

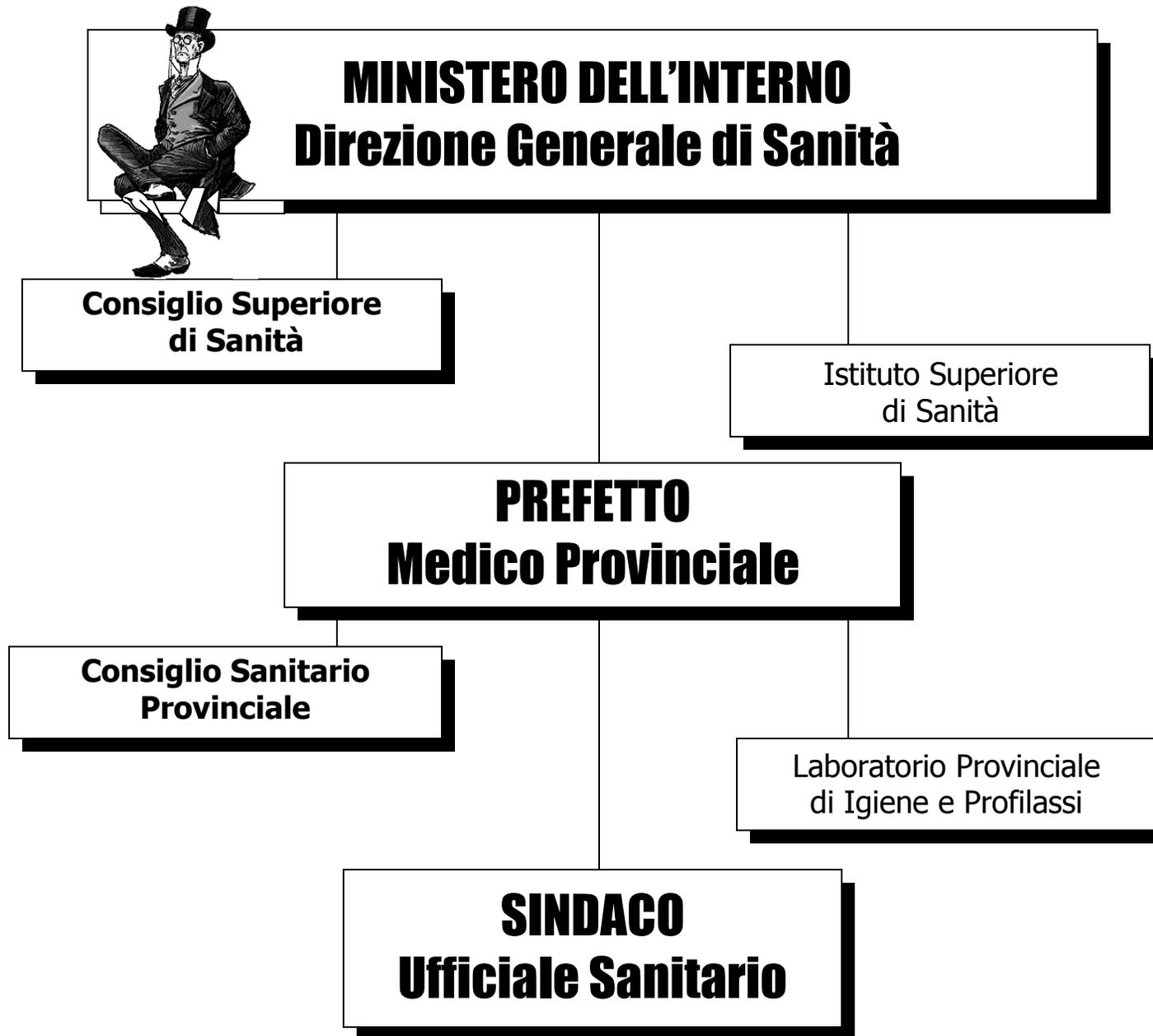
EVOLUZIONE ORDINAMENTO SANITARIO ITALIANO

1865 - Obbligatorietà dei Comuni assistenza ai poveri

1888 - Legge Crispi - Pagliani

- organizzazione sanitaria;
- riconoscimento giuridico della condotta medica;
- assistenza farmaceutica, ostetrica, zoiatrica;
- igiene;
- vigilanza sulle professioni

1890 - Riforma delle Opere Pie



Legge Crispi-Pagliani (1888) – T.U.LL.SS. N. 1265 (1934)

1900 - 1946

- obbligo assicurazione industria (1904)
- primo T.U. leggi sanitarie (1907)

- cure prevenzione pellagra;
- manicomi;
- assistenza sanitaria;
- igiene abitato

- dispensari malattie veneree (1923)
- consorzi provinciali anti - TBC (1927)
- obbligo assicurazione lavori agricoli (1917)
- assicurazione malattie professionali (1929)

1934 - T.U. Leggi Sanitarie

Assistenza su base assicurativa

- INADEL (1925)
- INAIL (1933)
- INPS (1935)
- ENPDEP (1939)
- ENPAS (1942)
- INAM (1943)

1938 Prima riforma ospedaliera (L. 1631)

1947 - Costituzione della Repubblica Italiana (art. 32)

Art. 32 – La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato ad 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

1958 -Istituzione del Ministero della Sanità

1964 -Piano di programmazione quinquennale





MINISTERO DELLA SANITA'

**Consiglio Superiore
di Sanità**

Istituto Superiore
di Sanità

MEDICO PROVINCIALE

**Consiglio Sanitario
Provinciale**

Laboratorio Provinciale
di Igiene e Profilassi

**SINDACO
Ufficiale Sanitario**

Legge Istituzione Ministero Sanità (1958)

1968 - Riforma Ospedaliera (Legge n. 132)

- ente sanitario
- consiglio amministrazione, consiglio sanitari
- classificazione ospedali
- programmazione sanitaria

1969 - D.P.R. 128, 129, 130

- ordinamento interno ospedali
- stato giuridico personale

1970 - Istituzione Regioni

1972 – trasferimento funzioni sanitarie statali alle regioni

1974 – Estinzione debiti enti mutualistici

1977 – trasferimento funzioni enti mutualistici alle regioni

1975 - 1978 Leggi settoriali

- Legge Consultori familiari (L. 4065/1975)
 - Legge tossicodipendenze (L. 685/1975)
 - Legge Psichiatria (L. 180/ 1978)
 - Legge IVG (L. 194/1978)
-
-

1978 - Legge Istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (L. 833)

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il S.S.N.

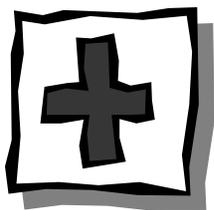
La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana.

Il SSN è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzioni di condizioni individuali e sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti dei servizi.

L'attuazione del SSN compete allo Stato, alle Regioni ed agli Enti territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.

Nel SSN è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e delle collettività.

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



Art. 2 – Gli obiettivi

Art.6 – Competenze dello Stato

Art. 7 – Funzioni delegate alle Regioni

Art. 10 – L'organizzazione territoriale

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

L'USL 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 SSN.

Sulla base dei criteri stabiliti con legge regionale, i comuni, singoli o associati, o le comunità montane articolano le USL in distretti sanitari di base, quali strutture tecnico – funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento.

I PRINCIPI



**Globalità
Unitarietà**



**Decentramento
Territorializzazione**

**Pianificazione
Programmazione**



Prevenzione



Partecipazione



USL – Struttura organizzativa

Componente politico - gestionale

Comitato di Gestione, Presidente

Componente tecnico - operativa

Ufficio di Direzione

1978 - 1995

1984 Delibera CIPE (standard)

1985 Norme per la programmazione sanitaria e per il P.S.N.

1988 Dotazioni organiche personali

1991 Norme per la gestione transitoria delle USL

1992 Riordino delle discipline in materia sanitaria (L. 502)

1993 Modifiche alla 502 (D.L. 517)

1994 Atto di intesa tra Stato e Regioni per la definizione del Piano Sanitario Nazionale relativo al triennio 1994-1996

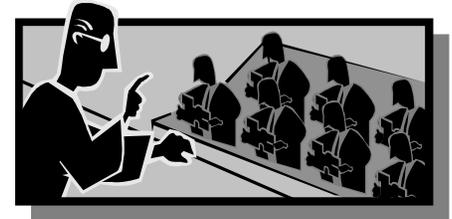
LEGGE 502/1992

Governo PSN
Livelli uniformi di assistenza

Regioni PSR - Linee organizzative dei servizi
Criteri di finanziamento delle USL
Indirizzo e controllo USL

ASL Enti strumentali delle Regioni dotati di
personalità giuridica pubblica
Azienda Sanitaria Locale - dotata di
autonomia organizzativa, patrimoniale,
contabile, gestionale e tecnica

Ospedali Aziende ospedaliere
- ospedali a rilievo nazionale e di alta specializzazione
- ospedali dotati di D.E.A.
- policlinici universitari
- ospedali con triennio clinico universitari
Ospedali presidi di ASL



Organismi Aziende

Direttore Generale
Direttore Sanitario
Direttore Amministrativo
Collegio dei revisori
Consiglio dei sanitari

E poi...

Accorpamento delle USL



Agenzia Regionale per la Prevenzione

Nuova disciplina della dirigenza sanitaria

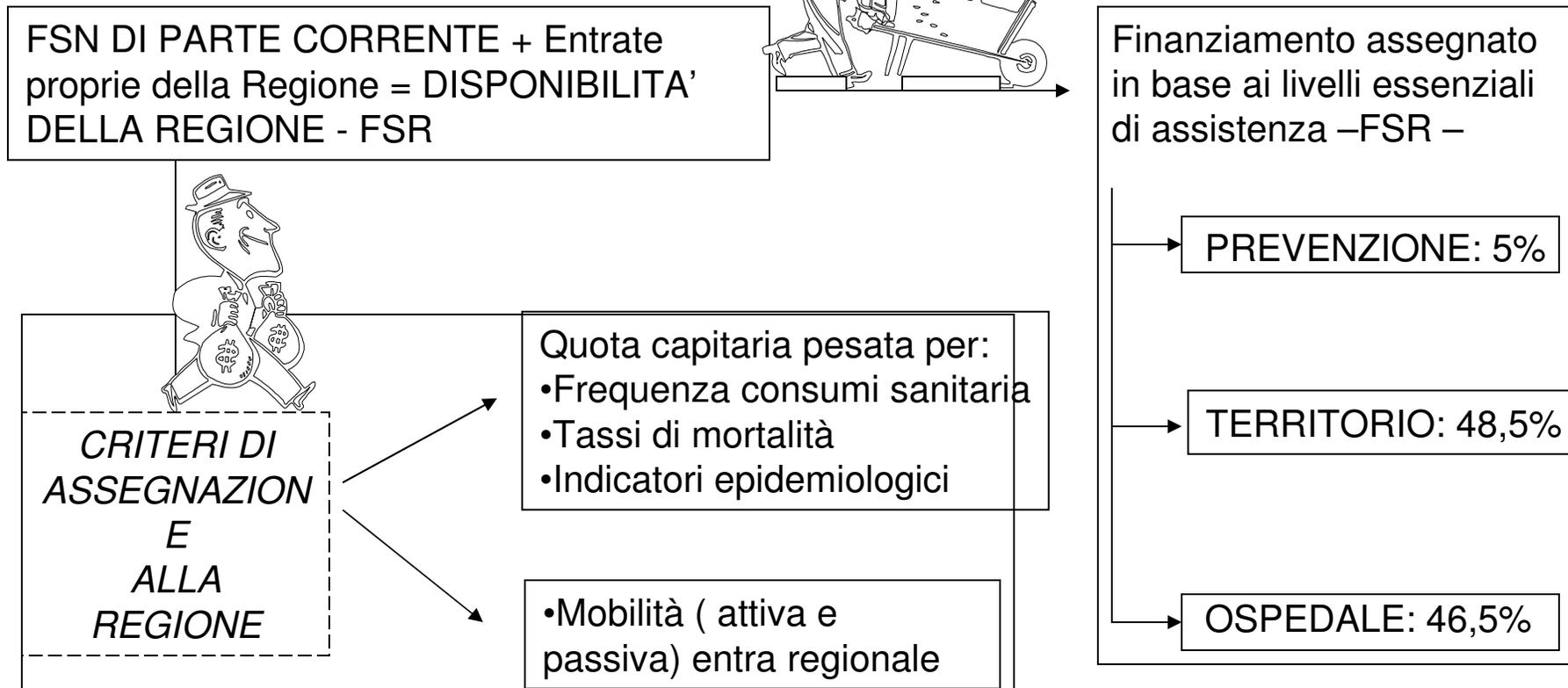


Il nuovo sistema di finanziamento del SSN

contributi malattia	oneri sociali	altre entrate	integrazioni stato
--------------------------------	----------------------	----------------------	-------------------------------

Ministero della Sanità Attività ricerca 1% Eventuali aumenti contributivi a carico della popolazione regionale	FSN Contributi locali riparametrati in base a: <ul style="list-style-type: none">•popolazione residente•riequilibrio•situazioni svantaggiate	Quota di integrazione dello Stato riparametrata
--	---	--

Regione	
<i>Aziende ospedaliere</i> 80% costi complessivi Pagamento prestazioni a tariffa	<i>Aziende ASL</i> Finanziamento in base alla popolazione residente
Utenza: camere a pagamento; ticket; servizi integrativi a pagamento	



Il FSR può essere aumentato ricorrendo all'**autofinanziamento**, ovvero a:

1. Diminuzione limite per esenzione
2. Aumento quota fissa prescrizioni farmaceutiche, visite specialistiche, ecc.
3. Aumento tributi e contributi regionali



FSR

GESTIONE REGIONALE (PROGETTI OBIETTIVI) ••••

Finanziamento dei progetti obiettivi presentati dalle aziende e ad esse approvati dalla Regione

GESTIONE AZIENDALE ORDINARIA (LIVASS) ••••

Finanziamento destinato ai livelli essenziali di assistenza (fissate discrezionalmente dalle singole)

CRITERI DI ASSEGNAZIONE ALLE AZIENDE



ASL

Garantiscono la tutela della salute della popolazione

ASO

Garantiscono l'erogazione di prestazioni ospedaliere specialistiche

Quota capitaria pesata per:
- Classi di età e sesso
- Indice di dispersione

Mobilità (attiva e passiva) intra ed entra regionale

PREVENZIONE: ...%

TERRITORIO: ...%

OSPEDALE: ...%

-
-
- 1996 L. 648 Misure per il contenimento della spesa farmaceutica e per la rideterminazione del tetto di spesa per l'anno 1996
- 1998 L. 419 di Delega al Governo per la razionalizzazione del SSN (modifiche L. 502/92)
- 1999 L. 39 Disposizione per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano Sanitario Nazionale relativo al triennio 1998-2000
- 1999 L. 229 Norme per la razionalizzazione del SSN (modifiche L. 502/92) "Legge Bindi"
-
-

Decreti delegati

(Testo Consiglio dei Ministri, 14-4-1999)

AUTORIZZAZIONE

Realizzazione di strutture sanitarie e l'esercizio di attività sanitarie*

**(per prestazioni di chirurgia ambulatoriale; procedure diagnostico - terapeutiche di particolare complessità o che comportino rischio per la sicurezza del paziente)*



ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

Esercizio delle attività sanitarie per conto del Sistema Sanitario Nazionale



ACCORDI CONTRATTUALI

Esercizio delle attività sanitarie a carico del Sistema Sanitario Nazionale



2001 DPCM 29/11/01 n. 26. Definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

- A. Profilassi delle malattie infettive e parassitarie
 - B. Tutela collettività in riferimento all'inquinamento
 - C. Tutela collettività in riferimento al lavoro
 - D. Sanità pubblica veterinaria
 - E. Tutela igienico sanitaria degli alimenti
 - F. Attività di prevenzione nella persona (vaccini e screening)
 - G. Servizio medico-legale
-
-

2001 DPCM 29/11/01 n. 26. Definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

Assistenza distrettuale

- A. Assistenza sanitaria di base (MMG, continuità assistenziale)
 - B. Attività di emergenza sanitaria territoriale
 - C. Assistenza farmaceutica (farmaci classe A)
 - D. Assistenza integrativa (prodotti dietetici e presidi sanitari)
 - E. Assistenza specialistica ambulatoriale (terapia, riabilitazione e laboratorio)
 - F. Assistenza protesica
 - G. Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare
 - H. Assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale
 - I. Assistenza termale (certe patologie)
-
-

2001 DPCM 29/11/01 n. 26. Definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

Assistenza ospedaliera

- A. Pronto soccorso
- B. Degenza ordinaria
- C. Day hospital
- D. Day surgery
- E. Interventi ospedalieri a domicilio (modelli regionali)
- F. Riabilitazione
- G. Lungodegenza
- H. Servizi trasfusionali
- I. Attività di trapianto

+ ELENCO PRESTAZIONI ESCLUSE DAI LEA...
