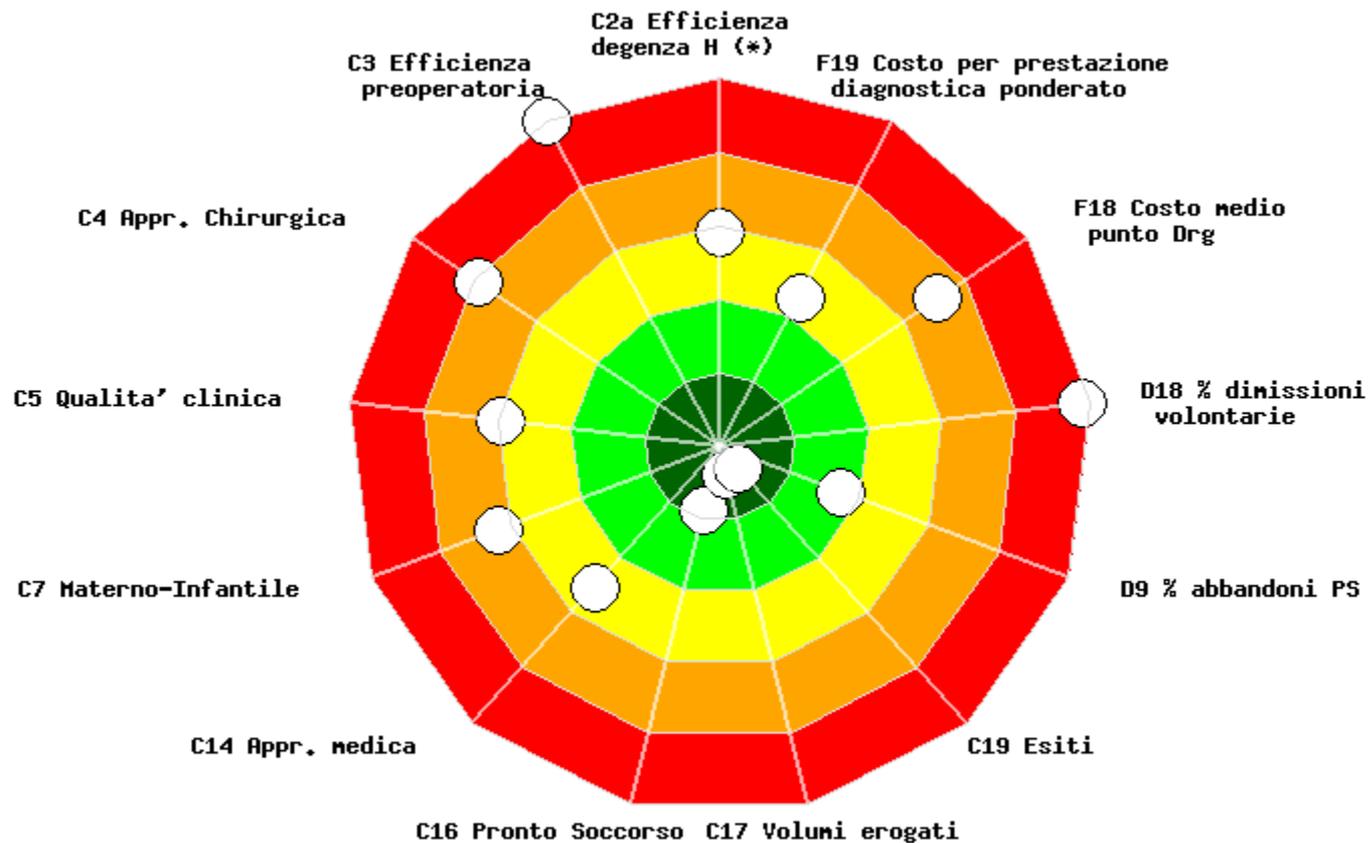
USL Umbria 1



USL Umbria 2



U - AO Perugia



U - AO Terni

