Agenzia
Regionale
Socio
Sanitaria
del Veneto

ARSS

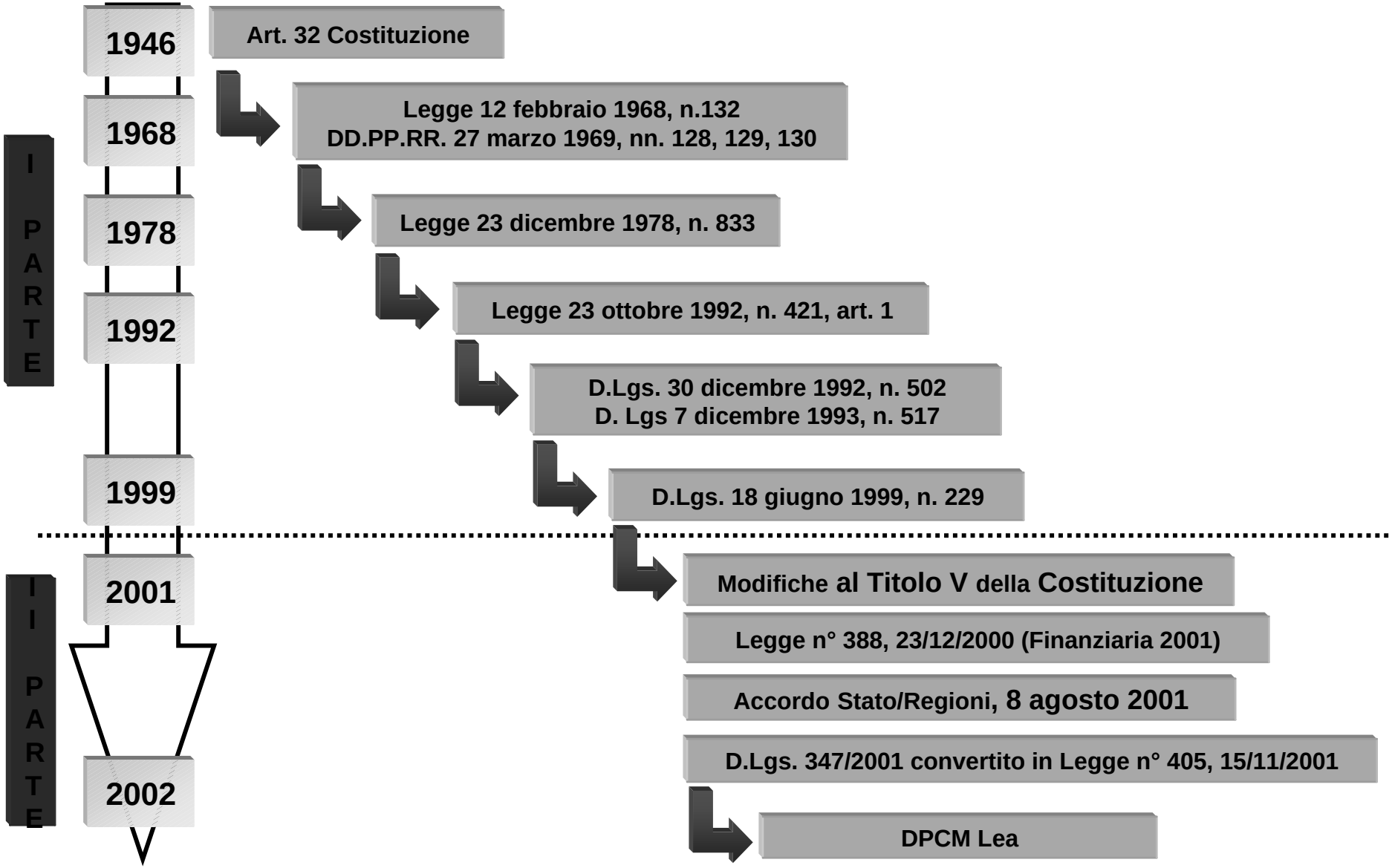
LA SCOMMESSA SANITA' IN VENETO E NELL'AMERICA DI OBAMA

Assetto istituzionale Veneto e sistema di finanziamento

Dr. F. Antonio Compostella

Il Sistema Sanitario Nazionale: dalla nascita al Federalismo

Cronologia dei provvedimenti normativi di riforma sanitaria



Art. 32 della Costituzione Italiana

La Repubblica:

- *tutela la salute* come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività;
- *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.

Legge 132/68
Legge quadro di riforma ospedaliera

Creazione nuovi enti ospedalieri pubblici

- **Estinzione enti di assistenza e beneficenza con compiti esclusivi di ricovero e cura.**
- **Istituzione di Enti Ospedalieri come Enti Pubblici che provvedono istituzionalmente al ricovero e alla cura.**
- **Classificazione di ospedali (zonali, provinciali, regionali).**
- **Introduzione organi amministrativi:**
  - **Consiglio Amministrazione;**
  - **Presidente;**
  - **Collegio dei Revisori dei conti;**
  - **Consiglio sanitari.**
- **Introduzione piano nazionale ospedaliero**.

DD.PP.RR 128-129-130/1969

DPR 128/69 → ■ Ordinamento interno dei servizi ospedalieri.

DPR 129/69 → ■ Ordinamento interno dei servizi di assistenza delle Cliniche e degli Istituti Universitari di ricovero e cura.

DPR 130/69 → ■ Stato giuridico dei dipendenti degli enti ospedalieri (assunzione, concorsi, doveri e responsabilità del dipendente, incompatibilità, ecc.).

La delega in sanità delle funzioni dallo Stato alle Regioni

Problemi insoluti dalla L. 132/68 sul trasferimento alla periferia delle funzioni statali in materia di sanità

Entrata in funzione dell'Istituto Regionale nel 1970 (trasferimento di competenze dello Stato e enti periferici dello Stato)

Trasferimento alle Regioni

- Assistenza sanitaria (prevenzione, cura e riabilitazione).
- Assistenza ospedaliera.
- Vigilanza e tutela in ordine ad enti, consorzi, istituti operanti nella Regione in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera.
- Uffici dei medici provinciali, dei veterinari provinciali, e le competenze in ordine ai consigli provinciali di sanità, dispensari.

Legge 23 dicembre 1978 n. 833

- Nascita del Sistema Sanitario Nazionale:
  - estensione del diritto all'assistenza sanitaria a tutta la popolazione (**principio di universalità**).
- Passaggio da un'assistenza associata al lavoro (mutue) ad una logica territoriale:
  - nascita delle **Unità Sanitarie Locali** (circa 700).

Legge 23 dicembre 1978 n. 833
I principi ispiratori

L. 833/78 → **Istituzione del Sistema Sanitario Nazionale (SSN)**

Eguaglianza di trattamento →

- Garantire l'assistenza a tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali.

Globalità degli interventi →

- Il SSN deve assicurare il collegamento e il coordinamento con tutti gli organi che operano nell'ambito della salute.

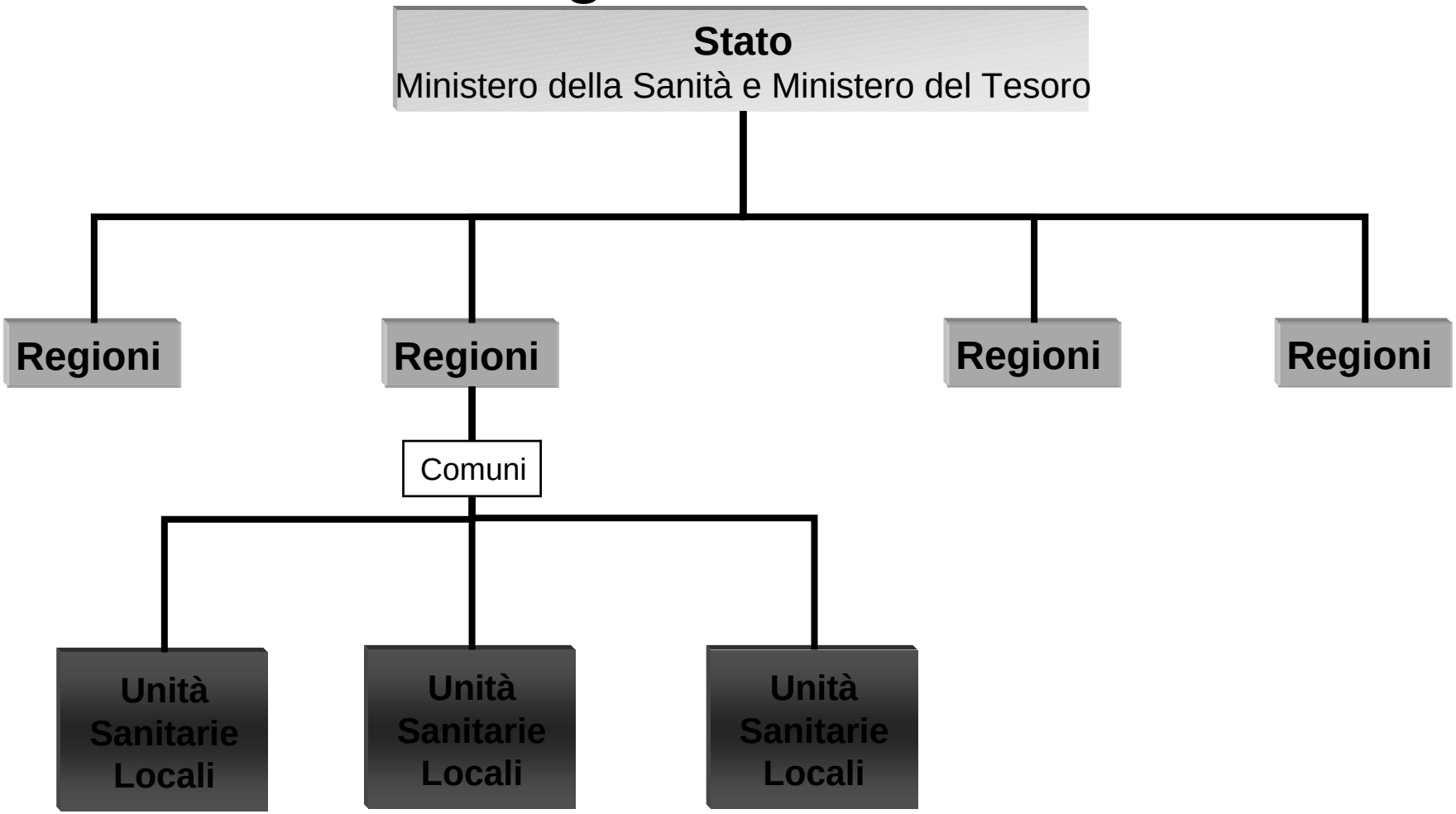
Socialità della tutela sanitaria →

- La tutela della salute è data dalla:
  - prevenzione;
  - cura;
  - controllo della malattia.

Legge 23 dicembre 1978 n. 833
Gli obiettivi del SSN

- **Prevenzione delle malattie e degli infortuni sul lavoro.**
- **Diagnosi e cura degli eventi morbosi.**
- **Riabilitazione degli stati di invalidità e inabilità.**
- **Igiene.**
- **Medicina scolastica.**
- **Assistenza ai portatori di handicap.**
- **Tutela sanitaria delle attività sportive.**
- **Tutela della salute mentale.**

Legge 23 dicembre 1978 n. 833
L'organizzazione



Legge 23 dicembre 1978 n. 833
Le USL

- **Alla gestione unitaria della tutela della salute si provvede in modo uniforme sull'intero territorio nazionale mediante una rete completa di Unità Sanitarie Locali.**
- **La USL si definisce come il complesso di 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 dello SSN.**
- **La USL è una struttura operativa dei Comuni.**

La Riforma Sanitaria
Il D.Lgs. 502/92 e il D.Lgs. 229/99

Autonomia delle Regioni nella programmazione e gestione

Introduzione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza

Dalle USL alle Aziende Sanitarie e Aziende Ospedaliere

Efficacia, efficienza, equilibrio costi e benefici, gestione finanziaria rapportata alle prestazioni rese quali vincoli per le aziende

Nomina regionale del Direttore Generale, D. Amministrativo, D. Sanitario

Individuazione di compiti manageriali alle figure apicali

Autorizzazione-Accreditamento-Accordi contrattuali

Remunerazione a prestazione erogata

Esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria all'interno dei presidi ospedalieri e aziende ospedaliere con riserva di spazi adeguati

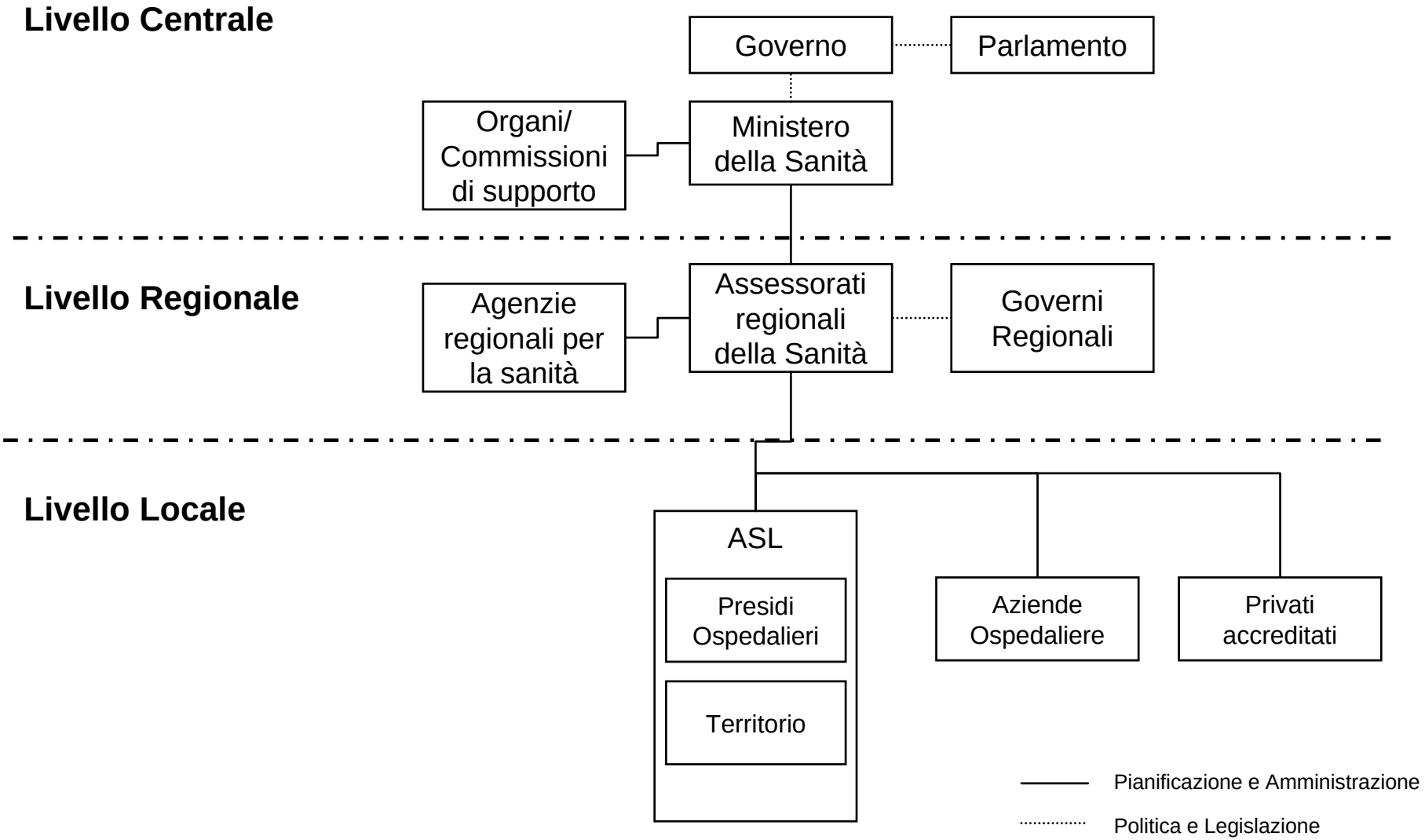
I Livelli Essenziali di Assistenza

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) rappresentano l'insieme delle prestazioni e dei servizi che devono essere garantiti dal servizio pubblico a tutti i cittadini ricadenti sotto la propria amministrazione.
Caratteristiche implicite dei LEA sono:
•l'omogeneità, nel senso che sul territorio, in questo caso regionale, fra le diverse ULSS, ci deve essere uguale copertura dei servizi
•l'obbligatorietà, nel senso che non può essere omesso alcun tipo di servizio.

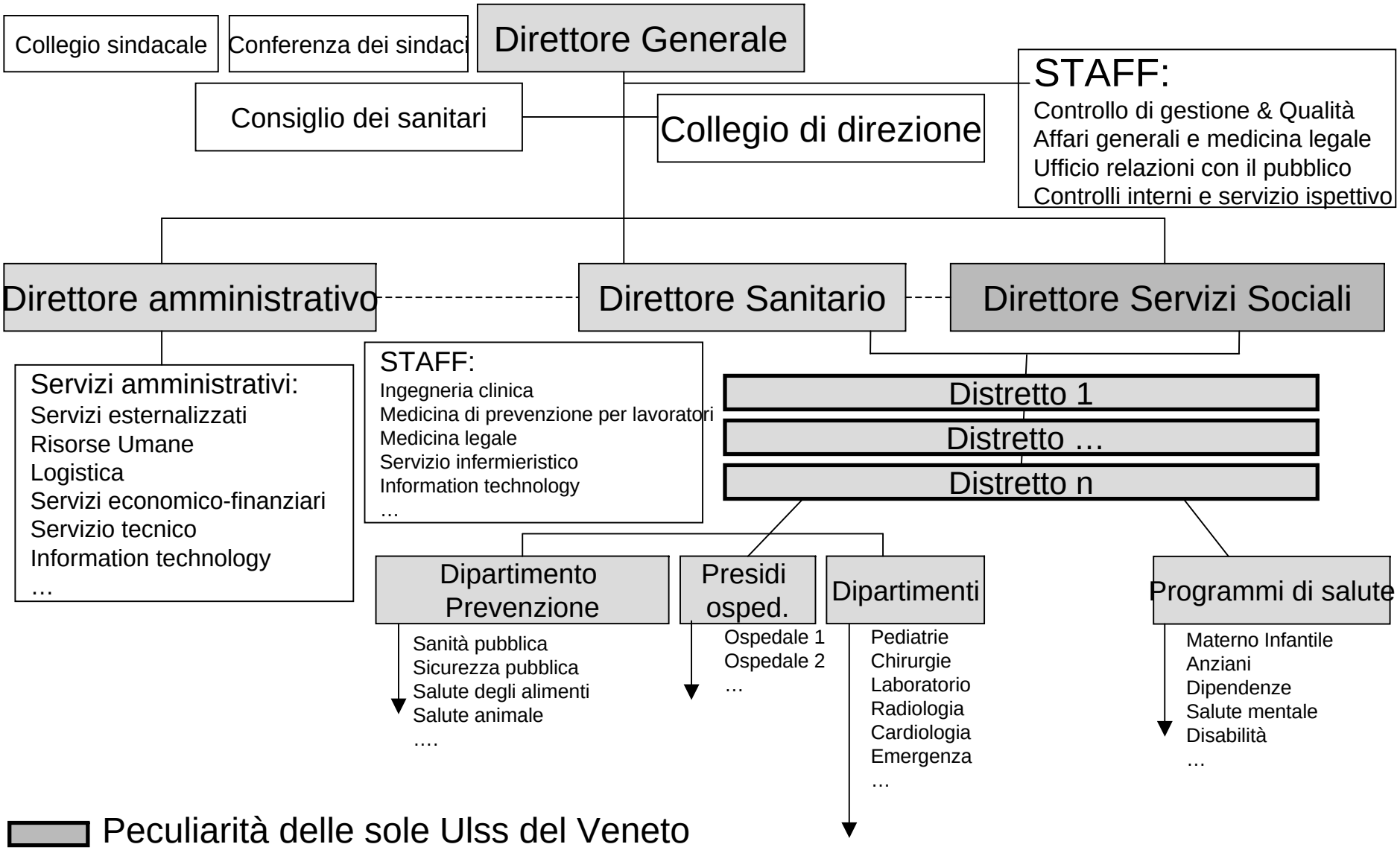
Al loro interno i LEA sono distinti su tre macrolivelli:
1.prevenzione collettiva e sanità pubblica
2.assistenza distrettuale
3.assistenza ospedaliera.

Secondo le indicazioni programmatiche nazionali, i tre macrolivelli, dovrebbero corrispondere rispettivamente a 5%; 51% e 44% del bilancio delle aziende ULSS.

L'assetto organizzativo del SSN – 3 livelli

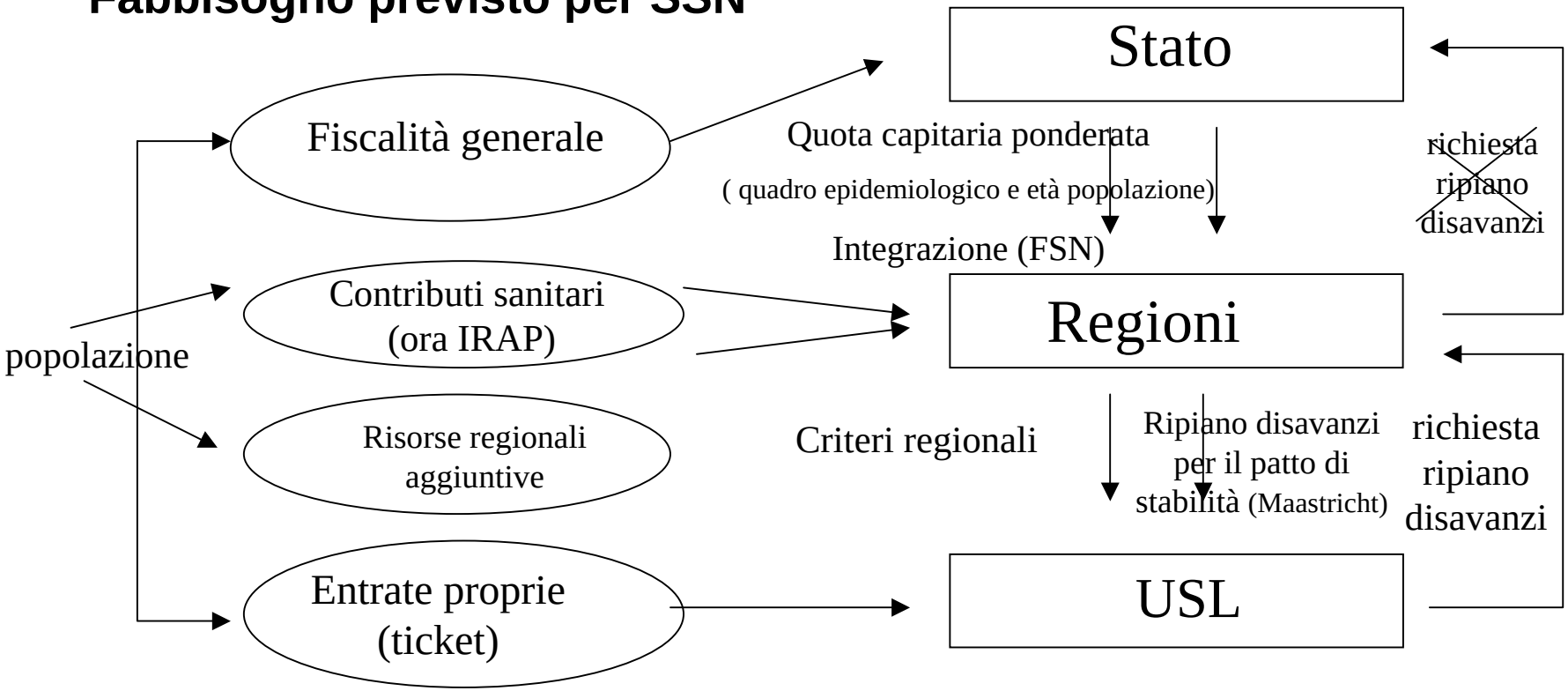


Organizzazione standard Azienda Sanitaria Locale



Modello di finanziamento

Fabbisogno previsto per SSN



Compiti dell'Amministrazione statale e Regionale

STATO

- **Programmazione sanitaria nazionale, determinazione dei livelli uniformi di assistenza e delle relative quote capitarie di finanziamento, secondo misure di riequilibrio territoriale.**

REGIONI

- **Programmazione, organizzazione e gestione dell'assistenza sanitaria.**

Disposizioni in materia di federalismo fiscale

D.Lgs. 56/2000

- A decorrere dal 2001 cessano i trasferimenti erariali in favore delle Regioni a statuto ordinario.
- È istituito nello stato di previsione del Ministero del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica il **Fondo perequativo nazionale**, al fine di consentire che una parte del gettito della compartecipazione all'IVA venga destinata alla realizzazione degli obiettivi di solidarietà interregionale.
  - l'entità del fondo perequativo è determinata annualmente prevedendo il totale azzeramento del fondo entro il 2013.
- Nel definire tale Fondo si seguono i seguenti criteri:
  - si definisce una base paritaria pro-capite di risorse che vale per tutte le Regioni;
  - si opera una prima correzione che tiene conto di alcuni aspetti oggettivi quali la struttura demografica, i tassi di mobilità, le dimensioni fisiche delle diverse Regioni, ecc.;
  - si corregge ulteriormente il risultato tenendo conto, tra l'altro, della mobilità interregionale dei pazienti.
- Al fine di assicurare in ogni Regione i livelli essenziali ed uniformi di assistenza, ciascuna Regione è vincolata a destinare per l'erogazione delle prestazioni sanitarie una spesa corrente pari al fabbisogno finanziario per il SSR, definito in funzione della quota capitaria di finanziamento.

Il DPCM sui LEA

- **Introduzione ‘lista positiva’ di prestazioni.**
- **Esclusione dalla rimborsabilità di prestazioni non ritenute ‘essenziali’.**
- **Spostamento di prestazioni in regimi assistenziali più economici.**
- **Creazione di due nuove fasce di co-payment dei farmaci (B1-B2).**
- **Creazione di un osservatorio per verificare costantemente e periodicamente le prestazioni erogate.**

I fattori di cambiamento del SSN: Trend evolutivi di medio/lungo periodo

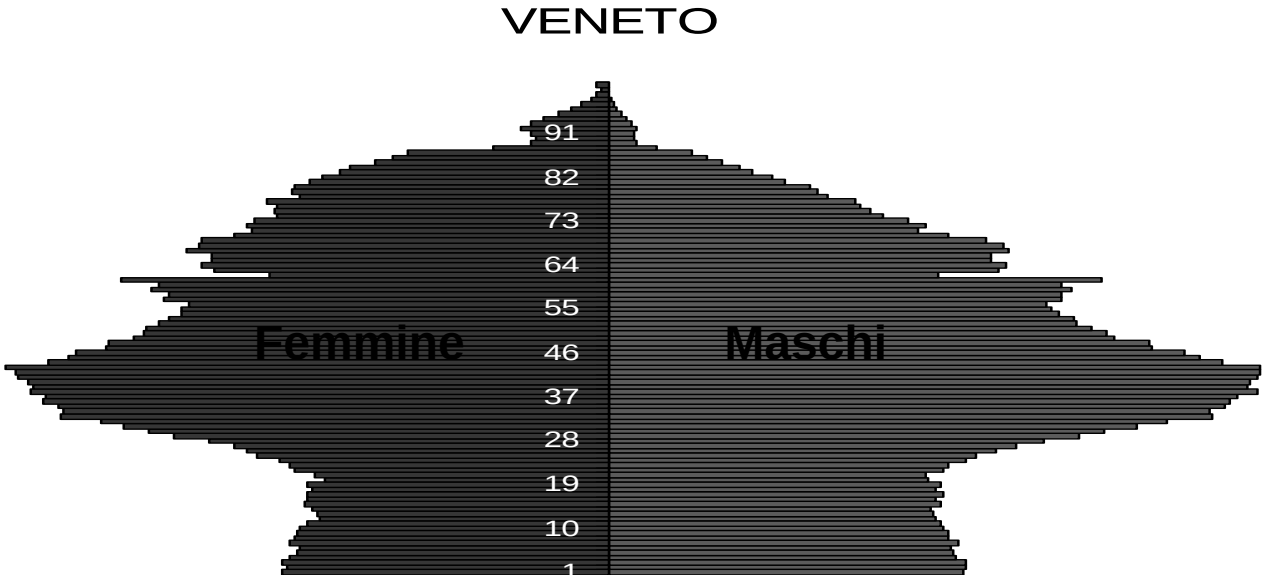
- **Federalismo fiscale**
  - **Crescente potere legislativo alle Regioni**
  - **Autonomia finanziaria regionale di entrata e di spesa**
- **Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale (NSIS)**
  - **Progetto Mattoni SSN (Veneto capogruppo del progetto Mattone uno)**
- **Definizione di nuovi modelli organizzativi di rete assistetnziali (Hosp. + Territorio)**
- **Nuovi meccanismi di finanziamento della domanda**
- **Valutazione dei livelli di performance**

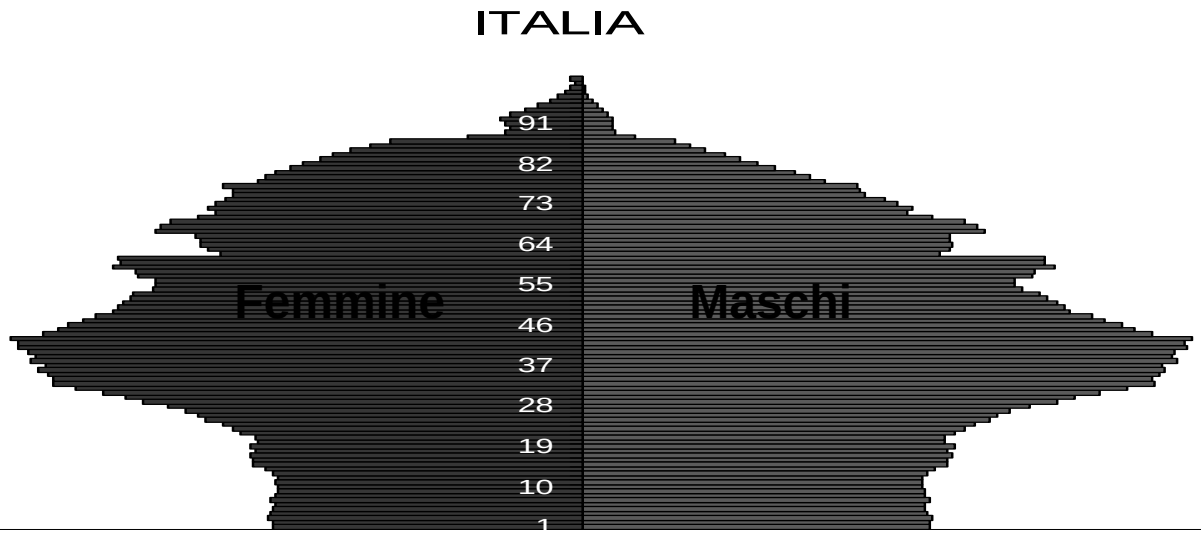
Il Sistema Socio Sanitario del Veneto

Generalità

- Il SSSR del Veneto è riconosciuto di alto livello, in grado di dare risposta alla maggior parte dei bisogni appropriati, a costi inferiori rispetto a tanti altri sistemi regionali: infatti la spesa sanitaria pubblica sul PIL in Veneto è del 6%, inferiore alla media nazionale del 6.78% (dati 2008).
- L'alto livello di efficienza e risultati del Sistema Socio Sanitario Veneto è spiegata da elementi di varia natura.
- In primo luogo l'assistenza sanitaria e sociale in Veneto ha profonde radici etiche, legate ad uno storico senso della solidarietà della gente veneta; ne consegue che il primo e più importante elemento di performance è rappresentato dagli operatori sanitari, dalla loro motivazione, dall'etica del lavoro, dal livello di preparazione professionale.
- In secondo luogo, il ruolo del privato si è sempre mantenuto integrativo rispetto all'offerta di servizi pubblici. Anche oggi il privato non raggiunge il 10% dell'offerta complessiva, a differenza di quanto avviene in altri contesti regionali.
- In terzo luogo, il tessuto socio-culturale veneto ha facilitato una forte integrazione tra ospedale e territorio e tra assistenza sanitaria e quella sociale; in ciò anticipando e di molto le moderne politiche che guidano lo sviluppo dei sistemi sanitari regionali anche a livello internazionale.

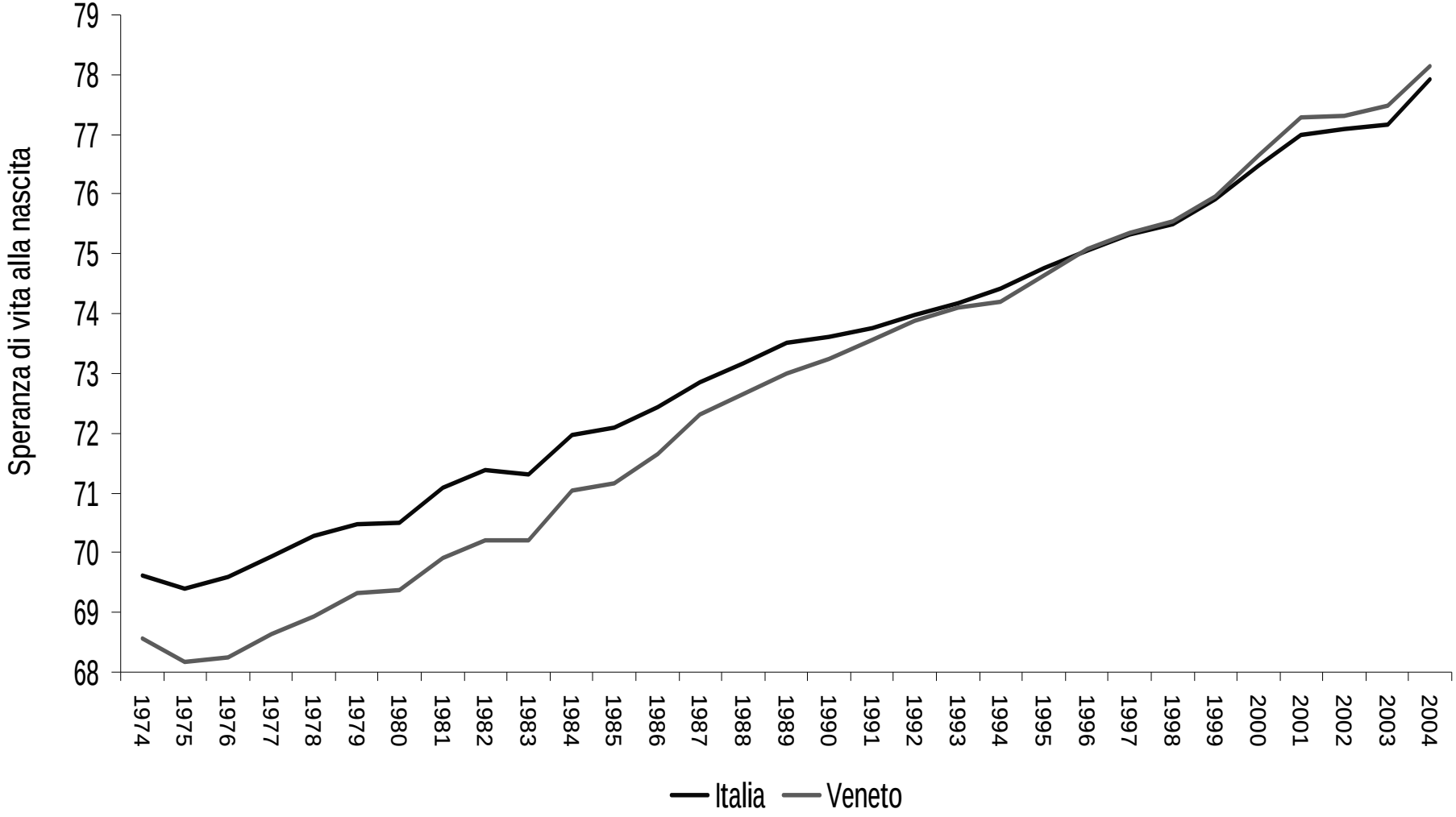
PIRAMIDE D'ETA' POPOLAZIONE VENETA ED ITALIA, 2007





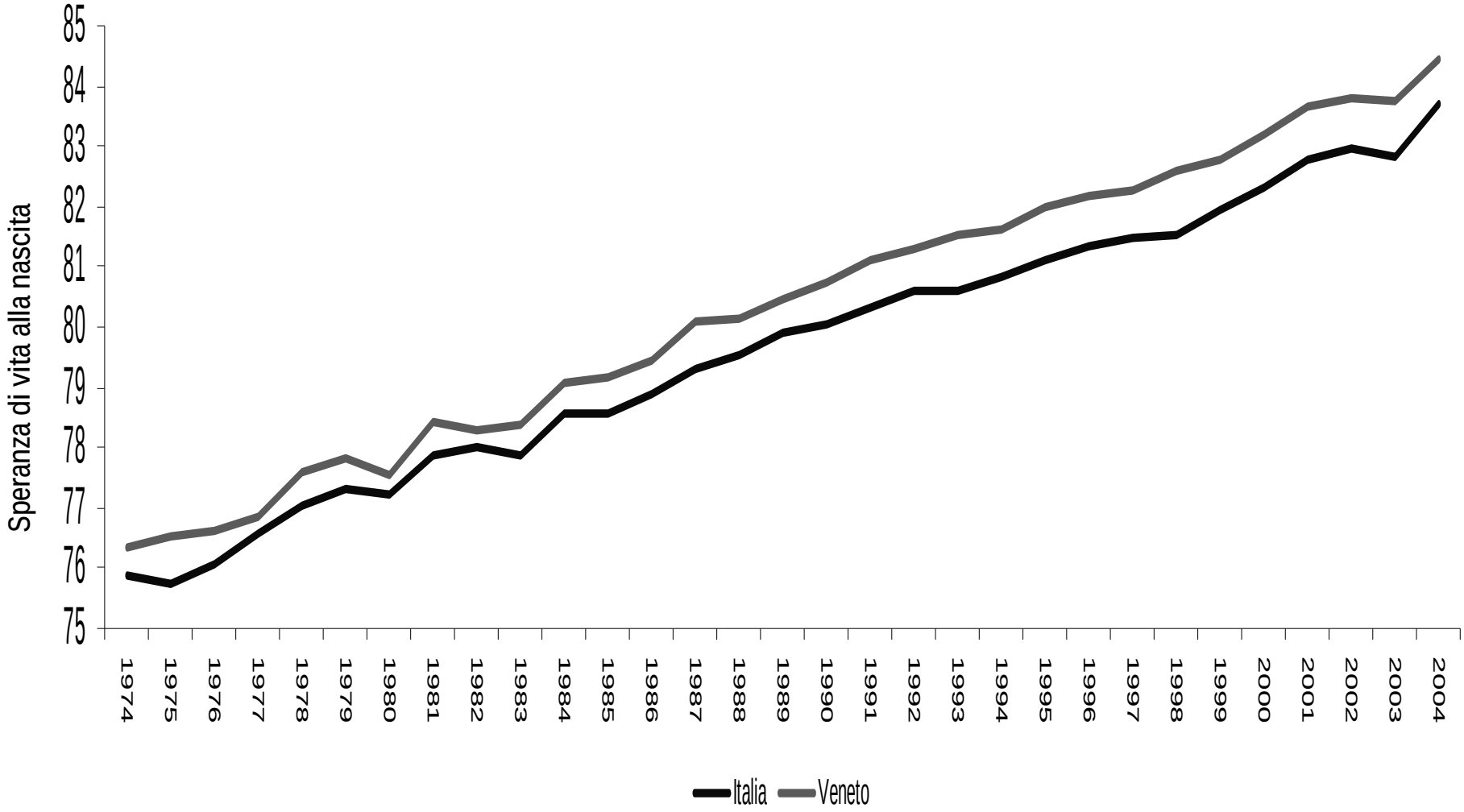
Fonte: Istat

Speranza di vita alla nascita, maschi, Italia e Veneto, 1974 - 2004



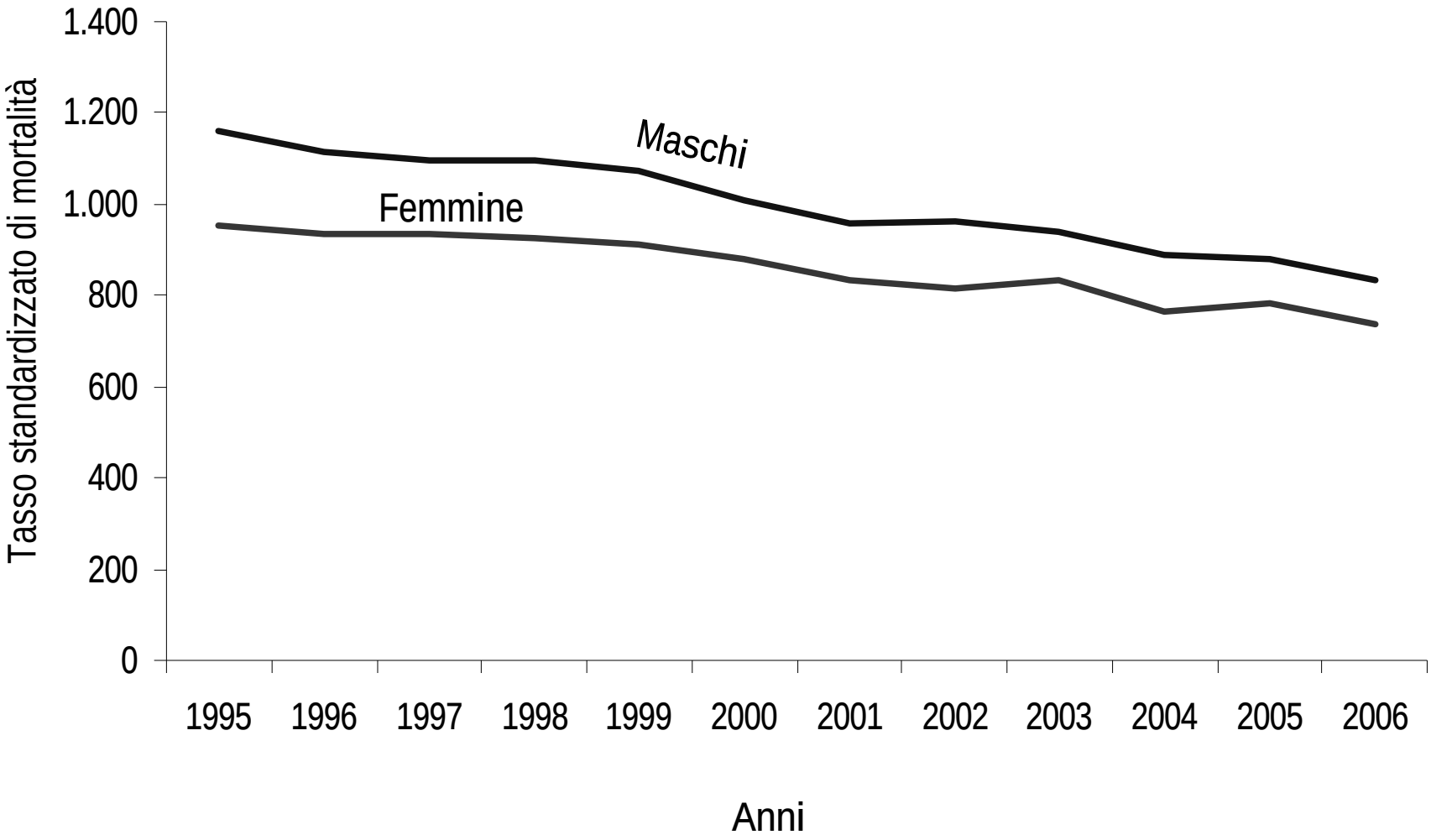
Fonte: Istat

Speranza di vita alla nascita, femmine, Italia e Veneto, 1974 - 2004



Fonte: Istat

Tasso standardizzato di mortalità per 100.000 abitanti, Veneto e Italia, 1995-2006



Fonte: Flusso Regionale di Mortalità

Generalità

Il Veneto in cifre:

Residenti: 4,8 milioni

Aziende Ulss: 21

Aziende Ospedaliere: 2

IRCSS: 1

Presidi Ospedalieri: 61

Distretti: 52

Posti letto: ca. 15 mila

Dipendenti: oltre 56 mila

La dimensione degli acquisti e logistica:

Acquisti beni di consumo: 970 milioni ca.

Dipendenti direttamente coinvolti: ca. 1000

Magazzini fisici di beni: 90

La Regione del Veneto

IRCCS Azienda Ospedaliera

Aziende ULSS ed Ospedaliere del Veneto:

- ***N° 21 Unità Locali Socio Sanitarie :***
  - Presidi Ospedalieri (assistenza ospedaliera);
  - Dipartimento di prevenzione (prevenzione);
  - Distretto (MMG/PLS; assistenza: specialistica ambulatoriale, anziani, invalidi, tossicodipendenze, domiciliare integrata, materno infantile, salute mentale).
- ***N° 2 Aziende Ospedaliere:***
  - Formazione universitaria ;
  - Erogatore di prestazioni ad elevata complessità;
- ***N° 1 Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico:***
  - Ricerca scientifica ;
  - Erogatore di prestazioni monospecialistiche;

Il Modello veneto è caratterizzato da:

- Un’avanzata esperienza di integrazione sociale e sanitaria;
- Accentuato rapporto tra ospedale e territorio.

Il sistema veneto sta conoscendo quattro grandi processi di riadeguamento strutturale che riguardano:

- la ridefinizione della rete ospedaliera;
- la ridefinizione della rete delle residenze sanitarie extraospedaliere;
- la programmazione e l'implementazione del sistema di assistenza domiciliare;
- l'organizzazione distrettuale.

Assistenza Ospedaliera

Rimodulazione complessiva, dei posti letto ospedalieri:

- 4 posti letto per acuti per mille abitanti;
- tasso di ospedalizzazione del 160 per mille per l'attività di ricovero a ciclo continuo.

L'1 per mille dedicato alla post-acuzie e alla riabilitazione

La rete ospedaliera veneta

Prima della programmazione con DGR. 3223/2002

- da un lato eccessivamente parcellizzata, dispersa su numerosi presidi di piccole dimensioni;
- dall'altro ancora paradossalmente accentrata (molti servizi possono e devono essere offerti a livello Domiciliare e Territoriale)

Il livello percentuale di risorse assorbite rispetto all'intero sistema è ancora eccessivamente elevato sia in relazione agli standard europei che a quelli nazionali.

Costituzione della Rete ospedaliera che si articola, su:

- Aziende ospedaliere;
- Ospedali capoluogo di provincia;
- Ospedali di rete;

A questi si affiancano gli ospedali integrativi della rete, che sono interamente o in modo importante dedicati all'assistenza dei post-acuti e all'assistenza riabilitativa estensiva.

Centri sanitari polifunzionali, strutture in grado di erogare attività anche ad alta tecnologia (es. diagnostica per immagini) ma soprattutto di tipo distrettuale.

Assistenza Socio Sanitaria Territoriale

Il contesto regionale recente

- DGR 5273/98 sull'organizzazione distrettuale;
- Accordo regionale per la Medicina Generale;
- DGR 751/2000 sulla programmazione dell'assistenza residenziale territoriale;
- DGR 92 CR /2004 assistenza socio sanitaria alle persone non autosufficienti;
- L.R. 22/2002 su requisiti delle strutture e accreditamento;
- DGR di recepimento dei LEA.
- DGR 2359 del 30/07/04 La rete integrata dei servizi per la domiciliarità;

Distretti, assetto strutturale
(DGR 5273/98)

modello basato prevalentemente su obiettivi di salute (*materno-infantile, disabilità-handicap, anziani, salute mentale, dipendenze*) integrato con nuove indicazioni che mettano al centro dell'attività distrettuale la medicina convenzionata (*Medicina generale e Pediatria di libera scelta*).

ATTIVITA' DEL D.S.S.

a. ATTIVITA' SANITARIE

b. ATTIVITA' SOCIO-SANITARIE

b1) PRESTAZIONI SANITARIE A RILEVANZA SOCIALE (attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite);

b2) PRESTAZIONI SOCIALI A RILEVANZA SANITARIA (attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute).

c. ATTIVITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA

Assistenza domiciliare

l'attuale programmazione regionale prevede che vengano assicurati 80.000-100.000 trattamenti annui domiciliari di cui 20.000 ad intensità elevata.

Nel territorio regionale si possono individuare sei tipologie di assistenza erogabile a domicilio di cui cinque a valenza integrata.

1. Assistenza domiciliare socio-assistenziale;
2. Assistenza domiciliare riabilitativa integrata con intervento sociale (ADI profilo A);
3. Assistenza domiciliare infermieristica con intervento sociale (ADI profilo B);
4. Assistenza domiciliare programmata integrata con intervento sociale (ADI profilo C);
5. Assistenza domiciliare integrata ex DPR 489/96 e DPR 613/96 (ex DGR 2997) ADIMED (ADI profilo D);
6. Assistenza ospedaliera a domicilio e riabilitazione domiciliare intensiva ADI-HR (ADI profilo E).

La rete integrata dei servizi per la domiciliarità (DGR 2359 del 30/07/04) 1/2

- l'assistenza domiciliare erogata dai Comuni
- interventi sociali professionali e l'assistenza economica attivati dai Comuni;
- il sostegno economico regionale alle famiglie, in condizione economica contenuta, gravate dalla cura di persone non autosufficienti;
- l'avvio sperimentale di interventi di "sollievo" per le famiglie;

La rete integrata dei servizi per la domiciliarità (DGR 2359 del 30/07/04) 2/2

- il sistema della residenzialità per le persone non autosufficienti, che si apre alle attività territoriali e diurne;
- l'apporto locale delle organizzazioni non profit e del volontariato;
- il telesoccorso e il telecontrollo.

La rete integrata dei servizi residenziali (DGR 751 del 10/03/00)

- Nel Veneto la rete dei servizi residenziali è costituita da 270 strutture con una dotazione complessiva di circa 26.000 posti letto.
- Consolidamento della residenzialità come sistema funzionale, inserito nella rete di servizi alla persona, integrato con il sistema dei servizi socio sanitari territoriali.
- Regolamentazione delle procedure per la definizione della condizione di non autosufficienza e per l'accesso alle strutture di residenzialità.

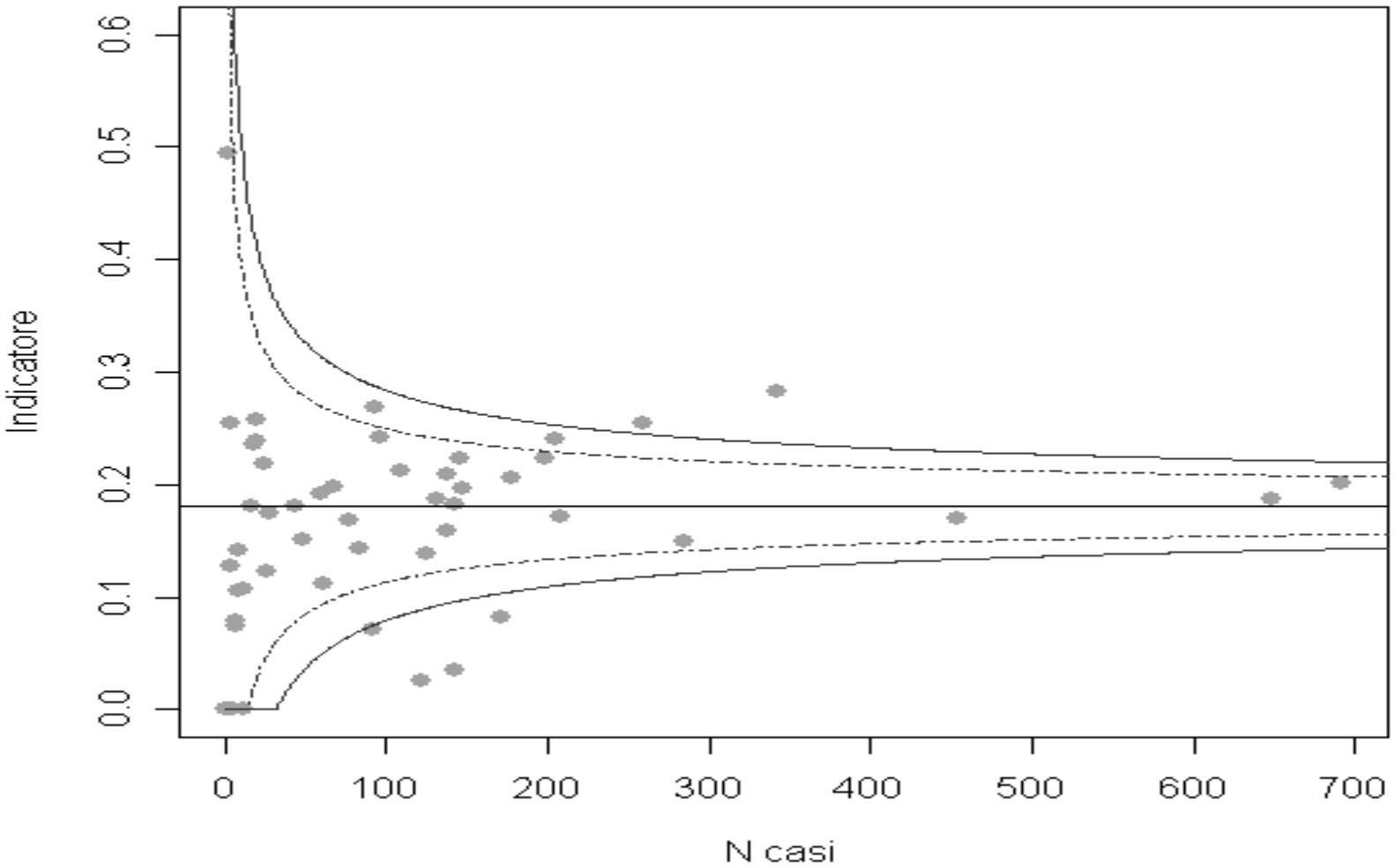
Ospedali di comunità

Strutture di residenzialità extra ospedaliera per pazienti in dimissione da reparti per acuti e post acuti dell'ospedale, per i quali sia necessario consolidare le condizioni fisiche in ambito non ospedaliero; ovvero per accogliere pazienti per i quali i MMG possono richiedere un ambiente protetto per attuare o proseguire un trattamento domiciliare.

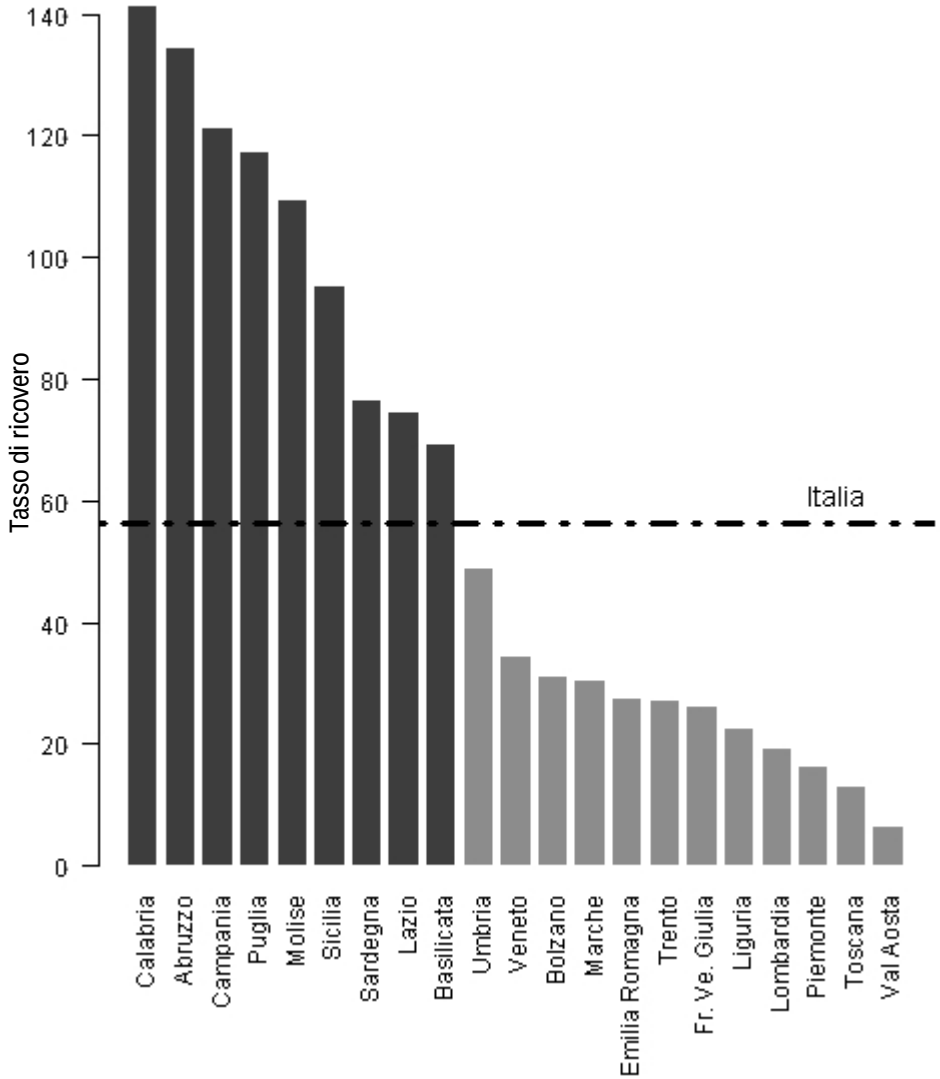
INDICATORI DI QUALITA' NEL VENETO

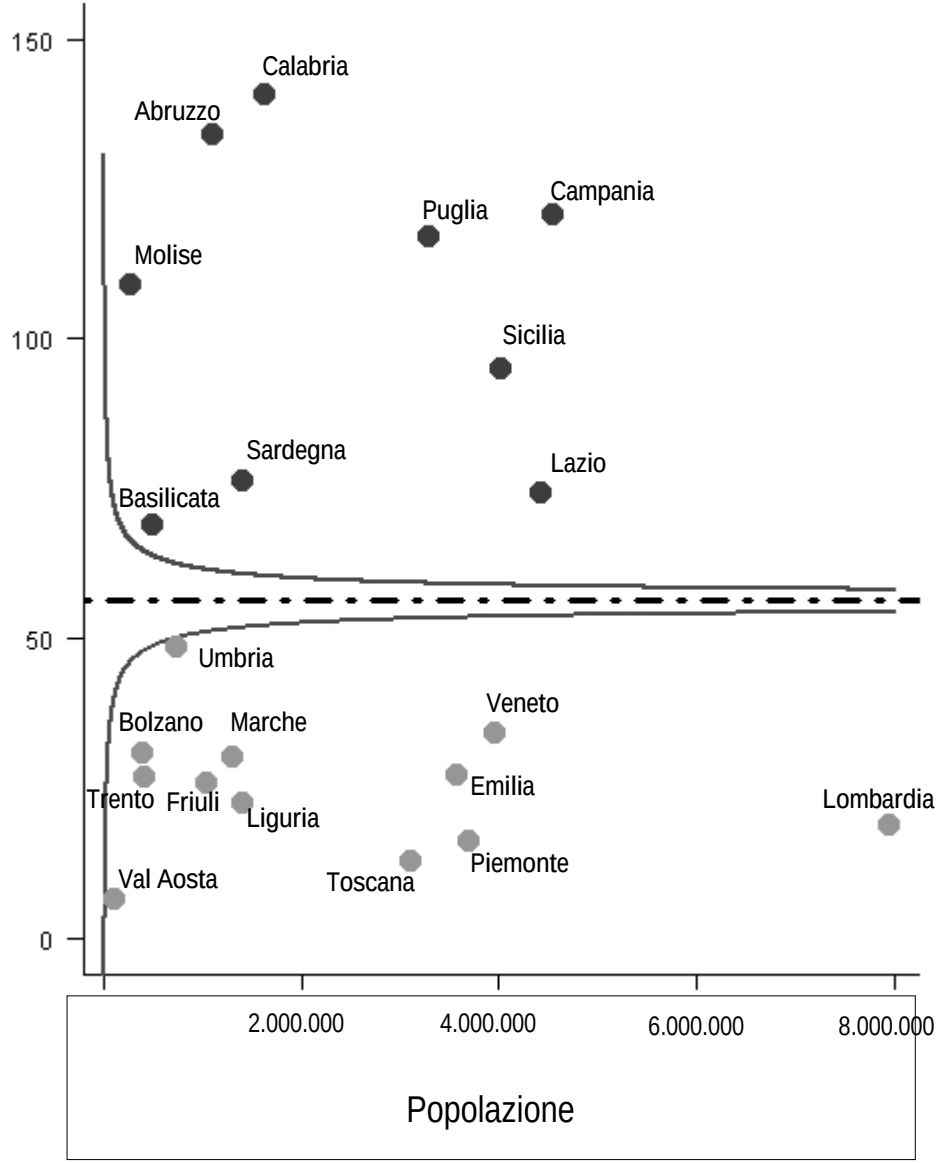
- L'Agenzia Regionale Socio-Sanitaria del Veneto (ARSS) da tre anni sta elaborando un insieme di indicatori che considerano, oltre all'equità, tre dimensioni fondamentali della qualità: **efficacia, accesso e sicurezza**. A tal fine ha utilizzato oltre otto milioni di schede di dimissione ospedaliera compilate nel Veneto tra il 2000 ed il 2008.
- Gli indicatori di **efficacia** analizzano, per varie diagnosi e procedure, il trend del rischio aggiustato di morte durante la degenza.
- Gli indicatori di **accesso** segnalano quanto frequentemente i cittadini utilizzano procedure, per le quali è possibile valutare il sovra- o sotto-utilizzo e/o utilizzo inappropriato.
- Gli indicatori di **sicurezza** studiano l'incidenza di vari eventi avversi durante l'ospedalizzazione.

Infarto acuto del miocardio: diagramma ad imbuto del rischio aggiustato di morte intraospedaliera, Veneto, 2007

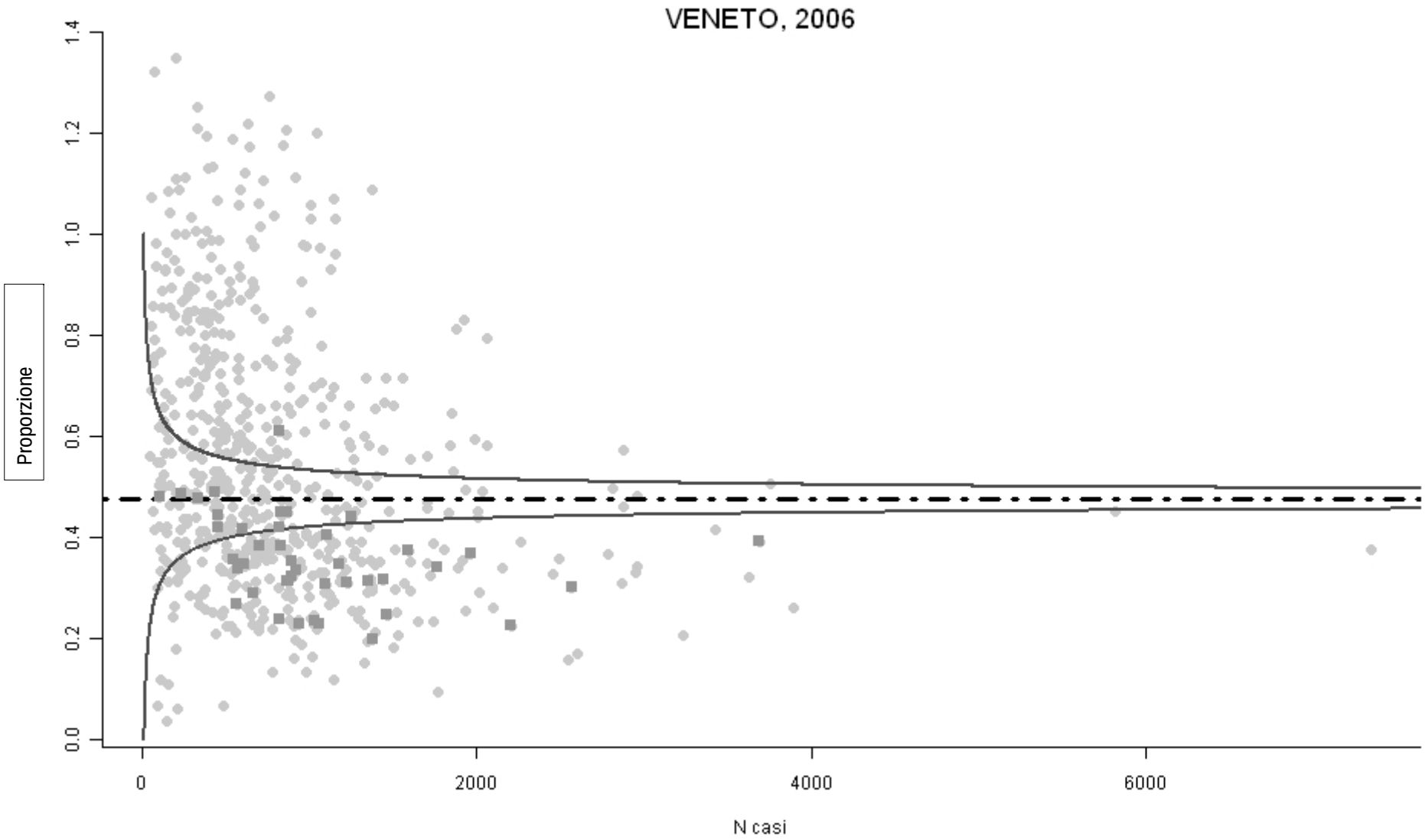


Ipertensione: diagramma a barre e grafico ad imbuto del tasso di ricovero per 100.000 adulti/anno, Regioni Italiane, 2006

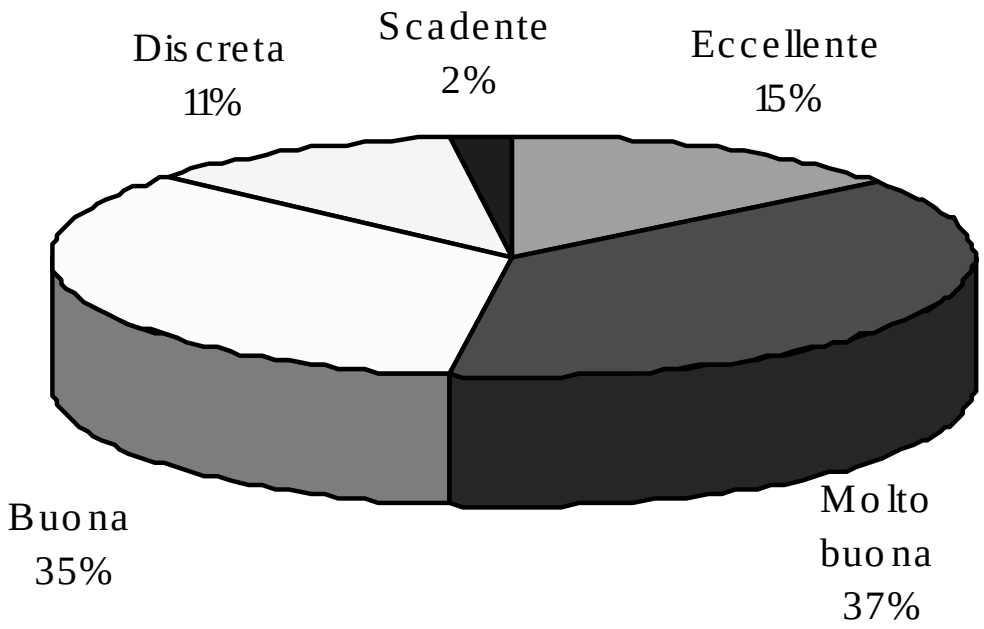




Parti cesarei: grafici ad imbuto della proporzione aggiustata, Ospedali Italiani e Veneti, 2006



Frequenza relativa e cumulata della popolazione per fasce di accesso al PS
(Accesso attivo: accesso diretto dei cittadini alle strutture sanitarie)

TEMPO DI ACCESSO	POPOLAZIONE	FREQUENZA RELATIVA	FREQUENZA CUMULATA
0 - 10 minuti *(zona urbana)*	3.154.352	67,9%	67,9%
10 – 20 minuti *(zona sub-urbana)*	1.363.935	29,4%	97,3%
20 – 30 minuti *(zona rurale / periferica)*	114.685	2,5%	99,8%
30 – 40 minuti *(zona remota)*	9.927	0,2%	100,0%
	4.642.899	**100.0%**	

Giudizio complessivo da parte dei cittadini sull'assistenza ricevuta