

ECONOMIA SANITARIA

Prof.ssa Elisa Palermo

Università di Bologna e Padova

Opinione degli studenti sulle attività didattiche

Il presente questionario anonimo ha lo scopo di raccogliere l'opinione degli studenti frequentanti rispetto alle attività didattiche erogate dall'Università (così come disposto dalla legge 370/99). Si tratta di uno strumento a disposizione degli studenti per evidenziare i fattori che possono favorire od ostacolare il processo di apprendimento. Le tue opinioni e osservazioni saranno utilizzate ai fini di un continuo miglioramento del processo didattico. I risultati saranno consultabili al seguente indirizzo: www.osservatorioostatistico.unibo.it. Grazie per la tua collaborazione.

La scheda è articolata in due sezioni: la prima (su questo lato della scheda) è dedicata a domande "chiuse" con risposte già stabilite. Per ogni domanda su questo lato della scheda devi annerire completamente il tondino che corrisponde alla tua posizione. Se non sai come rispondere o la domanda non ha senso per l'insegnamento valutato, salta la domanda. Non fare altri segni su questo lato della scheda. La seconda sezione (l'altro lato della scheda) ospita domande "aperte", cui puoi rispondere con parole libe.

Codice del corso di studio a cui sei iscritto/a (compilare secondo le indicazioni di chi ha distribuito la scheda)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

Denominazione del corso di studio (se non esiste un codice per il tuo corso)

UNA SOLA RISPOSTA PER OGNI DOMANDA

1) Anno di iscrizione: 1° in corso 2° in corso 3° in corso 4° in corso 5° in corso 6° in corso fuori corso Studente Erasmus

2) Quanta parte delle lezioni fino ad ora svolte di questo insegnamento, in percentuale, hai frequentato? 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

3) Rispetto alla frequenza media durante le lezioni di questo insegnamento, gli studenti presenti oggi sono...

Molti di meno Un po' di meno Circa lo stesso numero Un po' di più Molti di più

Domande	PIU' NO	PIU' SI	Domande	PIU' NO	PIU' SI	Domande	PIU' NO	PIU' SI	Domande	PIU' NO	PIU' SI
che si	che no	che si	che si	che no	che si	che si	che no	che si	che si	che no	che si
Organizzazione del corso di studio											
4 Il carico di studio complessivo degli insegnamenti ufficialmente previsti in questo anno accademico è accettabile?											
5 L'organizzazione complessiva (orario, esami intermedi e finali) degli insegnamenti ufficialmente previsti in questo anno accademico è accettabile?											
Organizzazione di questo insegnamento											
6 Gli obiettivi ed i programmi sono stati presentati in modo esauriente sin dall'inizio?											
7 Gli orari di svolgimento dell'attività didattica sono rispettati?											
8 Tutte le lezioni che hai frequentato sono state svolte o comunque presidiate dal titolare dell'insegnamento?											
9 Le modalità d'esame sono state definite in modo chiaro?											
10 Il personale docente è effettivamente reperibile per chiarimenti e spiegazioni?											
Attività didattiche e di studio											
11 Le conoscenze preliminari da te possedute sono risultate sufficienti per la comprensione degli argomenti trattati?											
12 Il docente stimola / motiva l'interesse verso la disciplina?											
13 Ritieni che il docente esponga gli argomenti in modo chiaro?											
14 Il carico di studio richiesto da questo insegnamento è proporzionato ai crediti assegnati?											
15 (Solo se hai risposto "decisamente no" o "piu' no che si") I crediti assegnati sono troppi rispetto al carico di studio oppure troppo pochi?											
16 Il materiale didattico (indicato o fornito) è adeguato per lo studio della materia?											
17 Le attività didattiche dedicate alle esercitazioni, ai laboratori, ai seminari, ecc. sono utili ai fini dell'apprendimento? (Se non sono previste tali attività annerire il tondino "non previste")											
Interesse e soddisfazione											
18 Sei interessato agli argomenti di questo insegnamento (indipendentemente da come è stato svolto)?											
19 Sei complessivamente soddisfatto/a di come è stato svolto questo insegnamento?											
20 Sei complessivamente soddisfatto/a del corso di studio al quale sei iscritto/a?											
Rilevazione											
21 Il docente ha attribuito sufficiente importanza al questionario (coè ha fornito le istruzioni e il tempo necessario alla compilazione, ha spiegato lo scopo della rilevazione, ecc.)?											
Infrastrutture											
22 Le aule in cui si svolgono le lezioni sono adeguate (si vede, si sente, si trova posto)?											
23 I locali e le attrezzature dedicate allo svolgimento di esercitazioni, di laboratori, di seminari, ecc. sono adeguati? (Se non sono previste tali attività annerire il tondino "non previste")											



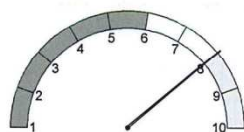
Sezione Frequentanti: Indicatori di sintesi

Questi indicatori si riferiscono agli studenti frequentanti (studenti che hanno frequentato più del 50% delle lezioni nell'anno corrente).
Gli indicatori di sintesi vengono elaborati solo per le attività che presentano più di 5 studenti frequentanti.

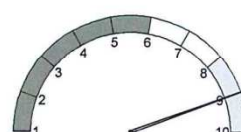
Soddisfazione Complessiva

Risposte al quesito F13: *Complessivamente, quanto si ritiene soddisfatto di come si è svolto il corso?*

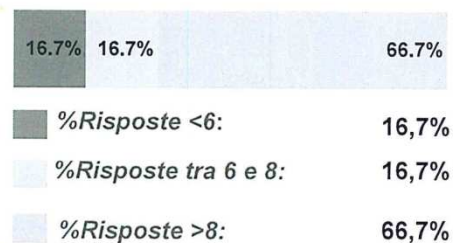
Risposte Valide: 6



MEDIA: 8.00



MEDIANA: 9.00



Indicatore Aspetti Organizzativi

E' composto dalle risposte dei seguenti quesiti:

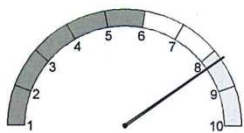
F01- *All'inizio delle lezioni gli obiettivi e i contenuti di questo insegnamento sono stati presentati in modo chiaro?*

F02- *Le modalità d'esame sono state definite in modo chiaro?*

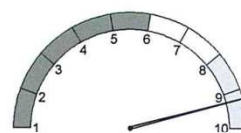
F03- *Gli orari di svolgimento dell'attività didattica sono stati rispettati?*

F09- *Il materiale didattico consigliato è stato adeguato?*

Risposte Valide: 6



MEDIA: 8.25



MEDIANA: 9.25



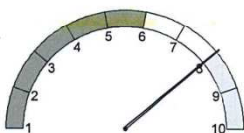
Indicatore Azione Didattica

E' composto dalle risposte dei seguenti quesiti:

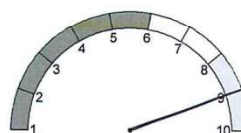
F07- *Il docente ha stimolato/motivato l'interesse verso la disciplina?*

F08- *Il docente ha esposto gli argomenti in modo chiaro?*

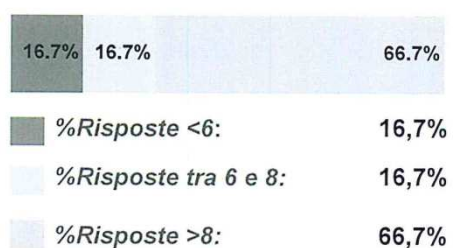
Risposte Valide: 6



MEDIA: 8.00



MEDIANA: 9.00



OBIETTIVI DEL CORSO:

**Dare allo studente la conoscenza del management
nell'ambito sanitario**

● **PROGRAMMA LAUREA TRIENNALE:**

- 1 - L'art. 32 della Costituzione (1.1)**
- 2 - Le caratteristiche dei vari sistemi sanitari (1.1.1)**
- 3 - La legge 833/1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (1.2)**
- 4 - Il DLGS 502/92 (1.3)**
- 5 - Il DLGS 229/99 (1.5)**
- 6 - Il Piano Sanitario nazionale (2.1)**
- 7 - Il Piano Sanitario Regionale (2.2)**
- 8 - Il Piano attuativo locale e le competenze delle AUSL in materia di LEA (2.5)**
- 9 - Il finanziamento (4.1)**
- 10 - I Livelli Essenziali di assistenza (2.3)**
- 11 - Gli organismi nazionali e regionali in materia sanitaria (2.4)**
- 12 - Le AUSL (3.1)**
- 13 - Funzioni e assetto organizzativo (3.2)**

● **PROGRAMMA:**

14 - Le Aziende Ospedaliere e le Aziende Ospedaliere Universitarie (3.3)

15 - IRCSS, IZS, ASP (3.4)

16 - La ragioneria pubblica (4.2)

17 - Gli strumenti di programmazione (4.3)

18 - Contabilità e budget (4.4)

19 - Il Processo di Budgeting (4.4.1)

20 - Il controllo di gestione interno alle Aziende (4.5)

21 - Altri strumenti di controllo della gestione (4.5.1)

22 - L'organizzazione secondo Mintzberg (2.9)

**I libri consigliati per seguire il corso di
Management Sanitario è:**

Organizzazione Aziendale (G.Muratori-E. Palermo) ed. 2015
(eccetto il capitolo 5)

Liberamente scaricabile al link

<http://economiaediritto.jimdo.com/economia/>

A decorative blue graphic element consisting of a thin curved line at the top left that transitions into a thick, solid blue curved shape extending towards the bottom right corner of the slide.

1 - L'articolo 32 della Costituzione (1.1)

ARGOMENTI DELLA LEZIONE

- **LA COSTITUZIONE**
- **L'ART. 32**
- **ALTRI ARTT. DELLA COST. RILEVANTI**
- **L'ART. 3**
- **L'ART. 117**
- **L'ART. 54**
- **L'ART. 97**

LA COSTITUZIONE

La Costituzione è la legge fondamentale dello Stato e rappresenta il vertice della gerarchia delle fonti nell'ordinamento giuridico della Repubblica Italiana.

Contiene i principi fondamentali che tutte le leggi devono rispettare.

Contiene inoltre tutti i valori sul quale si fonda lo Stato, nonché la sua organizzazione

LA COSTITUZIONE

Fra i diversi diritti sociali che la Carta Costituzionale riconosce, caratterizzando il nostro ordinamento come quello di uno Stato democratico sociale, il **diritto alla tutela della salute** è indubbiamente fra i più importanti e sempre attualizzato da normative di settore, per diverse ragioni.

In primo luogo per la sua sfera di competenza e per l'essenza oggettiva che la disposizione costituzionale intende tutelare, ovvero un bene assolutamente primario tra tutti i diritti fondamentali.

In secondo luogo per le vicende istituzionali e legislative che ne hanno interessato il riconoscimento.

Infine perché forse l'unico (comunque sicuramente il primo) ad aver ricevuto un sistema compiuto ed organizzato di attuazione nel più ampio circuito sociale dei servizi alla persona ed alla comunità.

LA COSTITUZIONE

La tutela della salute viene oggi modernamente definita a livello internazionale dall'Organizzazione mondiale della sanità come:

“uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale”

non meramente dunque assenza di malattie o infermità.

Si tratta di una più evoluta ed ampia condizione di armonico equilibrio funzionale, fisico e psichico dell'organismo, dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale.

Una definizione dalla quale si evince che il benessere fisico non è mai solamente una condizione statica ma estremamente mutevole a seconda dei suoi rapporti con l'ambiente naturale e sociale.

L'ART. 32 DELLA COSTITUZIONE

Art 32 Costituzione

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.

L'ART. 32 DELLA COSTITUZIONE

Nell'art. 32 della Costituzione, possono dirsi racchiusi una molteplicità di significati e contenuti:

non solo infatti il diritto all'integrità psico-fisica e a vivere in un ambiente salubre,

ma anche un diritto alle prestazioni sanitarie, alle cure gratuite per gli indigenti

ed infine a non ricevere trattamenti sanitari se non quelli di carattere obbligatorio volti a tutelare non già solo il destinatario, ma soprattutto la collettività, come avviene nel caso delle vaccinazioni o degli interventi effettuati per la salute mentale.

L'ART. 32 DELLA COSTITUZIONE

Ma cosa significa diritto alla tutela della salute come diritto all'integrità psico-fisica e soprattutto come diritto alle prestazioni sanitarie?

E come e con quale copertura finanziaria le Istituzioni assicurano prestazioni sanitarie assistenziali e di prevenzione?

L'ART. 32 DELLA COSTITUZIONE

In una prima fondamentale accezione, la norma contenuta nell'art. 32 della Costituzione è volta a tutelare immediatamente e senza alcuna necessità dell'*interpositio legislatoris*, il diritto all'integrità psico-fisica di ogni individuo.

Si tratta di un diritto inviolabile ed assoluto che comprende un bene primario oggetto di un diritto fondamentale della persona, immediatamente tutelabile ed azionabile sia nell'ambito dei rapporti con i poteri pubblici che nei confronti dei privati.

L'ART. 32 DELLA COSTITUZIONE

A partire dalla nota **Sentenza n. 184 del 1986 sul "danno biologico"**, la Corte Costituzionale riconosce all'art. 32 il fondamento del diritto al risarcimento del singolo che abbia subito lesioni e/o menomazioni della propria **integrità psico-fisica** personale, incluso il cd. DANNO BIOLOGICO.

Da allora le richieste di risarcimento del danno derivante da comportamenti che arrechino molestie al benessere complessivo, sono state oggetto di accoglimento in relazione alla loro tutela risarcitoria.

Il diritto individuale alla salute, in questo senso, si presenta dunque come diritto non degradabile ed assoluto, ossia tutelato dalla Costituzione in modo pieno ed incondizionato nei confronti di chiunque.

L'ART. 32 DELLA COSTITUZIONE

E' sulla lesione della sfera soggettiva tutelata direttamente dall'art. 32 Cost. che si radicano dunque i noti fenomeni di **richieste risarcitorie** nei confronti delle **compagnie assicurative** per danni derivanti da infortunistica stradale.

Ma anche i più singolari casi di alcune sentenze che impongono ad **autorità pubbliche** la cessazione di comportamenti o l'interruzione delle loro attività qualora, seppur volte ad un interesse della collettività generale, comportino l'inammissibile compressione dello stato di salute del singolo.

Il diritto alla salute infatti - nelle diverse fattispecie giurisprudenziali - finisce sempre per prevalere rispetto ad ogni altro obiettivo in rilievo.

A maggior ragione, secondo la Corte Costituzionale, la garanzia del diritto alla salute come diritto di libertà ha determinato l'incostituzionalità di leggi che impedivano ai singoli un'adeguata difesa dello stesso, anche sotto il profilo risarcitorio o indennitario in caso di lesione.

L'ART. 32 DELLA COSTITUZIONE

Oltre al riconoscimento della tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività **la disciplina costituzionale prevede anche un diritto alle prestazioni sanitarie.**

Questo diritto significa di contralto, il dovere per tutti i livelli istituzionali della Repubblica di porre in essere le condizioni strutturali attraverso le quali assicurare un'effettiva tutela della salute nei confronti degli individui.

L'ART. 32 DELLA COSTITUZIONE

Ma se abbiamo visto che nella sua prima accezione il diritto alla tutela della salute non necessita di alcun intervento diretto e positivo delle Istituzioni, volto alla sua tutela, il secondo valore riconosciuto a questo fondamentale diritto implica invece per lo Stato (e le Regioni, ma non solo) l'obbligo di:

- acquisire le risorse
- predisporre i mezzi ed i beni
- reclutare il personale
- costruire gli ospedali
- organizzare e rendere effettivo il servizio di assistenza e prevenzione sanitaria, intervenendo per mezzo della sua regolazione e programmazione e con compiti amministrativi "attivi" e strumentali all'erogazione di interventi concreti.

L'ART. 32 DELLA COSTITUZIONE

In ciò l'articolo 32 della Costituzione si presenta quale elemento unificante del sistema poiché, pur a fronte delle più recenti ipotesi di differenziazione organizzativa dei modelli sanitari, esso viene a rappresentare un'ineludibile garanzia per gli utenti, che formula la necessità di interventi ai quali le Istituzioni competenti non si potranno sottrarre.

L'ART. 32 DELLA COSTITUZIONE

Inteso come diritto sociale, ossia come pretesa positiva nei confronti del potere pubblico ad ottenere prestazioni sanitarie, che la legislazione successiva articolerà poi in prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione, il **diritto soggettivo** fondamentale e l'**interesse legittimo** della collettività alla tutela della salute, prefigurano dunque un servizio pubblico obbligatorio, prendendo le mosse dal principio di uguaglianza sostanziale di cui all'**art. 3, II° comma Cost.**, che impone alla Repubblica il compito

«di rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese».

L'ART. 32 DELLA COSTITUZIONE

Da una concezione dell'articolo 32 della Costituzione come norma meramente "programmatica", per molto tempo rimasta inattuata, si è passati col tempo ad un riconoscimento del diritto in termini pieni ed esaustivi, illimitati ed assoluti.

Tuttavia a tale ampliamento della portata giuridica del diritto fondamentale non ha potuto di fatto fare seguito un proporzionale aumento della sua garanzia da parte dello Stato, seppur sempre riconosciuta a livello costituzionale.

E così è emersa la necessità di inquadrare il diritto alla tutela della salute come "**diritto finanziariamente condizionato**" e riconoscibile nell'ambito di un ragionevole bilanciamento con altri interessi costituzionali rilevanti, tra i quali emerge il contenimento della spesa pubblica, implicitamente affermato dall'art. 97 della Costituzione sul buon andamento della p.a.

L'ART. 32 DELLA COSTITUZIONE

ALTRI ARTICOLI DELLA COSTITUZIONE RILEVANTI AI FINI DEL CORSO:

- ✓ **Art. 3 costituzione**
- ✓ **Art. 117 costituzione**
- ✓ **Art. 54 costituzione**
- ✓ **Art. 97 costituzione**

L'ART. 3 DELLA COSTITUZIONE

Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.

E' compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.

L'ART. 117 DELLA COSTITUZIONE

La potestà legislativa è esercitata dallo Stato e dalle Regioni nel rispetto della Costituzione, nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali.

Lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie:

(...)

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

(...)

L'ART. 117 DELLA COSTITUZIONE

(...)

Sono materie di legislazione concorrente quelle relative a:

(...)

tutela della salute;

Alimentazione;

(...)

Nelle materie di legislazione concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato.

L'ART. 117 DELLA COSTITUZIONE

(...)

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

(...)

Le leggi regionali rimuovono ogni ostacolo che impedisce la piena parità degli uomini e delle donne nella vita sociale, culturale ed economica e promuovono la parità di accesso tra donne e uomini alle cariche elettive

(...)

L'ART. 54 DELLA COSTITUZIONE

Tutti i cittadini hanno il dovere di essere fedeli alla Repubblica e di osservarne la Costituzione e le leggi.

I cittadini cui sono affidate funzioni pubbliche hanno il dovere di adempierle con disciplina ed onore, prestando giuramento nei casi stabiliti dalla legge.

L'ART. 97 DELLA COSTITUZIONE

Le pubbliche amministrazioni, in coerenza con l'ordinamento dell'Unione europea, assicurano l'equilibrio dei bilanci e la sostenibilità del debito pubblico.

I pubblici uffici sono organizzati secondo disposizioni di legge, in modo che siano assicurati il buon andamento e l'imparzialità dell'amministrazione.

Nell'ordinamento degli uffici sono determinate le sfere di competenza, le attribuzioni e le responsabilità proprie dei funzionari.

Agli impieghi nelle pubbliche amministrazioni si accede mediante concorso, salvo i casi stabiliti dalla legge.

I modelli dei sistemi sanitari



La salute in tutto il mondo è al primo posto tra *i valori di riferimento* delle comunità. Nella nostra epoca più che mai, quella di garantire un livello di salute adeguato ai propri cittadini è considerata una delle funzioni primarie di ogni Stato ma anche, al tempo stesso, uno dei problemi di maggiore complessità.

A questo problema paesi diversi danno risposte diverse, a seconda della loro identità culturale, storia, economica e a seconda delle decisioni che i governanti di volta in volta prendono.

Tipologie di Sistema Sanitario



Modello Mutualistico

Otto Von Bismark (1815 – 1898)

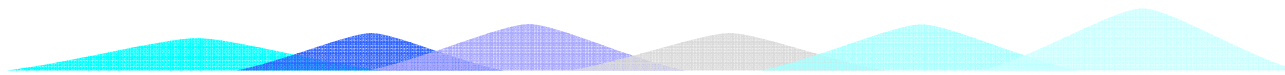


Modello Privatistico Previdenziale



Modello Universalistico

William Henry Beveridge (1879 – 1963)



Il Modello Mutualistico - Bismark

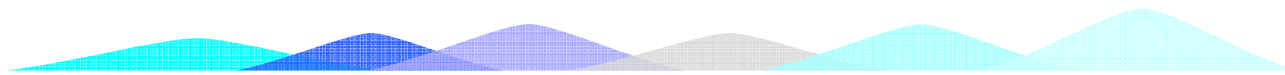


Contesto Storico ed evoluzione del modello



Nel 1871 nasce l'Impero Tedesco a cui segue un periodo caratterizzato da una forte paura da parte delle monarchie europee verso la rivoluzione francese. Il nazionalismo tedesco passa rapidamente da un carattere liberale e democratico ad uno più autoritario con l'elezione a primo Kaiser di Otto von Bismark.

Nasce quello che all'epoca era il sistema welfare più avanzato al mondo. Un modello che fece scuola, fin dagli inizi del XX secolo, adottato in molto paesi industrializzati.



Il modello Bismark

Principali Caratteristiche e Geografia



Finanziamento

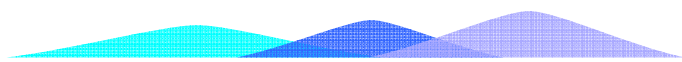
- A contribuzione mista obbligatoria: lavoratori / datori di lavoro
- Esistenza di diversi istituti (casce professionali, enti pubblici) che raccolgono i contributi e li utilizzano per remunerare le prestazioni ambulatoriali, diagnostiche ed ospedaliere, erogate dalle strutture sanitarie ai loro assicurati o aderenti

Assegnazione e gestione risorse

- La gestione dei fondi viene esercitata da agenzie no profit costituite ad hoc che negoziano e contrattano, per i servizi da fornire, con i fornitori/produitori di tali servizi;
- I fondi sono suddivisi per categoria occupazionale e spesso anche per ripartizione geografica

Ruolo dello Stato

- Svolge primariamente la funzione di erogazione del sistema sanitario;
- Partecipa all'erogazione del servizio con strutture proprie
- Regolamenta sia gli enti finanziatori che gli eventuali erogatori del servizio;
- Assicura la copertura assistenziale a coloro che non sono iscritti nei fondi assicurativi occupazionali;
- Può stabilire dei livelli di reddito oltre i quali non è obbligatoria o esclusa l'iscrizione a un fondo (si ricorre in questo caso ad assicurazione private)



Modello Universalistico - Beveridge



Contesto Storico ed evoluzione del modello



Nell'800 lo scenario della sanità pubblica in UK è disastroso, pessime condizioni di vita ed elevatissima mortalità per malattie. Nasce la consapevolezza che la malattia è anche un danno sociale e che vanno combattute le cause che la determinano.



1848

Viene approvata la **Public Health Act**, legge che darà vita ad un servizio nazionale di sanità pubblica, con costituzione di Comitati locali di Sanità con il compito di nominare medici esclusivamente dedicati alla sanità pubblica.



1942

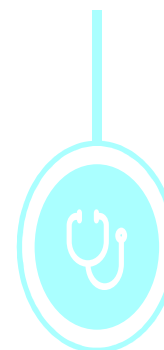
Viene presentato il Beveridge Report all'interno di un complesso piano di interventi statali nel campo dell'istruzione, e del lavoro, con la proposta di istituire un servizio sanitario nazionale (National Health Service)

1800 -
1900



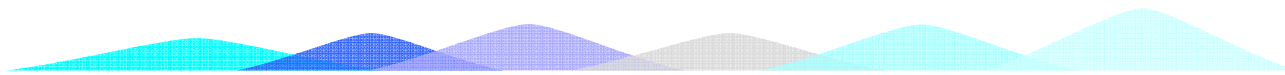
1939

Nel 1939 Beveridge riceve l'incarico da Wiston Churchill di ridisegnare l'intero sistema del welfare state britannico.



1948

Il 5 luglio nasce ufficialmente il National Health Service.



Il modello Beveridge

Principali Caratteristiche e Geografia



Finanziamento

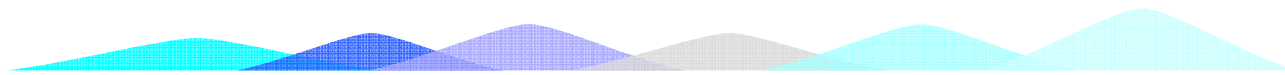
- Attraverso la tassazione generale lo Stato finanzia direttamente le strutture e pertanto assegna loro le risorse per l'operatività.

Assegnazione e gestione risorse

- I servizi vengono gestiti ed erogati principalmente da enti pubblici
- Le strutture sanitarie operano sulla base del budget a loro affidato


Ruolo dello Stato


- Lo Stato regola ed eroga i servizi
- Le strutture sanitarie sono di proprietà statale
- Lo stato può stabilire contratti con operatori privati, per l'erogazione dei servizi.



Il Modello Privatistico Previdenziale – Modello Americano

CENNI STORICI 1/4

- **1912 t. Roosevelt:** propone uno schema pubblico di assicurazione sanitaria obbligatoria basato sul modello bismark,  un sistema completamente privato.
- **1935 f. Roosevelt:** emana la prima legge americana di protezione sociale, il *Social Security Act* che introduce un'indennità di disoccupazione e le pensioni di anzianità, sussidi per i disabili e per le famiglie con figli a carico; inoltre avanza un progetto di assicurazione universale obbligatoria che viene però eliminato

 Definitiva divaricazione tra le politiche sanitarie europee ed americane.

Partono le prime iniziative a livello comunitario e di impresa basate su forme di assicurazione volontaria.

Il Modello Privatistico Previdenziale – Modello Americano

CENNI STORICI 2/4

- **1946 Truman:** manifesta l'intenzione di istituire un'assicurazione sanitaria obbligatoria.
- **1963 J. F. Kennedy:** preannuncia il piano che garantisce la copertura sanitaria gratuita ai cittadini anziani.
- **1965 Johnson:** attiva la proposta di Kennedy e fa diventare operativi i pilastri della sanità americana '*medicare*' e '*medicaid*'.
- **Anni '70 Nixon e Ford:** istituiscono il *professional standards review organizations*, per vegliare sui costi delle prestazioni sanitarie e contenere la spesa.

Il Modello Privatistico Previdenziale – Modello Americano

CENNI STORICI 3/4

- **1973 Nixon:** istituisce la *health maintenance organization* (organizzazioni no profit) caratterizzata da piani prepagati di assistenza medica per gli iscritti.

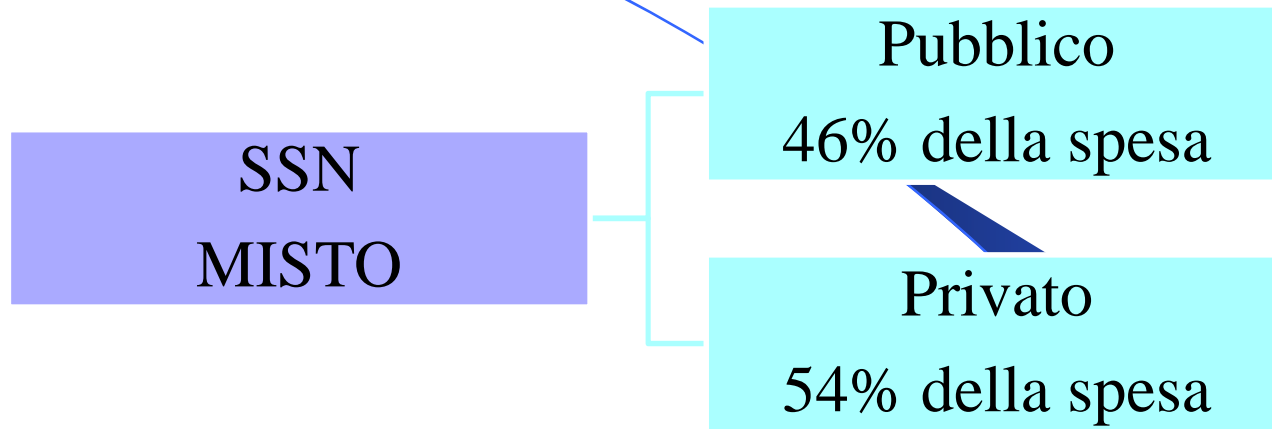
➡ **Anni 80'** si trasformano in organizzazioni for-profit quotate in borsa: le **assicurazioni private** divengono l'emblema di un sistema sanitario inefficiente e profondamente discriminatorio.

- **1980 Carter:** propone di estendere “medicare e medicaid”, limitare l'aumento dei costi degli ospedali ed obbligare le imprese a fornire un'assicurazione obbligatoria ai dipendenti, per mancanza di fondi.

Il Modello Privatistico Previdenziale – Modello Americano

CENNI STORICI 4/4

- **1993 Clinton:** con l'*health security act* propone di dotare tutti i cittadini americani di una polizza sanitaria, ricavando i fondi da accordi tra governo e compagnie assicurative per controllare e riequilibrare il mercato. Il progetto naufraga.
- **2010 Obama:** con il *patient protection and affordable care act* (obamacare) che amplia il numero degli aventi diritto ai programmi medicare e medicaid, introduce il principio di assicurazione obbligatoria finanziata con sussidi ai datori di lavoro e ai singoli.
- **2015 Trump:** propone l'abrogazione dell'obamacare.



○ Nessuna assicurazione universale

○ Tra i più costosi del mondo

LA POPOLAZIONE



SANITA' PUBBLICA

MEDICARE anziani e disabili

MEDICAID poveri (red <11940\$)

STATE CHILDREN'S HEALTH
INSURANCE PROGRAM

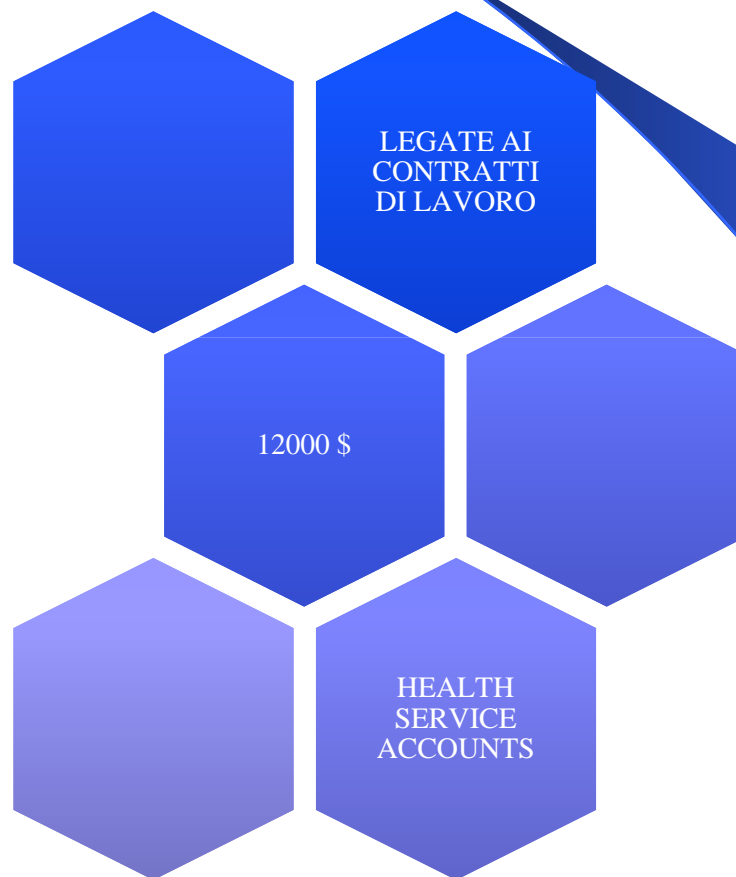
VETERANS ADMINISTRATION

TRICARE / MEDICAL CORPS

NATIVI AMERICANI

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH

ASSICURAZIONI PRIVATE



NON ASSICURATI

MINORANZE
ETNICHE

REDDITO BASSO O
MEDIO-BASSO

GIOVANI ADULTI
TRA 18-24 ANNI

FAMIGLIE CON
REDDITO <25000\$

DIPENDENTI
PICCOLE AZIENDE

RETE DI SICUREZZA

EMERGENCY
MEDICAL
TREATMENT

CLINICHE AD
ACCESSO
LIBERO

CENTRI
SANITARI
COMUNITARI

PAGAMENTI
A MEDICI ED
OSPEDALI A
TARIFE
RIDOTTE

ALTRE
STRUTTURE

SISTEMA DI TIPO PRIVATISTICO ASSICURATIVO



Le strutture mediche e ospedaliere, anche se private, hanno comunque l'obbligo di fornire i trattamenti medici di emergenza indipendentemente dalla capacità di pagamento dell'assistito.

PATIENT PROTECTION AND AFFORDABLE CARE ACT (OBAMACARE – 2010)

Divieto di negare l'assicurazione a soggetti che si ammalano o che hanno determinate patologie

Divieto di mettere un tetto di spesa alle cure

Incentivi fiscali per i cittadini al fine di acquistare una polizza sanitaria

Sanzioni per il cittadino che non acquista una polizza assicurativa

Ampliamento dei soggetti coperti dalla tutela del Medicaid

Obbligo per i datori di lavoro con più di 50 lavoratori di contribuire alle spese per le assicurazioni

I figli sono coperti dall'assicurazione familiare fino al 26° anno

L'Italia

L'evoluzione del percorso sanitario in Italia



Dal modello Bismark al modello Beveridge

Nel nostro Paese la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività, prevista dall' art. 32 della Costituzione è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà umana, attraverso il Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

L'Italia è stato l'unico tra tutti i Paesi Europei ad aver cambiato nel corso del ventesimo secolo il proprio modello welfare sanitario, transitando dal sistema di tipo Bismark a quello di tipo Beveridge.

La trasformazione venne avviata con la legge 23 dicembre 1978, n.883, "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale".

Prima del 1978

1 **Gli enti Ospedalieri**

2 **Gli Enti Mutualistici**

Gestivano l'assicurazione obbligatoria per malattia per ampie fasce della popolazione, suddivise per categorie occupazionali.

3 **L'igiene Pubblica**

Affidata alle Amministrazioni Comunali con il coordinamento delle Province e la guida del Governo nazionale.



Le riforme del Sistema Sanitario Nazionale

L. 833/1978



Legge istitutiva del SSN

D.lgs. 502/1992



Decreti della I° RIFORMA
DI RIORDINO

D.lgs. 517/1993



Decreto della II° RIFORMA
DI RAZIONALIZZAZIONE

D.lgs. 229/1999

La nascita del Sistema Sanitario Nazionale in Italia

Sembra incredibile, ma in Italia, fino alla prima costituzione del **Sistema Sanitario Nazionale** il diritto alla salute **non** era garantito a tutti i cittadini. L'attuale sistema sanitario di natura pubblica nasce solo nel 1978 con appunto la **legge 833/78**.

Precedentemente al **23 dicembre 1978 con la legge n.833**, l'erogazione dei servizi sanitari si basava sulle cosiddette "mutue", associazioni mutualistiche di diverse categorie di professionisti (diverse per ogni professione) che in cambio di una retta periodica garantivano il sostegno economico, nel caso di infermità, al lavoratore o alla sua famiglia. Una sorta di assicurazione sanitaria privata.

La nascita del Sistema Sanitario Nazionale in Italia – Le prime mutue

Sistema che *non funzionò* per molto tempo. Le mutue non riuscivano a garantire sempre e comunque il pagamento delle rette di degenze in tempo, soprattutto in seguito ad un aumento considerevole di ricoveri, un'inadeguata azione di contrasto dei ricoveri impropri ed un uso eccessivo dei tempi di degenza a scopi lucrativi (da parte degli ospedali).

In breve tempo queste associazioni affrontarono **una grave crisi finanziaria** che di riflesso si abbatté sugli ospedali e quindi sugli assistiti. Per questo motivo lo Stato decise con un decreto legge, **la n. 386 del 17 agosto 1974**: “*Norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri*”, di accollarsi tutti i debiti delle mutue ed assorbirne la funzione sanitaria.

In seguito, da lì ai tre anni successivi, sciolte le rimanenti amministrazioni delle mutue non ancora fallite, lo Stato si apprestò ad amministrare la Sanità del territorio italiano al fine di garantire un servizio sanitario pubblico, a tutti i cittadini.

La nascita del Sistema Sanitario Nazionale in Italia

- Con la L. 833/1978 nasce così una riorganizzazione del servizio sanitario totale, dalla capillarizzazione territoriale fino alla punta dei vertici decisionali. Un inquadramento organizzato di tutte le strutture e del personale al fine di creare un sistema efficiente, che in nome dei principi di **dignità, salute, equità, appropriatezza ed economicità**, potesse distribuire servizi sanitari in maniera uniforme su tutto il territorio italiano.
- Ciò che rese questa riforma sanitaria avveniristica, quantomeno ai tempi, fu il cambio di paradigma: oltre all'aspetto curativo e terapeutico, considerato come unico obiettivo fondamentale fino ad allora, assunsero estrema rilevanza per la gestione della **sanità comunale** la **PROMOZIONE** (oggi **prevenzione**), il **MANTENIMENTO** (oggi **cura**) e il **RECUPERO** (oggi **riabilitazione**).

La nascita del Sistema Sanitario Nazionale in Italia

I nuovi principi di Prevenzione e Riabilitazione

La **prevenzione** entra in gioco in quanto strumento efficace per prevenire il costo della spesa sanitaria: prevenire l'obesità con educazione primaria costa decisamente meno che curare un paziente diabetico vita natural durante.

La **riabilitazione** poiché un individuo malato non contribuisce alla crescita socio-economica del paese, mentre un cittadino sano ha la possibilità di svolgere la sua funzione, qualsiasi essa sia (non è previsto l'obbligo di un impiego ma il dovere morale di partecipare alla vita pubblica).

La Riforma Sanitaria Legge 833/78

La legge istitutiva del SSN è una legge quadro che istituiva 3 livelli di governo della sanità (Stato, Regione e Comuni) e fissava obiettivi e principi che dovevano essere completati da una serie di adempimenti di tipo legislativo ed amministrativo (Piano Sanitario Nazionale, stato giuridico del personale, definizione del bacino di utenza ed organizzazione).

La Riforma Sanitaria Legge 833/78

L'organigramma organizzativo - Si suddivisero le competenze legislative tra Stato, Regioni e Comuni:

- *Stato*

Ha compiti di indirizzo e coordinamento delle Regioni in materia sanitaria, esercitati con il Piano Sanitario Nazionale e mediante delibere del Consiglio dei Ministri in seguito a proposte del Ministero. Il Ministero della Sanità si occuperà di programmazioni, determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e dei requisiti minimi che devono possedere i vari profili professionali degli operatori sanitari.

- *Regioni*

Possono legiferare in materia secondo le proprie competenze e nel rispetto dei principi legislativi statali, definendo i **livelli essenziali regionali**. Esercitano le funzioni sanitarie proprie o a loro delegate.

- *Comuni e Unità Sanitarie Locali*

“Sono attribuite ai comuni tutte le funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera che non siano espressamente riservate allo Stato ed alle Regioni.”

I **Comuni** sono i titolari del servizio, che pesa sui loro bilanci.

Le **USL** erano strutture operative dei Comuni, atte a produrre ed erogare servizi sanitari, le effettive risorse impiegate per la tutela della salute del cittadino: i presidi, i servizi, e gli uffici di un dato Comune, associazione di Comuni, o comunità territoriale. Le USL quindi vennero suddivise in Distretti Sanitari di Base, ovvero strutture tecnico-funzionale che erogavano i servizi sanitari sul territorio. Erano governate da organi politici. Assorbono tutti gli ospedali creati dalla Legge Mariotti (L. 132/1968)

La Riforma Sanitaria Legge 833/78

I principi che regolano il SSN sono:

- UNIVERSALITA' (non più la disparità del sistema mutualistico)
- UGUAGLIANZA (compartecipazione per fasce di reddito e sanità aperta a tutti)
- GLOBALITA' (welfare – prevenzione e riabilitazione)

La Riforma Sanitaria Legge 833/78

Estensione dell'assistenza Sanitaria a tutti i cittadini

(passaggio Bismarck-Beveridge)

Rispetto della dignità e della libertà della persona

In ossequio ai principi costituzionali (Cost. art 32, ma anche 2 e 3)

La Riforma Sanitaria Legge 833/78

Unicità dell'intervento: tutti gli interventi svolti prima in modo autonomo e disarticolato ora vengono unificati in un unico organismo: l'**USL (Unità Sanitaria Locale)** che era il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei Comuni che, per singolo territorio, avevano la competenza della gestione degli interventi sanitari: assistenza ospedaliera, attività igienistiche, di igiene ambientale, di assistenza di base (territorio).

Decentramento: in ogni territorio comunale veniva individuata una USL per la garanzia gli interventi sanitari.

Globalità: l'USL è responsabile dei vari momenti della sicurezza sanitaria dalla **prevenzione**, alla **cura** alla **riabilitazione**.

Prima della riforma 833/78

Era costituita da diversi servizi autonomi, amministrati da Enti/Istituzioni distinte, senza alcun momento di integrazione

Province

- Ospedali psichiatrici
- Centro Igiene Mentale
- Consorzio antitubercolare
- Lab. Igiene e Profilassi

Comune

- Uff. Sanitario Igiene
- Condotte Mediche
- Condotte Ostetriche

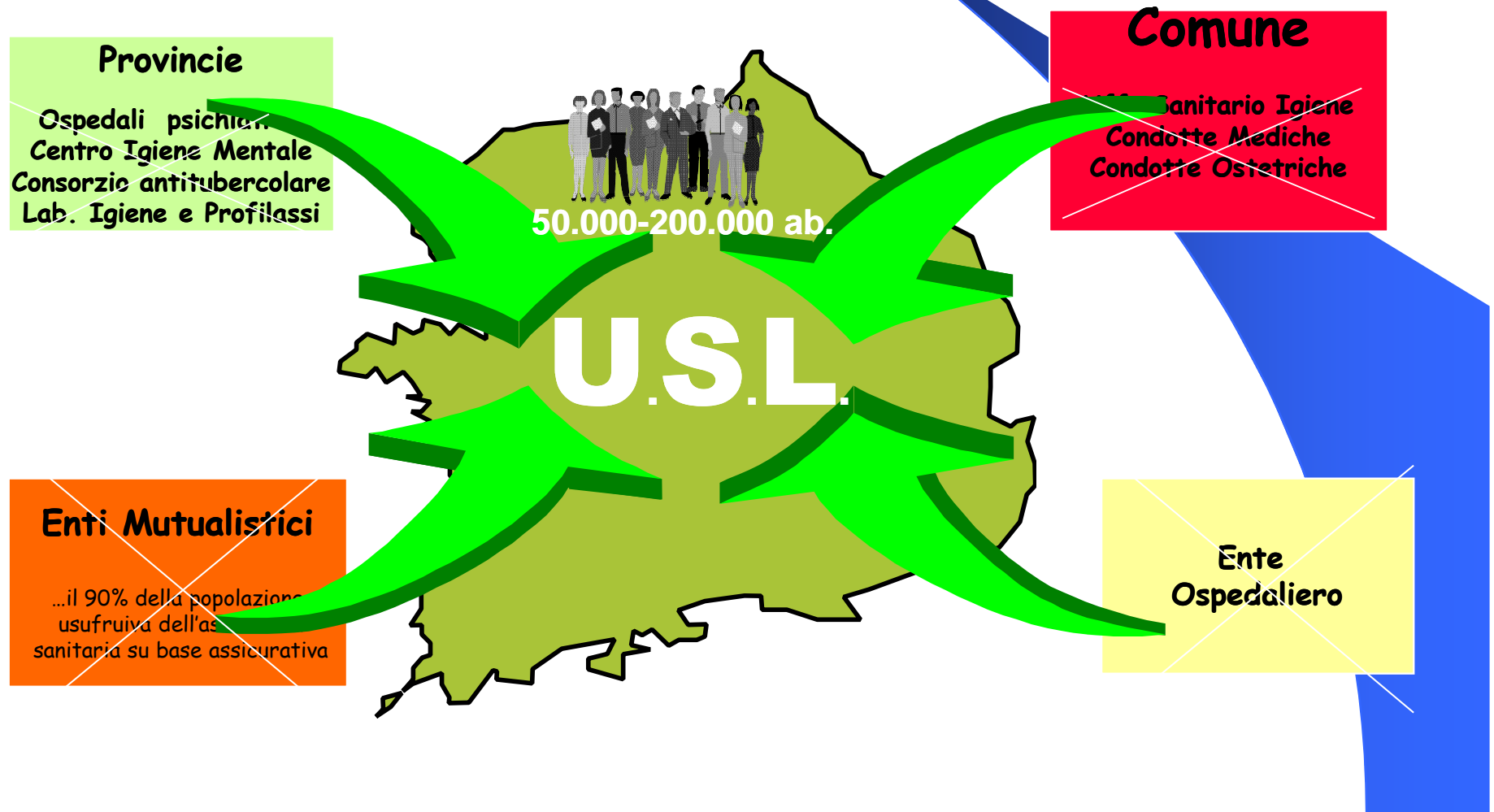
Enti Mutualistici

...il 90% della popolazione usufruiva dell'assistenza sanitaria su base assicurativa

Ente Ospedaliero

La Riforma Sanitaria Legge 833/78

Attribuisce all'U.S.L. l'erogazione delle prestazioni riconoscendole la competenza di gestione di tutti gli interventi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione



La Riforma Sanitaria Legge 833/78

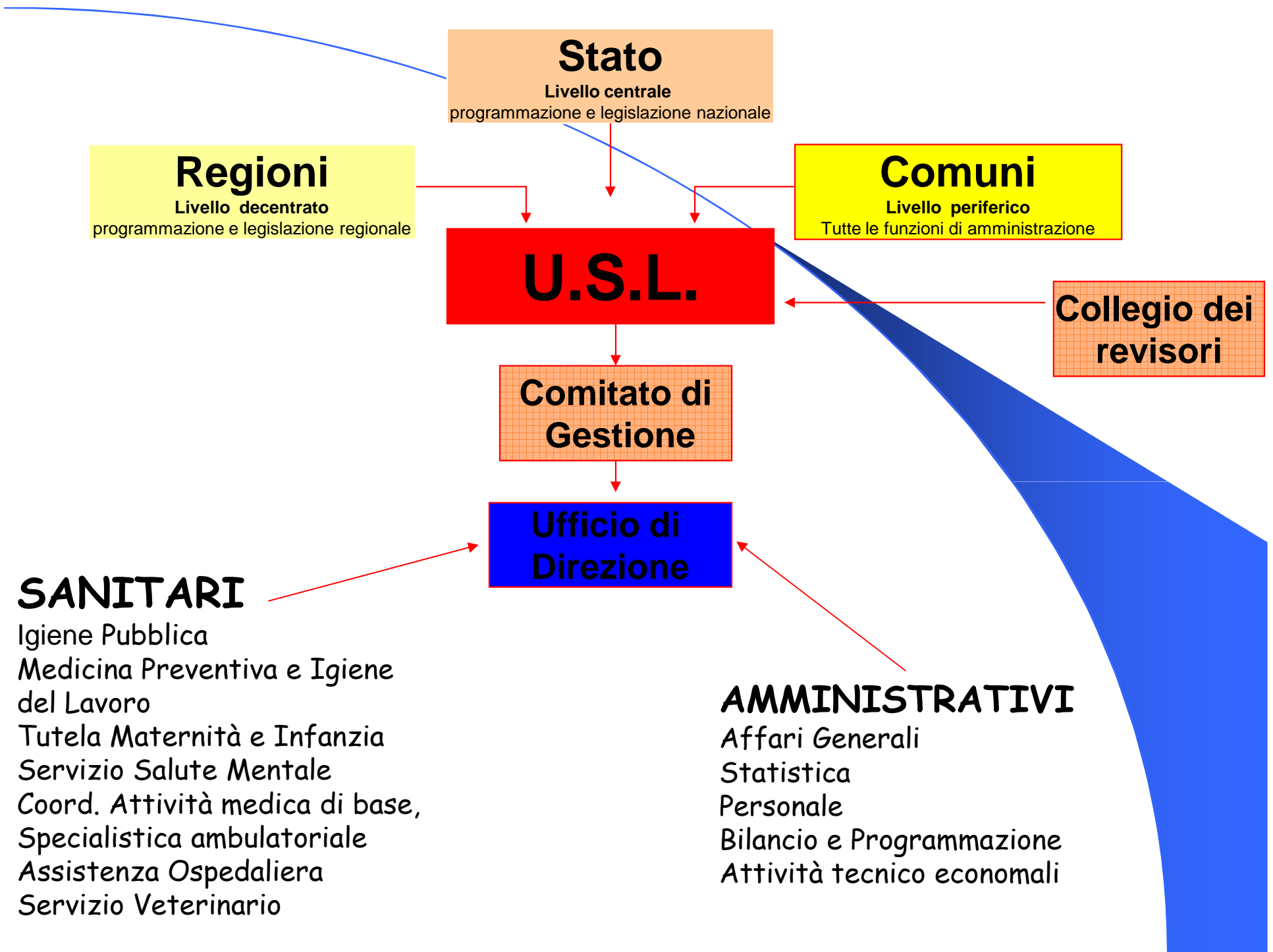
Gli obiettivi

1. Formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di una adeguata educazione sanitaria del cittadino e delle comunità.
2. Prevenzione di malattie e infortuni in ogni ambito di vita e lavoro.
3. Diagnosi e cura di eventi morbosi, quali cause, fenomenologia e durata.
4. Riabilitazione degli stati di invalidità e inabilità somatica e psichica.

La Riforma Sanitaria Legge 833/78

Gli obiettivi

5. Promozione e salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e di lavoro.
6. Igiene, alimenti, bevande e prodotti di origine animale per le implicazioni che attengono alla salute dell'uomo.
7. Disciplina della sperimentazione, produzione, immissione in commercio, distribuzione dei farmaci e informazione scientifica sugli stessi diretta ad assicurare efficacia terapeutica.
8. Formazione professionale e permanente e aggiornamento scientifico e culturale del personale del SSN.



La Riforma Sanitaria Legge 833/78

Il Sistema di Finanziamento del SSN

I Cittadini, attraverso **contributi** e **tasse**, fornivano allo Stato risorse finanziarie che in seguito alla **programmazione economica triennale**, venivano ripartite alle Regioni, le quali a loro volta pagavano le USL (e che comunque attraverso i ticket aumentavano le entrate).

A ritroso però i vari enti regionali e comunali deresponsabilizzati, **spendendo più di quello che ricevevano**, richiedevano regolarmente il ripianamento del disavanzo, causando allo Stato un'emorragia economica non facilmente suturabile.

In altre parole lo Stato forniva alle Regioni e alle USL le risorse previste e programmate ma queste spendevano più di quello che avevano, chiedendo allo Stato (e quindi ai cittadini) di pagarne i conti, in buona o malafede.

Questo disavanzo economico costrinse il Governo Ciampi alla prima riforma del Sistema Sanitario Nazionale con la **legge di riordino del SSN n. 502 del 1992**.



La Riforma Sanitaria Legge 833/78

Le criticità del Sistema

1. Eccessiva Politicizzazione
2. Cattiva gestione economico – finanziaria e conseguente indebitamento
3. Alto tasso di corruzione

La Riforma Sanitaria Legge 833/78

Le criticità del Sistema

Pur con l'introduzione di un SSN pubblico il privato nel mercato sanitario resta:

- Medici di medicina Generale (medicina convenzionata).
- Case di Cura private

Questi vengono retribuiti per le loro prestazioni, mancando un vincolo di subordinazione gerarchica.

Il sistema di finanziamento è retrospettivo, a consuntivo e le CdC venivano rimborsate a giorni di degenza senza alcun documento programmatico alla fonte. La spesa era fuori controllo.

La Riforma Sanitaria Legge 833/78

Le criticità del Sistema

Inoltre le USL, nate come organismi comunali, oltre ad essere fortemente politicizzate, riversavano partite sociali del Comune (mense, sussidi ecc.) sulle casse del Fondo Sanitario.

E così il SSN, già fortemente provato dalle falle delle casse mutue, aumentava le sue criticità finanziarie.

Le regioni e i Comuni procedevano in costante disavanzo e lo Stato interveniva per ripianare i debiti.

Il D.Lgs. 502/1992

Dovrà attendersi il primo **Piano Sanitario Nazionale** del 1994-1996 per avere una programmazione anticipata delle uscite ed un controllo sulle stesse.

Il D.lgs. 502/92 nasce proprio con l'intento di sanare le carenze della Legge istitutiva del SSN e vede il passaggio di testimone alle regioni e la trasformazione delle USL, nate come organismi comunali, in AUSL – Azienda Unità Sanitarie Locali, Aziende autonome strumentali ai compiti della Regione.

Il D.Lgs. 502/1992

Il D.lgs. 502 /1992 (Governo Amato) a cui farà seguito il D.lgs. 517/1993 (Governo Ciampi) entrano in vigore in piena Crisi di Finanza Pubblica.

Il debito Pubblico era del 124% del PIL

Inoltre i noti casi *Mani Pulite* e *Tangentopoli* avevano fatto emergere episodi corruttivi di rilevante cronaca nazionale.

Il D.Lgs. 502/1992 NEW PUBLIC MANAGEMENT

Si prova a governare il Sistema Sanitario applicando le regole del mercato privato:

- Incentivi
- Monitoraggio dei Costi
- Misurazione della produttività

Separazione tra gli organi di indirizzo e quelli di controllo, tipico della managerialità e che ha seguito il processo di aziendalizzazione delle USL.

Il D.Lgs. 502/1992 NEW PUBLIC MANAGEMENT

Il 01/01/1998 entra in vigore l'**IRAP (Imposta Regionale sulle Attività Produttive)** nella componente di gettito destinata alla sanità e vengono aboliti i contributi sanitari tipici delle casse mutue e sopravvissuti dal 1978 al 1997 come sistema di finanziamento.

Il FSN è finanziato dalla capacità fiscale delle Regioni.

Le USL vengono aziendalizzate (diventano AUSL)

Il D.Lgs. 502/1992

NEW PUBLIC MANAGEMENT

Si crea una concorrenza pubblica amministrata, per cui le Aziende USL acquistano prestazioni sanitarie presso Aziende Ospedaliere, AO Universitarie ecc. sia pubblici che privati.

Le Regioni sono responsabili delle risorse finanziarie date.

Modifica al sistema di finanziamento:

- DRG (Diagnosis Related Group) per la remunerazione dei ricoveri ospedalieri
- Sistema delle 3 A: Autorizzazione, accreditamento, accordo per l'acquisto di prestazioni dai privati.