



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA



Corso di Laurea in Scienze e Tecniche del Servizio Sociale

Il servizio sanitario nazionale.

Giulia Civitelli
giulia.civitelli@uniroma1.it

Roma, 16 marzo 2018

Si ringrazia il prof. Maurizio Marceca per aver concesso parte del materiale relativo a questa presentazione

4 periodi

1. Dalla fondazione dello Stato italiano (1861) alla Seconda Guerra Mondiale (1945)
2. Dalla nascita della Repubblica Italiana (1946) all'istituzione del SSN (1978)
3. Anni '90
4. Oggi: il federalismo in sanità

***1. Dalla fondazione
dello Stato italiano (1861)
alla Seconda Guerra Mondiale (1945)***

1888: Legge Crispi-Pagliani.

Tutela dell'igiene e della sanità pubblica

- Viene creata una struttura organizzativa piramidale:
 - a livello centrale Direzione Generale di Sanità Pubblica e Consiglio Superiore di Sanità;
 - a livello provinciale medici e consigli di sanità;
 - a livello comunale medici condotti (ufficiali sanitari) per attività di assistenza ai poveri.
- Vengono dettate norme sull'assistenza medica ma anche sull'igiene del suolo, delle abitazioni, delle bevande, degli alimenti, della polizia mortuaria, insieme alle misure di controllo delle malattie infettive.

1890: gli ospedali da "pie opere" diventano "servizi di pubblica assistenza".

Mortalità

1890

1910

26/1000



20/1000

Speranza di vita alla nascita

1882

1901

35



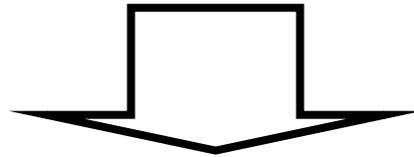
43

LA SANITÀ IN ITALIA: IL PASSATO

1888 → legge Pagliani Crispi sulla *“Tutela dell’Igiene e della Sanità Pubblica”* (Legge n° 5849/1888)

1907 → *“Testo unico delle leggi sanitarie”* (Regio Decreto n° 636/1907) (cura e prevenzione della pellagra, vaccini, manicomi, assistenza sanitaria e igiene degli abitati)

1934 → *“Testo unico delle leggi sanitarie”* (Regio Decreto n° 1265/1934) (profilassi e copertura assistenziale di alcune forme morbose, come le malattie veneree, istituzione dell’Istituto Superiore di Sanità)



Lo Stato quale garante della Sanità Pubblica

La nascita delle società di mutuo soccorso

- La massa più numerosa di cittadini non è sufficientemente ricca da potersi pagare un medico e non sufficientemente indigente da essere inclusa nell'elenco dei poveri assistiti dai comuni.
- La tutela delle malattie comuni è affidata al mutualismo libero e volontario.

Sviluppo del sistema mutualistico

- Si sviluppano le mutue per alcune categorie di dipendenti:
 - INADEL (Istituto Nazionale di Assistenza per i Dipendenti degli Enti Locali)
 - ENPAS (Ente Nazionale di Previdenza e di Assistenza per i Dipendenti Statali)
 - INAM (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie) per i dipendenti dell'industria
 - INAIL (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli infortuni sul lavoro) assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura.

***2. Dalla nascita della Repubblica
Italiana (1946)
all'istituzione del SSN (1978)***

- La sanità italiana si basa su tre fondamentali istituzioni:
 - le casse mutue;
 - gli ospedali;
 - gli enti locali - Province e Comuni - responsabili dell'Igiene Pubblica, dei manicomi e dell'assistenza ai poveri.
- L'organizzazione sanitaria risulta frammentata e disomogenea.

LA SANITÀ IN ITALIA: IL PASSATO

Gli Enti Mutualistici

Monopolio dell'assistenza sanitaria negli anni '50-'60

Convenzionati con medici di base, specialisti, farmacie, ospedali pubblici e privati

L'assistenza mutualistica, di tipo assicurativo, non garantiva ogni tipo di prestazione sanitaria né a tutti i cittadini né per periodi indeterminati

- Grandi Mutue (INAM, ENPAS, INADEL)
- Mutue Aziendali
- Mutue per la tutela di specifiche categorie professionali

Legge 833/'78: *PRINCIPI FONDAMENTALI*

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività mediante il SSN.

La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana.

L'ISTITUZIONE DEL SSN: L. 833/78

L'art. 1 della legge di Riforma Sanitaria definisce il SSN nel seguente modo: il 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

OBIETTIVO PRINCIPALE DEL SSN



PREVENZIONE

MANTENIMENTO

RECUPERO

della salute fisica e psichica di tutta la popolazione

Legge 833/' 78: *PRINCIPI FONDAMENTALI*

L'attuazione del SSN compete allo Stato, alle Regioni, e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.

Le associazioni di volontariato possono concorrere ai fini istituzionali del SSN nei modi e nelle forme stabiliti dalla legge.

Legge 833/'78: *OBIETTIVI* (art. 2)

- ❖ la formazione di una moderna coscienza sanitaria
- ❖ la prevenzione delle malattie e degli infortuni in ogni ambito di vita e di lavoro
- ❖ la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata
- ❖ la riabilitazione degli stati di invalidità somatica e psichica
- ❖ la promozione e la salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e di lavoro

Legge 833/'78: *OBIETTIVI* (art. 2)

- ❖ l'igiene degli alimenti, bevande, dei prodotti ed avanzi di origine animale... nonché la prevenzione e la difesa sanitaria degli allevamenti animali ed il controllo della loro alimentazione integrata e medicata
- ❖ una disciplina della sperimentazione, produzione, immissione in commercio e distribuzione dei farmaci e dell'informazione scientifica sugli stessi...
- ❖ la formazione professionale permanente nonché l'aggiornamento scientifico culturale del personale del SSN

L. 833/'78: *COMPETENZE E ATTRIBUZIONI*

Le **REGIONI** (artt. 7 e 11) esercitano le **funzioni legislative** in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera... ed esercitano le funzioni amministrative proprie o loro delegate.

Alle **PROVINCE** (art. 12), fino all'entrata in vigore della legge di riforma delle autonomie locali, è riservato un potere di **programmazione** consistente nell'approvazione della localizzazione dei presidi e servizi sanitari e nell'esprimere parere in merito agli ambiti territoriali delle Unità sanitarie locali.

Ai **COMUNI** (art. 13) sono attribuite tutte le **funzioni amministrative** in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera che non siano espressamente riservate allo Stato e alle Regioni. I Comuni esercitano le funzioni di cui alla presente legge in forma singola o associata mediante le USL, ferme restando le attribuzioni di ciascun sindaco quale autorità sanitaria locale.

L. 833/'78: *COMPETENZE E ATTRIBUZIONI*

REGIONI ⇒ **compito
LEGISLATIVO**

COMUNI ⇒ **compito
GESTIONALE**

L. 833/78

USL - Unità Sanitaria Locale

Art. 10: "l'unità sanitaria locale è il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane i quali in un ambito territoriale determinato assolvono ai compiti del servizio sanitario nazionale..."

Art. 14: "l'ambito territoriale di attività di ciascuna attività sanitaria locale è delimitato in base a gruppi di popolazione di regola compresi tra 50.000 e 200.000 abitanti, tenuto conto delle caratteristiche geomorfologiche e socio-economiche della zona"

L. 833/78

USL

Il Comitato di Gestione, l'organo di governo delle USL è nominato dal sindaco o da più sindaci.

La direzione tecnica è affidata all'Ufficio di direzione, che ha la responsabilità del complesso delle attività preventive, curative e riabilitative.

La salute come diritto

- Universalità e eguaglianza di tutti i cittadini nell'accesso ai servizi.
- Costituzione di un sistema sanitario unitario e integrato.
- Finanziamento attraverso la fiscalità generale. Istituzione del Fondo Sanitario Nazionale.
- Carattere democratico e partecipativo: ai Comuni sono attribuite le competenze gestionali della sanità.

La sanità in trasformazione negli anni '70 e '80

- Transizione demografica: crescita della popolazione anziana e aumento dei consumi di assistenza sanitaria e sociale.
- Transizione epidemiologica: incremento della prevalenza di patologie cronico-degenerative.
- Sviluppo delle biotecnologie in campo farmaceutico e diagnostico analitico e strumentale.
- Trasformazione sociale (da paese agricolo a paese industriale) con un rapido aumento della ricchezza e una diffusa richiesta di più servizi e migliori prestazioni.

Politiche
neoliberiste

Mutamenti
sociodemografici e
epidemiologici

Progressi della
ricerca biomedica
e della tecnologia
sanitaria

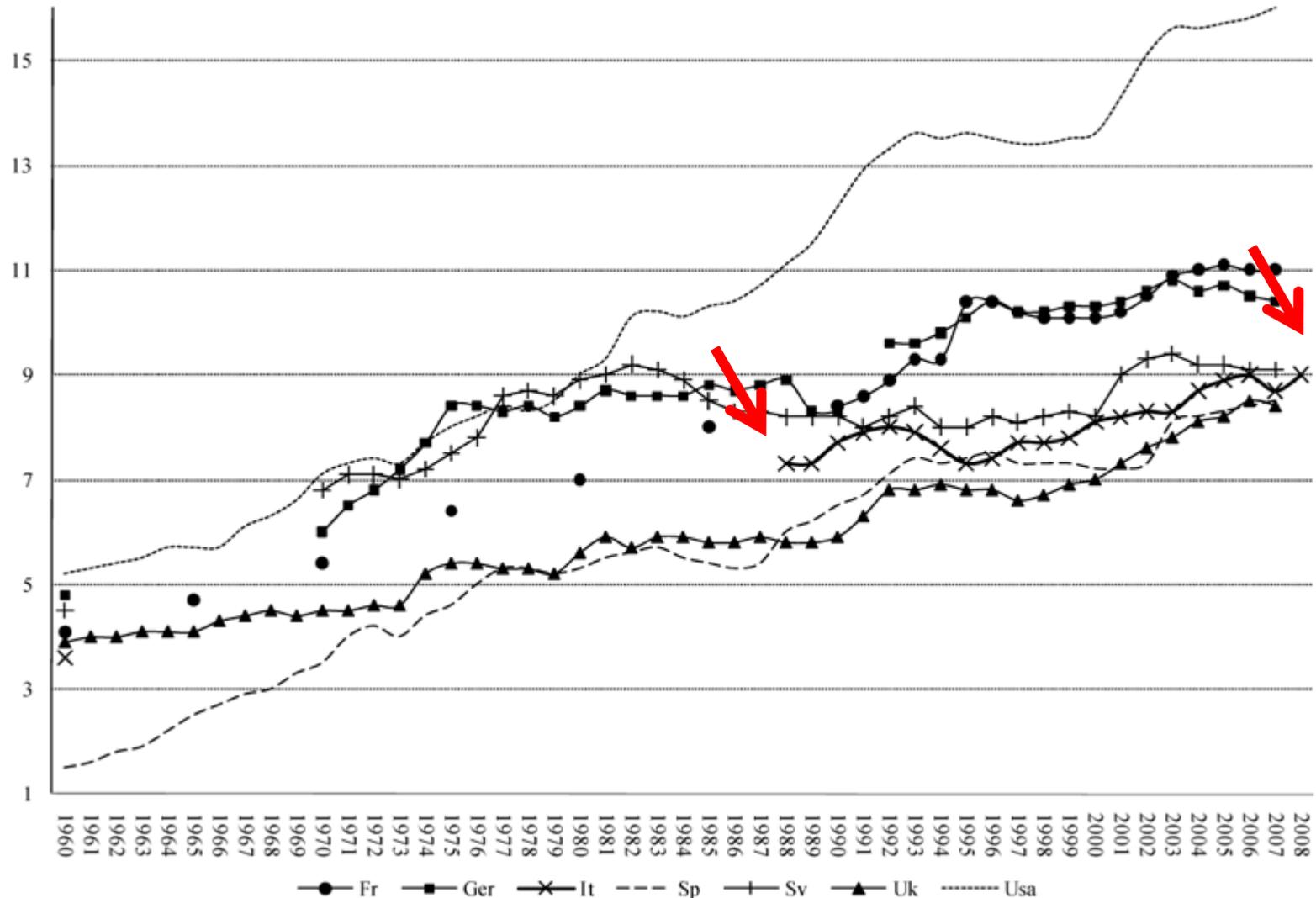
Aumento dei bisogni sanitari
a fronte di una diminuita
capacità delle famiglie di
sostenere pesanti impegni
assistenziali

Aumento
dell'offerta di
prestazioni ad
alto contenuto
tecnologico

Aumento della
domanda di
assistenza

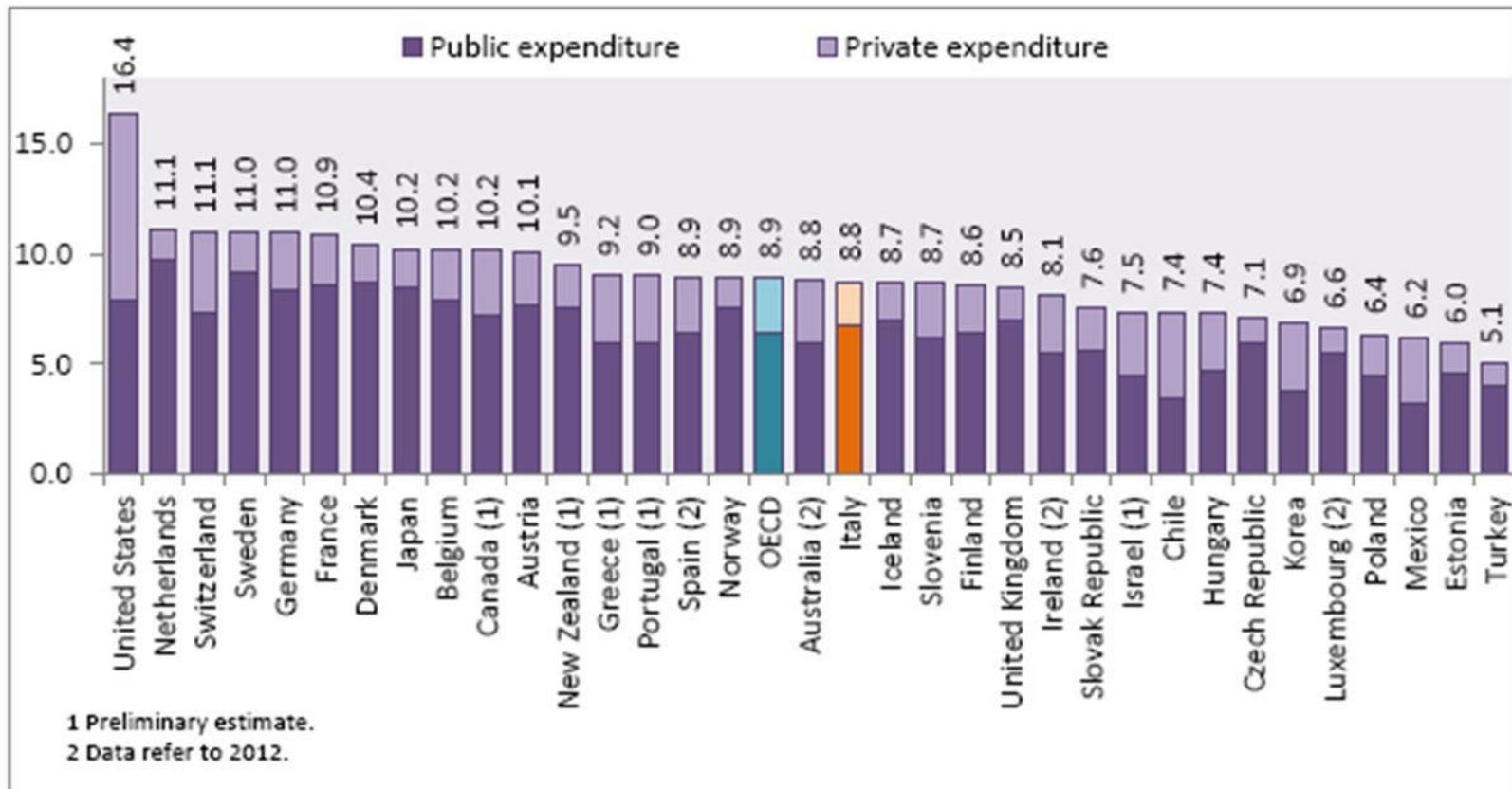
Aumento della
spesa sanitaria

Andamento dell'incidenza della spesa sanitaria complessiva (pubblica e privata) sul Pil



Spesa sanitaria come % del PIL.

Figure 2. Health spending* as a share of GDP, 2013



* Excluding capital expenditure.
Source: OECD Health Statistics 2015

I conti non tornano...

- Nel 1990:
 - Spesa programmata: 64.716 miliardi
 - Spesa effettiva sostenuta dalle USL: 80.000 miliardi.
- Il governo delle USL è accusato di non esercitare il dovuto controllo sulla spesa e di usare il potere a fini clientelari e di ricerca del consenso politico.
- I 'Comitati di gestione' vengono sciolti e tutti i poteri di gestione e rappresentanza legale delle USL sono affidati ad un *amministratore straordinario*.

3. Anni '90: l'aziendalizzazione

LO STARTER DELLA RIFORMA DEL SSN

Con la promulgazione della L. n° 421 del 23/10/1992 il Parlamento delegava il Governo, attraverso l'emanazione di uno o più D.Lgs, a:

- provvedere ad un ottimale e razionale *utilizzo delle risorse* destinate al SSN,
- perseguire la migliore *efficienza* del medesimo a garanzia del cittadino,
- perseguire *equità distributiva e contenimento* della spesa sanitaria
- assicurando a tutti i cittadini il *libero accesso alle cure* e la *gratuità* del servizio nei limiti ed in base ai criteri previsti dalla normativa vigente in materia.

LA RIFORMA SANITARIA

- D.Lgs 30/12/1992 n° 502 →
“Riordino della disciplina in materia sanitaria”
- D.Lgs 7/12/1993 n° 517 →
“Modificazioni al D.Lgs 502/92”
- D. Lgs. 19/6/1999 n° 229 →
“Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale”

LA RIFORMA SANITARIA

- **D.Lgs 30/12/1992 n° 502 →
“Riordino della disciplina in materia sanitaria” (Contro riforma De Lorenzo)**

Introduzione di:

- **Aziendalizzazione**
- **Regionalizzazione**
- **Privatizzazione (possibilità per i cittadini di accedere a forme differenti di assistenza alternative a quelle fornite dal SSN)**

LA RIFORMA SANITARIA

- **D.Lgs 7/12/1993 n° 517 →
“Modificazioni al D.Lgs 502/92”
(controriforma bis Garavaglia)**

Indica le componenti fondamentali dell'accREDITamento istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche e private

Introduzione del pagamento a prestazione degli ospedali secondo DRG (Diagnosis Related Groups)

Adotta sistemi aziendali di Verifica e Revisione della Qualità (VRQ)

LA RIFORMA SANITARIA

- **D. Lgs. 19/6/1999 n° 229 → "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale" (controriforma Bindi ter)**

Definisce i criteri per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private trasformando il SSN in un sistema misto pubblico/ privato/no profit.

Introduce la differenziazione per reddito dei ticket

Definisce l'intramoenia e l'extramoenia

Gli elementi centrali della riforma

- Il SSN assicura attraverso risorse pubbliche i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) definiti dal Piano Sanitario Nazionale, fissati insieme all'individuazione delle risorse del FSN, nel rispetto delle compatibilità finanziarie per l'intero sistema di finanzia pubblica.
- Nei LEA non rientrano prestazioni che:
 - Non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del SSN;
 - Non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza;
 - Non soddisfano il principio dell'economicità dell'impiego delle risorse (in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze)
- Il Governo trasferisce le risorse necessarie alle Regioni sulla base di una quota "capitaria" per abitante.

Gli elementi centrali della riforma

- Le Regioni e P.A. possiedono funzioni legislative e amministrative in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera:
 - determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi;
 - determinazione dei criteri di finanziamento delle ASL e delle Aziende Ospedaliere;
 - attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto.
- Le Regioni hanno piena responsabilità finanziaria delle risorse assegnate dal Governo Centrale. Eventuali deficit devono essere ripianati attraverso la mobilitazione dei fondi regionali o attraverso l'imposizione di tributi regionali.
- Il Piano Sanitario Regionale rappresenta il Piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi.

FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

(D.Lgs. 502/92 - D.Lgs. 517/93 - L.724/' 4)

LO STATO:

- **DETERMINA I LIVELLI UNIFORMI DI ASSISTENZA**

FSN



- **ATTRIBUISCE ALLE REGIONI UNA QUOTA DEL FSN SU BASE CAPITARIA (dal 30.12.1995 cessa il fondo di riequilibrio)**

FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

(D.Lgs. 502/92 - D.Lgs. 517/93 - L.724/94)

LA REGIONE :

- **DETERMINA I PROPRI LIVELLI DI ASSISTENZA COERENTI CON LA QUOTA DEL FS**
- **DETERMINA I MODELLI ORGANIZZATIVI IN FUNZIONE DELLE ESIGENZE DEL TERRITORIO E DELLE RISORSE DISPONIBILI**
- **DETERMINA I CRITERI DI ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE**
- **DETERMINA LE TARIFFE PER LA REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI**

(Claudi, 1996)

FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

(D.Lgs. 502/92 - D.Lgs. 517/93 - L.724/94)

(LA REGIONE :)

- EROGA I FINANZIAMENTI:

**- ALLE AZIENDE USL
SU BASE CAPITARIA**

**- ALLE AZIENDE OSPEDALIERE
A TARIFFA (collegate a
DRGs)**

(Claudi, 1996)

Ambiente ?

Assessorato
alla sanità

▪ (Agenzia sanitaria regionale)

▪ (Osservatorio
epidemiologico regionale)

**Servizio Sanitario
Regionale**

**Aziende
sanitarie locali**

**Aziende
ospedaliere**

**Policlinici
universitari**

**Strutture sanitarie
private accreditate**

**Istituti di ricovero e cura a
carattere scientifico**

AZIENDALIZZAZIONE USL

D.Lgs 517/93 → nuovo stato giuridico dell'Unità Sanitaria Locale → **Azienda USL**

Essa è **AZIENDA** dotata di  **PERSONALITÀ GIURIDICA PUBBLICA**
TOTALE AUTONOMIA:

*Ogni ASL si organizza
secondo un atto aziendale
di diritto privato adottato
dal manager*

- organizzativa
- amministrativa
- patrimoniale
- contabile
- gestionale
- tecnica

*Compito principale della AUSL → garantire i livelli uniformi
di Assistenza Sanitaria nel proprio ambito territoriale*

AUSL

Giunta
regionale

**Direttore
Generale**

- **Direttore Sanitario**
- **Direttore Amministrativo**

**Azienda Sanitaria
Locale**

Distretti
Sanitari

Dipartimenti
(Dip. di
Prevenzione)

Presidi
Ospedalieri

Gli elementi centrali della riforma

- Al Direttore Generale sono affidati tutti i poteri di gestione e di rappresentanza della ASL:
 - verificare, attraverso valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite e introitate
 - verificare l'imparzialità e il buon andamento dell'azione amministrativa.

AUSL

Giunta
regionale

Direttore
Generale

- Direttore Sanitario
- Direttore Amministrativo

**Azienda Sanitaria
Locale**

Distretti
Sanitari

Dipartimenti
(Dip. di
Prevenzione)

Presidi
Ospedalieri

Direttore di Dipartimento

**Dipartimento di
Prevenzione**

AREE DIPARTIMENTALI

Sanità
Pubblica

Igiene e Sanità Pubblica
Igiene degli Alimenti e
della Nutrizione

Tutela della Salute
negli Ambienti di
Lavoro

Prevenzione e Sicurezza
negli Ambienti di Lavoro

Sanità Pubblica
Veterinaria

Sanità animale
Igiene della produzione,
trasformazione...degli
alimenti di origine animale
Igiene degli allevamenti e
delle produzioni
zootecniche

AUSL

Giunta
regionale

Direttore
Generale

- **Direttore Sanitario**
- **Direttore Amministrativo**

**Azienda Sanitaria
Locale**

Distretti
Sanitari

Dipartimenti
(Dip. di
Prevenzione)

Presidi
Ospedalieri



Distretto

È l'articolazione territoriale e organizzativa dell'azienda Usl.
I distretti sono disciplinati dalla regione e assistono una popolazione di almeno 60.000 abitanti.

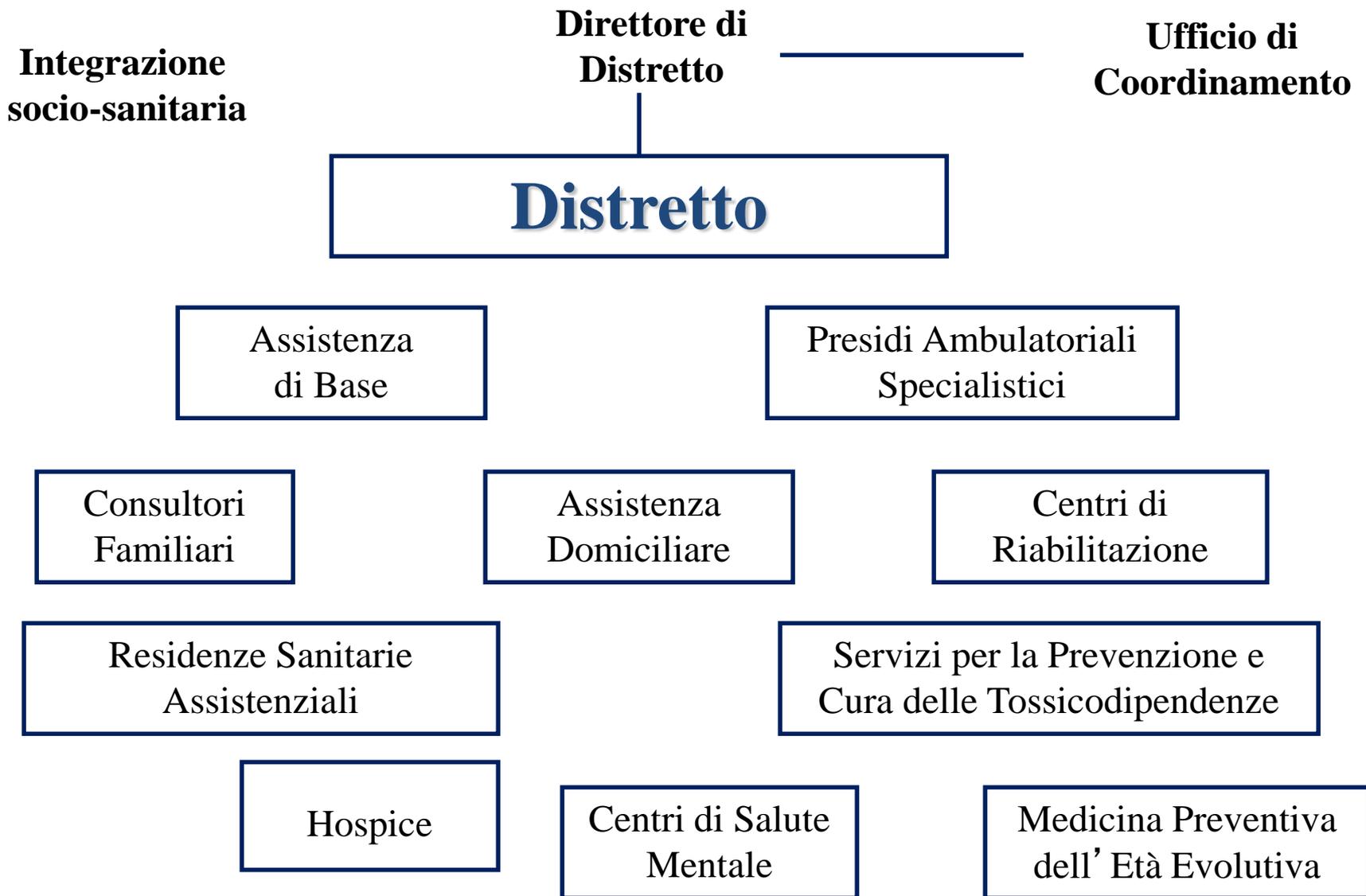
Sono dotati di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria;

organizzano i servizi di assistenza primaria (con integrazione tra medici di famiglia, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale, ecc.), ambulatoriale, domiciliare e residenziale;

sono coordinati con il livello ospedaliero;

sono l'ambito privilegiato di realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria, attraverso il coordinamento o la delega da parte degli enti locali.

DISTRETTO SANITARIO



Ambiente ?

Assessorato
alla sanità

▪ (Agenzia sanitaria regionale)

▪ (Osservatorio
epidemiologico regionale)

**Servizio Sanitario
Regionale**

**Aziende
sanitarie locali**

**Aziende
ospedaliere**

**Policlinici
universitari**

**Strutture sanitarie
private accreditate**

**Istituti di ricovero e cura a
carattere scientifico**



Gli elementi centrali della riforma

- I policlinici universitari e gli ospedali a rilievo nazionale e di alta specializzazione si rendono autonomi dalle ASL e si costituiscono in **Aziende Ospedaliere (AO)**.
- Le AO sono finanziate "a tariffa per prestazione" (DRG - Diagnosis Related Groups, visite specialistiche, esami diagnostici)

Gli elementi centrali della riforma

- L'ingresso delle strutture pubbliche e private nel sistema di produzione dei servizi e prestazioni per conto e a carico del SSN è articolata su tre livelli, facenti capo alla Regione:
 - le autorizzazioni alla realizzazione e al funzionamento delle strutture sanitarie, rilasciate dai Comuni sulla base di una valutazione regionale;
 - l'accreditamento istituzionale concesso da parte della Regione (non tutte le strutture accreditate possono erogare prestazioni a carico del SSN);
 - gli accordi contrattuali tra Regione, ASL e strutture accreditate per individuare i soggetti erogatori dei servizi garantiti per conto e a carico del SSN.

4. Oggi: il federalismo in sanità

Il federalismo in sanità

Legge Costituzionale 18 ottobre 2001 n° 3:
Modifiche del Titolo V (*Le Regioni, le Province, i Comuni*)

- Allo Stato:

Determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale

- Alle Regioni:

- potestà legislativa nel campo della "tutela della salute".
- A livello di finanziamento i trasferimenti statali alle regioni sono stati sostituiti con entrate proprie integrate, per le Regioni più povere, da un "fondo perequativo nazionale" (solidarietà interregionale).
- Le entrate delle Regioni non sono più vincolate alla Sanità ma entrano in competizione con gli altri settori di competenza regionale

Il federalismo in sanità

- La legge del 5/3/2009 n° 42 prevede che il Governo, nell'ambito del disegno di legge finanziaria, emani specifiche norme di coordinamento della finanza pubblica per realizzare l'obiettivo di aumentare l'efficienza del sistema e ridurre gli sprechi.

**Ministero
della Salute**

- **Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS)**
- **Istituti zooprofilattici sperimentali (I.I.ZZ.SS.)**

- **Consiglio superiore di sanità (CSS)**
- **Conferenza Stato-Regioni**
- **Istituto superiore di sanità (ISS)**
- **Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (ISPESL)**
- **Agenzia per i servizi sanitari regionali (ASSR)**

**Servizio Sanitario
Nazionale**

**Servizio
sanitario
regionale**

**Servizio
sanitario
regionale**

**Servizio
sanitario
regionale**

**Servizio
sanitario
regionale**

Ambiente ?

Assessorato
alla sanità

▪ (Agenzia sanitaria regionale)

▪ (Osservatorio
epidemiologico regionale)

**Servizio Sanitario
Regionale**

**Aziende
sanitarie locali**

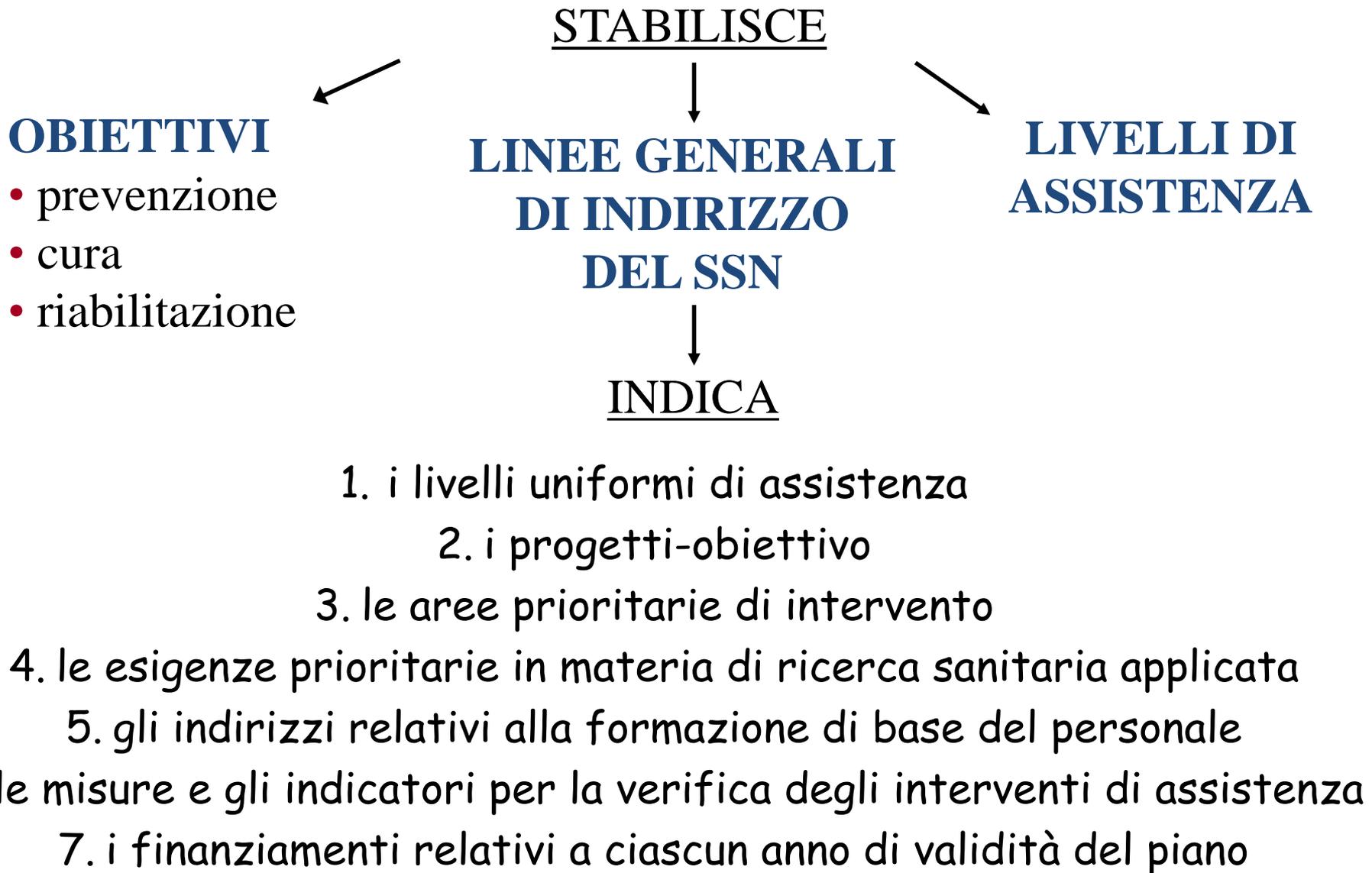
**Aziende
ospedaliere**

**Policlinici
universitari**

**Strutture sanitarie
private accreditate**

**Istituti di ricovero e cura a
carattere scientifico**

PIANO SANITARIO NAZIONALE



I ritardi nell'emanazione dei Piani Sanitari Nazionali

Il primo PSN è stato emanato con 15 anni di ritardo:

-1994/1996

-1998/2000

-2001/2003

-2003/2005

Dal 2006 sono stati affiancati e praticamente sostituiti dai Patti per la Salute.

Piano Sanitario Regionale

Con riferimento agli obiettivi del PSN, individua per il livello regionale:

- ❖ le politiche per la salute
- ❖ le strategie sanitarie
- ❖ le strategie organizzative
- ❖ la allocazione delle risorse

È adottato o adeguato entro 150 giorni dalla data
di entrata in vigore del PSN

In sintesi...



Aziendalizzazione



Regionalizzazione

Sviluppo di modelli
istituzionali o
organizzativi molto
differenti tra regioni
italiane, con soluzioni
molto differenziate.

La missione dei sistemi sanitari (OMS, 2000)

Il miglioramento dello stato di salute
della popolazione (*Better health*).

La capacità - e la sensibilità - di rispondere
alle esigenze dei pazienti (*Responsiveness*).

L'equità nel finanziamento del sistema (*Fair financing*).

La criticità: la *responsiveness*

- Deficit di attenzione ai bisogni personali e quotidiani dei pazienti
- Aree percepite come estranee all'interesse e alla gestione del SSN:
 - Assistenza odontoiatrica
 - Assistenza specialistica ambulatoriale
 - Assistenza domiciliare (e in parte residenziale) degli anziani.
- Spese catastrofiche a livello sanitario:
 - Assistenza a lungo termine di anziani e disabili
 - Attività specialistiche, odontoiatriche ma non solo

Sistemi di finanziamento

I sistemi di finanziamento in un modello misto tendono a modellare un sistema a “tre pilastri”, distinguendosi per le dimensioni assunte dai tre.



Criticità relative all'espansione dei fondi sanitari integrativi

- Problemi di equità
- Problemi di efficienza
- Le prestazioni offerte non sono integrative ma sostitutive di quelle già garantite dal SSN
- I fondi diventano induttori di prestazioni non necessarie (*disease mongering*)

**DOCUMENTO CONCLUSIVO DELL'INDAGINE CONOSCITIVA
SULLA SOSTENIBILITA' DEL SERVIZIO SANITARIO
NAZIONALE CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA
GARANZIA DEI PRINCIPI DI UNIVERSALITA', SOLIDARIETA'
ED EQUITA' APPROVATO DALLA COMMISSIONE
(*Doc. XVII, n. 13*)**

(relatori: sen. Luigi D'Ambrosio Lettieri e sen. Nerina Dirindin)

Gennaio 2018

http://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/frame.jsp?tipodoc=SommComm&leg=17&id=01063787&part=doc_dc&parse=no&stampa=si&toc=no

Capita frequentemente di imbattersi in affermazioni sulla (in)sostenibilità del nostro sistema sanitario come se si trattasse di qualcosa di insindacabile, documentato, univoco, che non ha bisogno di alcuna specificazione o argomentazione, tanto la convinzione è robusta in una parte degli osservatori. Una affermazione che è quasi un luogo comune, in grado di dare un tono di modernità e di rigore a chi la pronuncia. Ma c'è di più. La mancata ripresa dell'economia e le difficoltà della finanza pubblica potrebbero indurre i decisori a ulteriori riduzioni della spesa pubblica sanitaria, con il rischio di proseguire nella china che il sistema che ha già intrapreso. Certo non è possibile difendere acriticamente il sistema perché molto può essere ancora migliorato. Ma non possiamo neanche permettere che un mix di sottovalutazione del welfare e di luoghi comuni infondati possano impedire alle attuali generazioni di adulti di consegnare ai propri figli e ai propri nipoti un sistema di tutela della salute simile a quello che loro hanno ereditato e di cui hanno beneficiato. Non possiamo permettere che i nostri ospedali vadano in rovina, che gli operatori si arrendano al declino e che le persone più svantaggiate non possano accedere alle cure di cui hanno bisogno.

La sanità continua ad essere considerata un settore sul quale effettuare risparmi mentre dovrebbe essere considerata una formidabile leva per lo sviluppo, non solo per promuovere il benessere e l'uguaglianza fra le persone, ma anche per favorire l'occupazione, la ricerca e l'innovazione.

Roy Romanow afferma: "Non vi è alcun standard su quanto un paese dovrebbe spendere per la salute. La scelta riflette la storia, i valori e le priorità di ciascuno". E dopo un articolato percorso di consultazioni e approfondimenti, Romanow giunge a una conclusione disarmante nella sua semplicità:

"IL SISTEMA È TANTO SOSTENIBILE QUANTO NOI VOGLIAMO CHE LO SIA".

Non si tratta di un problema economico (quante risorse sono necessarie); la sostenibilità del diritto alla salute è prima di tutto un problema culturale e politico: fino a che punto siamo disposti a salvaguardare i principi fondanti del nostro sistema sanitario nell'interesse della collettività, garantendo a tutti coloro che ne hanno bisogno un'elevata qualità di accesso alle cure, e nonostante la crisi economica? Quali cure il nostro sistema può riuscire a garantire nel modo migliore ai cittadini? Una questione di equità e quindi di giudizi di valore, prima ancora che di sostenibilità economica.

In sostanza, la sostenibilità della spesa può e deve essere affrontata come una sfida di pubblica priorità nella riallocazione delle risorse per soddisfare al meglio i bisogni della popolazione.



<http://setteaprile.altervista.org/>



**OUR HEALTH IS NOT
FOR SALE**

EUROPA - 7 APRILE 2018

Giornata europea d'azione contro la commercializzazione della salute

In vista delle elezioni
europee del maggio 2019,
lancio della campagna:

TUTT* PER LA SALUTE

UN ANNO PER DIRE NO ALLA
COMMERCIALIZZAZIONE DELLA SALUTE

Edi. Resp. S. Meijssens - 53, chaussée de Haecht - 1210 Bruxelles



Unisciti a noi per dire che la nostra salute non è in vendita!

Distribuisci questo volantino prima del 7 aprile

Partecipa alle azioni nella tua città/regione

Nella settimana del 7 aprile, appendi un lenzuolo bianco con il tuo messaggio alla finestra della tua casa o del tuo luogo di lavoro

Scatta una foto e condivila con l'hashtag #health4all

Maggiori informazioni:

Facebook: Réseau Européen Santé - European Health Network

Twitter: @EUHealthNetwork

Sito web: europe-health-network.net