

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e la sua articolazione

Emidia Vagnoni

Cronistoria del sistema sanitario italiano

- Fase assicurativo –caritativa (dall'unità d'Italia dalla metà degli anni '60);
- Fase della mutualità piena (metà anni '60-1977);
- Fase del servizio sanitario nazionale SSN (dopo la riforma del 1978 con l'istituzione del SSN: L.833/1978)
 - Periodo ante riforma del 1992
 - Periodo post riforma del 1992

Leggi di riforma

Legge Mariotti 132/68

Legge che definisce un processo di trasformazione
degli ordinamenti ospedalieri

Legge 833/78

Legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale

Decreto legislativo 502/92

Istituzione delle Aziende Sanitarie

Fase mutualistica

Enti Mutualistici assicurativi e previdenziali

- enti non territoriali con gestione autonoma e casse organizzate su base provinciale
- facevano riferimento a specifiche attività lavorative
- erano rivolti ai singoli lavoratori e al nucleo familiare
“a carico”
- prevedevano livelli differenti di assistenza

SSN

modello organizzativo ispirato al principio di solidarietà:

fondamenti del sistema sanitario sono

- l'equità**
- l'universalità dell'accesso ai servizi**

la responsabilità del raggiungimento di tali obiettivi è stata storicamente affidata allo stato e alle sue articolazioni territoriali

SSN

ART. 1 - il Servizio Sanitario è esteso a tutta la popolazione senza distinzione di condizioni sociali e individuali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti dei servizi

**SSN → gestione dei servizi concentrata
decentrata**

stato → legge quadro

regione → legislazione sanitaria vera e propria

comune → fase amministrativo-operativa

Unità Sanitaria Locale (USL)

Educazione sanitaria → prevenzione individuale e collettiva →
attenzione alla prevenzione

- ❖ igiene e medicina scolastica
- ❖ igiene e medicina del lavoro
- ❖ medicina dello sport
- ❖ protezione materno infantile
- ❖ igiene degli alimenti
- ❖ medicina legale, profilassi e polizia veterinaria

Unità Sanitaria Locale (USL)

- ❖ assistenza farmaceutica
- ❖ assistenza medico-generica
- ❖ assistenza ospedaliera
- ❖ riabilitazione

L'aziendalizzazione (Dlgs 502/92)

- ❖ Istituzione delle aziende sanitarie dotate di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale, tecnica
- ❖ adozione di un sistema di finanziamento statale alle Regioni con responsabilità delle regioni e dei direttori generali rispetto ad eventuali disavanzi di gestione
- ❖ istituzione delle figure del Direttore generale, del Direttore sanitario aziendale e del Direttore amministrativo (nominati direttamente dal Direttore generale)

L'ultima fase relativa all'istituzione e al funzionamento del SSN è contraddistinta da 3 successivi interventi di riforma e dal decentramento delle responsabilità alle Regioni:

- ❖ **Riforma bis del 1992-1995 (D.Lgs 502/1992 e L. 724/1994):** introduzione di elementi di “concorrenza amministrata” con l'istituzione delle aziende sanitarie (aziende USL e aziende ospedaliere con un direttore generale, dotata di autonomia gestionale e tenute ad adottare una contabilità economico-patrimoniale e l'introduzione del pagamento a tariffa per la gran parte delle prestazioni (tariffe DRG per i ricoveri);
- ❖ **Riforma ter del 1998-99 (D.Lgs 229/1999 e L. 419/1998) e autonomia finanziaria regionale (D.Lgs 446/1997):** il SSN diventa un sistema di Servizi sanitari Regionali finanziati con tributi “propri”(IRAP e addizionale IRPEF) ; previsione dei LEA; introduzione della libera professione intramuraria; maggiore controllo delle aziende sanitarie da parte delle comunità locali; correttivi alle tariffe per aumentare equità ed efficienza;
- ❖ **Fase del federalismo fiscale** (art.10 D.Lgs 56/2000 e L. 133/1999; riforma del titolo V della Costituzione dell'ottobre 2001; legge 42/2009)

L'Azienda sanitaria

Alle aziende sanitarie viene riconosciuta:

- *Personalità giuridica pubblica*
- *Autonomia:*
 - Organizzativa
 - Gestionale
 - Amministrativa
 - Patrimoniale
 - Contabile

Limitazione dell'autonomia (ASL)

L'autonomia in capo alle Aziende Sanitarie è subordinata al ruolo che la regione assegna loro in sede di programmazione regionale;

Le AS devono garantire i Livelli essenziali di assistenza (LEA) stabiliti dalla regione

L'autonomia gestionale delle aziende è comunque secondaria al rispetto dell'equilibrio economico

Principali innovazioni rispetto al modello pre-vigente

- Configurazione giuridica
- Autonomia e responsabilità
- Dirigenti con contratti di natura privata
- Separazione responsabilità tecnica da quella politica
- Cultura orientata alla gestione
- Strumenti gestionali

Funzioni attribuite alle ASL dalla riforma del 1992

Tutela della salute dei cittadini:

- provvedono a garantire i livelli di assistenza all'interno del proprio territorio a prescindere dai soggetti che erogano i servizi

Produzione ed erogazione dei servizi:

- provvedono a gestire i propri Presidi Ospedalieri e Servizi Territoriali perseguendo l'equilibrio tra la remunerazione delle prestazioni e i costi di gestione

Le Aziende Ospedaliero-Universitarie

- Le AOU presentano le caratteristiche di Azienda, come le Asl
- Non hanno un bacino territoriale di riferimento
- Si caratterizzano per avere una governance definita insieme all'Università, e per una mission incentrata su assistenza, didattica e ricerca

Gli Irccs

Nascono negli anni '30 al fine di ottimizzare sforzi e risorse su settori clinici innovativi che all'epoca risultavano poco sviluppati.

La legge 833/78 li colloca nel SSN quali strutture dello stesso con l'obiettivo di integrare ricerca e assistenza sanitaria.

“Gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) sono enti a rilevanza nazionale dotati di autonomia e personalità giuridica che, secondo standards di eccellenza, perseguono finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, unitamente a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità”.



I dati del 2009 sulla produzione scientifica mostrano le cattive performance di molti Istituti

Pochi Irccs fanno vera ricerca

Italia spaccata in due: tra i primi 20 centri per impatto 15 sono al Nord

Non tutte le perle del Ssn brillano. Anzi. Molte brillano poco o per nulla. Nella lunga lista dei "magnifici" Irccs, gli ospedali di eccellenza che almeno sulla carta dovrebbero rappresentare la punta di diamante nella ricerca e nell'assistenza del Servizio sanitario, c'è qualche Istituto di troppo.

Tra i 43 centri che si sono guadagnati l'ambito riconoscimento di Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico - ogni anno se ne aggiunge almeno uno alla lista - in pochi e soprattutto al Centro-Nord (Lombardia in primis), con rare eccezioni importanti al Sud, fanno davvero ricerca ad alto livello. Gli altri guardano dal basso. Altri ancora arrancano e portano a casa risultati modesti. A volte quasi imbarazzanti.

Il nuovo aggiornato spaccato esce fuori dagli ultimi dati del ministero della Salute, pubblicati in esclusiva da «Il Sole-24 Ore Sanità». I dati del 2009 parlano chiaro: pubblicazioni al lumicino per molti Irccs (cinque non sono riusciti a produrne più di 50 in un anno). Con l'«impact factor», il peso scientifico della ricerca calcolato sulle pubblicazioni (in questo caso anche «normalizzato», ri-

toccato cioè secondo le indicazioni ministeriali) che vede stravincere alcune strutture, quasi tutte del Nord: a partire dal solito San Raffaele di Milano che da solo (con 3.423 punti) ha più «impatto» di quasi venti Irccs messi insieme. Mentre sono solo 17 gli Istituti che riescono a superare l'asticella di 500 punti di impact factor, un tetto minimo per poter dire che si fa innovazione d'avanguardia. Basti pensare che un buon gruppo di ricerca a livello internazionale, fatto di una decina di persone tra ricercatori e tecnici, ne conquista almeno 100 in un anno. Non va molto meglio per la gran parte degli Istituti anche su altri fronti: dalla capacità di attrarre finanziamenti pubblici e privati (oltre a quelli del ministero) al numero di trial clinici (le sperimentazioni) e ai pazienti reclutati. Il ministero della Salute ha deciso, però, di non stare a guardare. E dall'anno scorso ha deciso di mettere a bando una bella fetta (40 milioni sui 200 totali) dei fondi della ricerca corrente, quella distribuita a tutti gli Irccs. Assicurando dunque solo ai migliori le risorse in più.

Ricerca per pochi. Dai dati del ministero emerge chiaramente che più della metà degli istituti

La top 20 per impact factor

Posizione	Nome dell'Irccs	Impact factor totale normalizzato
1	Istituto San Raffaele di Milano (privato)	3.423,20
2	Ospedale Maggiore di Milano (pubblico)	2.238,20
3	Policl. San Matteo di Pavia (pubblico)	1.782,30
4	Istituto dei tumori di Milano (pubblico)	1.647,80
5	Istituto europeo di Oncologia di Milano (privato)	1.320,10
6	Fondaz. Santa Lucia di Roma (privato)	1.266,50
7	Istituto Gaslini di Genova (pubblico)	1.103,10
8	Fondazione Maugeri di Pavia (privato)	947,50
9	Istituto di Rizzoli di Bologna (pubblico)	900,7
10	Istituto Regina Elena di Roma (pubblico)	873,20
11	Osp. Bambino Gesù di Roma (privato)	847,00
12	Fondazione Carlo Besta di Milano (pubblico)	822,50
13	Istituto auxologico di Milano (privato)	813,20
14	Istituto per la ricerca sul cancro di Genova (pubblico)	810,50
15	Casa Sollievo della sofferenza di S. Giovanni Rotondo (Foggia) (privato)	666,10
16	Centro oncologico di Aviano (pubblico)	660,20
17	Istituto Neurologico mediterraneo di Pozzilli (privato)	628,30
18	Istituto Humanitas di Milano (privato)	491,30
19	Istituto oncologico veneto di Padova (pubblico)	484,70
20	Istituto nazionale di ricovero e cura per anziani di Ancona	473,20

pubblici e privati a carattere scientifico, di scientifico non ha granché: hanno ottenuto l'agognato riconoscimento, si sono messi in tasca i finanziamenti che dai 189 milioni del 2007 sono passati a 200 nel 2008 per poi scendere ai 160 dell'anno scorso (perché, come detto, 40 milioni sono stati spostati nei bandi). Ma di risultati scientifici ne possono vantare ben pochi. Se si prende come punto di riferimento l'impact factor -, la misura cioè delle pubblicazioni e della loro utilità basata in buona parte sul prestigio della rivista su cui sono pubblicate e sul numero degli scienziati che le utilizzano per costruire altra ricerca scientifica - solo una ventina di Irccs sembrano fare bella figura. Certo, va precisato che si tratta di una classifica molto grezza che non tiene conto di molti fattori: a cominciare dal fatto che gli Istituti che si occupano di alcune attività di ricerca più «spendibili», come l'Oncologia, hanno accesso più facile alle riviste importanti che fanno punteggio. Da qui l'impact factor in media più alto per gli Irccs specializzati nei tumori. Va anche aggiunto che i punteggi bassi spesso dipendono dal numero esiguo di ricercatori impiegati: per

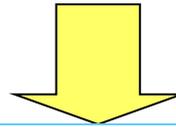
questo bisogna tener conto, per giudicare la qualità scientifica, anche di altri due indicatori. E cioè qual è l'impact factor per ogni ricercatore e il costo medio speso per conquistare un punto. Ma questo non spiega gli scarsi risultati di alcuni centri. Gli ultimi tre Istituti per impatto scientifico sono il Crob di Rionero in Vulture, specializzato in Oncologia, che in un anno ha totalizzato solo 75 punti di «If» e una manciata di pubblicazioni (23 in tutto). Poi il De Bellis di Bari (specializzato in Gastroenterologia) con 103 punti e 35 pubblicazioni. Non va molto meglio il «Sdn» di Napoli (l'Istituto di diagnostica nucleare) con 110 punti e 29 pubblicazioni. Ebbene questi tre centri si trovano a distanza siderale dai primi tre Irccs d'Italia per impact factor. Il San Raffaele di Milano di Don Verzè fa il pieno con 3.423 punti e 759 pubblicazioni. L'ospedale Maggiore di Milano totalizza 2.238 punti e 709 pubblicazioni, mentre il San Matteo di Pavia conquista 1.782 punti per 462 pubblicazioni.

Il ministero punta al merito. È stato una delle prime battaglie del ministro Fazio che ha deciso di dare una scossa alla ricerca

STATO

Piano Sanitario Nazionale

Ministero della Salute



REGIONE

Piano Sanitario Regionale

AGENZIA REGIONALE

**AZIENDE UNITA'
SANITARIE LOCALI**

**AZIENDE SANITARIE
OSPEDALIERE**



PIANIFICAZIONE SANITARIA



PIANIFICAZIONE FINANZIARIA

La Pianificazione Centrale

La Pianificazione Sanitaria dello Stato delinea:

- Le aree prioritarie di intervento
- I livelli essenziali di assistenza sanitaria
- La quota capitaria di finanziamento disaggregato
- I progetti-obiettivo
- Esigenze e indirizzi per la formazione del personale
- Linee guida per i percorsi diagnostici-terapeutici
- I criteri e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza effettivi rispetto a quanto previsto

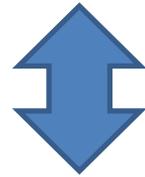
L'iter del PSN

- Il Piano sanitario nazionale viene predisposto dal Governo su proposta del Ministro della salute tenuto conto delle proposte provenienti dalle Regioni;
- Viene adottato con Decreto del Presidente della Repubblica previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, d'intesa con la Conferenza unificata.
- Il Piano sanitario nazionale ha durata triennale.
- Entro centocinquanta giorni dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale, le Regioni adottano o adeguano i propri Piani sanitari regionali, trasmettono al Ministro della salute gli schemi o i progetti allo scopo di acquisire il parere dello stesso per quanto attiene alla coerenza dei medesimi con gli indirizzi del Piano sanitario nazionale.

Il Piano sanitario nazionale 2006-2008

- I punti focali del Piano sanitario nazionale 2006-2008 sono:
 - 1) organizzare meglio e potenziare la promozione della salute e la prevenzione;
 - 2) rimodellare le cure primarie;
 - 3) favorire la promozione del governo clinico e della qualità nel Servizio sanitario nazionale;
 - 4) potenziare i sistemi integrati di reti sia a livello nazionale o sovraregionale (malattie rare, trapianti etc) sia a livello interistituzionale (integrazione sociosanitaria) sia tra i diversi livelli di assistenza (prevenzione, cure primarie etc);
 - 5) promuovere l'innovazione e la ricerca;
 - 6) favorire il ruolo partecipato del cittadino e delle associazioni nella gestione del Servizio sanitario nazionale;
 - 7) attuare una politica per la qualificazione delle risorse umane.

I LEA sono l'espressione dell'offerta
sanitaria



Risorse per il finanziamento dei LEA

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

- I Livelli essenziali di assistenza (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Ssn è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket)
- Il **monitoraggio** dell'assistenza sanitaria erogata dalle Regioni sul territorio nazionale avviene attraverso una serie di informazioni che, raccolte ed opportunamente elaborate e rappresentate sotto forma di indicatori, consentono di leggere importanti aspetti dell'assistenza sanitaria, inclusi quelli di qualità, appropriatezza e costo.

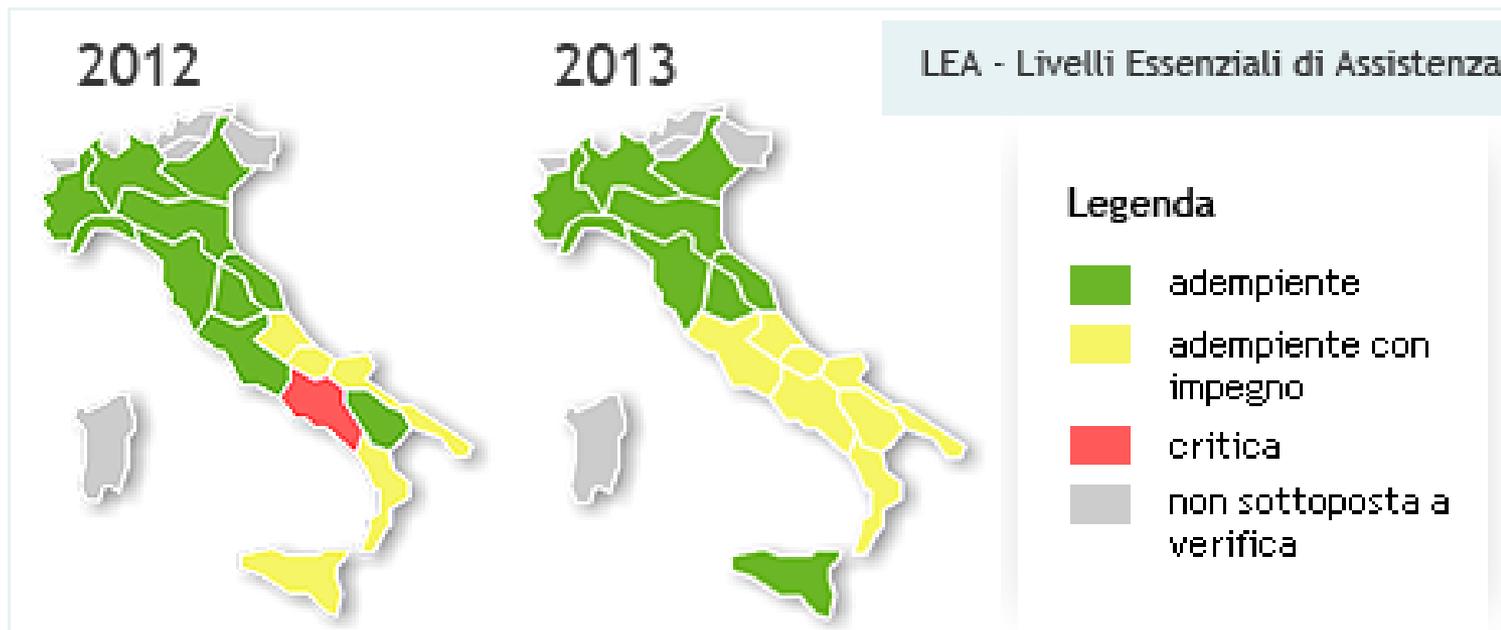
Monitoraggio LEA: criteri

- Appropriatelyzza
- Qualità
- Efficienza

Indicatori per il monitoraggio dei LEA

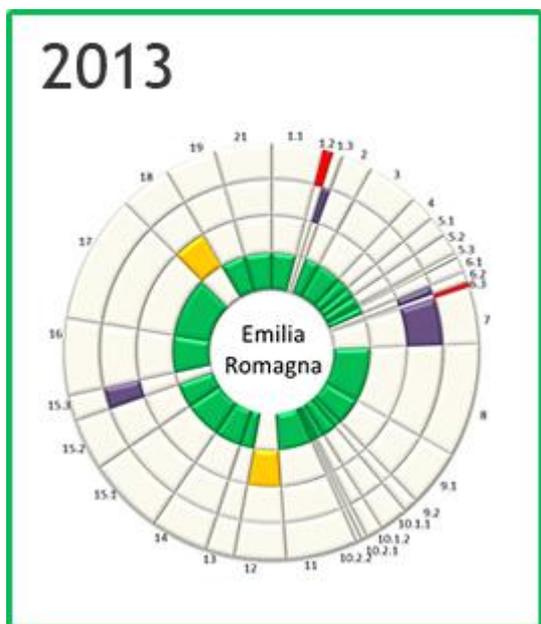
Livello di assistenza	Dimensioni del livello di assistenza	Indicatori	Peso complessivo del livello di assistenza
Assistenza collettiva	6	12	5
Assistenza distrettuale	9	13	11
Assistenza ospedaliera	5	7	9
Totale	20	32	25

Monitoraggio LEA

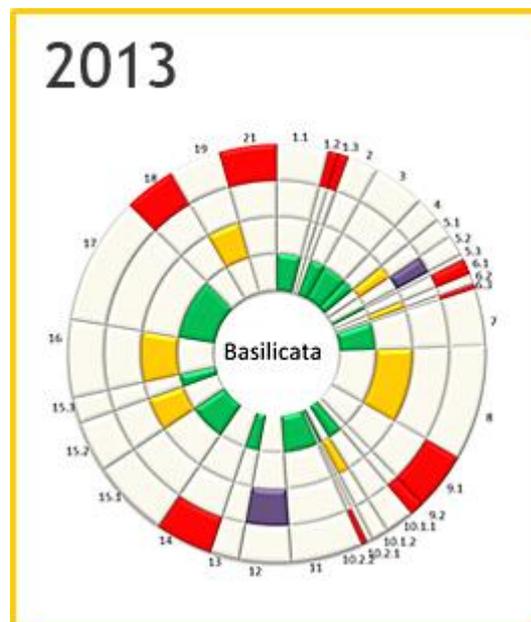


Monitoraggio LEA

Emilia Romagna



Basilicata



Criticità: vaccinazioni per MPR ed antinfluenzale per anziani, prevenzione alimentare, assistenza residenziale agli anziani e disabili, assistenza distrettuale ai dipartimenti di salute mentale, assistenza ospedaliera (parti cesarei primari) e emergenza





Nuovi Livelli essenziali di assistenza, Conferenza delle Regioni dà il via libera

8 settembre 2016 - Il Ministro Lorenzin al termine della Conferenza del 7 settembre 2016: "Abbiamo i nuovi Lea, il nuovo nomenclatore delle protesi ed il nuovo Piano vaccini. E' dunque davvero una buona giornata per milioni di pazienti in Italia, che

avranno accesso a nuove terapie e cure attraverso le risorse pubbliche del SSN"



Negli ultimi anni si assiste a:

- Fluttuazione delle risorse disponibili, talvolta per esigenze di finanza pubblica
- Necessità di riconfigurare un nuovo equilibrio nell'ambito del cosiddetto "Patto per la Salute" che vede partecipare tutte le regioni e province autonome

Il Patto per la Salute

Il Patto per la Salute è un ***accordo finanziario e programmatico*** tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema.

Patto per la Salute 2014-2016

L'accordo tra lo Stato e le Regioni sul nuovo Patto per la Salute 2014-2016, siglato il 10 luglio 2014, **cambia il sistema sanitario** italiano. Punti principali:

- La novità: dopo anni di tagli lineari le Regioni avranno **certezza di budget**, sarà possibile avviare una programmazione triennale.
- L'obiettivo è rendere il sistema sanitario **sostenibile** di fronte alle nuove sfide: l'invecchiamento della popolazione, l'arrivo dei nuovi farmaci sempre più efficaci ma costosi, la medicina personalizzata.
- Lotta agli **sprechi** e alle inefficienze, risparmi da reinvestire in salute.
- **Garantire a tutti** l'accesso alle cure, ai farmaci e uno standard qualitativo di assistenza.
- **Aggiornare i Lea** significa togliere prestazioni e cure ormai obsolete, che comunque costano, e sostituirle con nuove e moderne cure più efficaci per la cura delle malattie.
- Viene aggiornato anche il nomenclatore per garantire ai cittadini **protesi** moderne: era fermo da quindici anni.
- Il malato dal centro: **l'umanizzazione delle cure** è il fulcro del nuovo Patto.
- Si adeguano i Lea inserendovi tutte le **malattie rare**.
- Riorganizzare gli **ospedali**, potenziare la medicina del territorio significa creare una rete d'assistenza molto più efficiente e capillare ed evitare l'ingolfamento dei grandi ospedali.
- Riorganizzare la **medicina del territorio** con ruoli da protagonisti per i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e farmacie di servizio.

Patto per la Salute 2014-2016

- Livello di finanziamento del Ssn a cui concorre lo Stato:
 - 109.928.000.000 per il 2014
 - 112.062.000.000 per il 2015
 - 115.444.000.000 per il 2016
- «salvo eventuali modifiche che si rendessero necessario in relazione al conseguimento di obiettivi di finanza pubblica e a variazioni del quadro macroeconomico»

15/09/2016

Conti pubblici, "per la sanità 1,5 miliardi di tagli". Lorenzin: "Solo gossip". E Renzi gioca sull'equivoco: "Soldi aumentano"

Le risorse sono limitate, e c'è un'area magmatica!



Numeri & News

Secondo indiscrezioni il fondo sanitario nazionale nel 2017 sarà incrementato solo di 500 milioni invece che di 2 miliardi come previsto dal Documento di economia e finanza. Il premier si trincerava dietro la promessa che ci saranno più risorse ma ammette "certo il ministro chiede dieci e magari otterrà uno". Po

Data:

giovedì 11.09.2014

Il Messaggero

Estratto da Pagina

!

Tagli, Renzi vuole 3 miliardi dalla sanità

►Ma la Lorenzin e le Regioni puntano i piedi: così salta il Patto della salute. In allarme anche Pinotti e Guidi

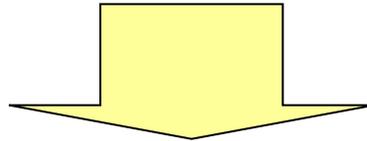
►Il premier rinvia il vertice e chiede ai ministri di mettere nero su bianco proposte di tagli del 3% entro domenica



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI FERRARA
- EX LABORE FRUCTUS -

Dal PSN al PSR

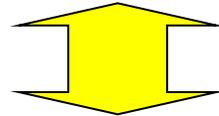
- Entro 150 giorni dall'entrata in vigore del PSN le Regioni adottano un *Piano Sanitario Regionale*



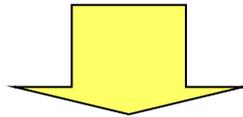
Piano strategico degli interventi finalizzati a garantire gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi sulle specifiche esigenze della popolazione e nel rispetto degli indirizzi del PSN (soggetto a parere del Ministro della Sanità)

Ruolo delle Regioni

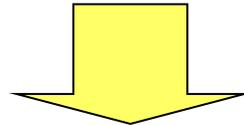
Garantire ai residenti i livelli di assistenza



Perseguire il giusto equilibrio tra il finanziamento percepito e la spesa prodotta



- Opportuna ripartizione delle risorse tra le strutture;
- Controllo sull'efficienza delle strutture medesime



Servizio Sanitario Regionale (SSR)

Ruolo delle Regioni

- Alle Regioni sono attribuite funzioni legislative e amministrative in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera
- Ruolo di coordinamento nei confronti dei soggetti cui il PSN affida il compito di tutela della salute e produzione delle prestazioni sanitarie: Aziende USL e Aziende Ospedaliere

Funzioni in capo alle Regioni

- Determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi
- Articolazione del territorio in ASL
- La definizione dei criteri per l'articolazione del territorio delle ASL in Distretti
- Determinazione delle modalità organizzative e di funzionamento delle ASL e AO
- Scelta dei criteri per il finanziamento delle ASL e AO
- Attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei loro confronti anche per ciò che attiene il controllo di gestione e la valutazione della qualità

Obiettivi del PSR

Obiettivo salute: Tutelare la salute e il miglioramento della qualità della vita dei cittadini mediante lo sviluppo di una rete di servizi sul territorio regionale per incrementare il numero e la qualità delle prestazioni

Obiettivo funzionale: Razionalizzare e distribuire in modo equilibrato i servizi sul territorio tali da essere fruibili alla generalità dei residenti ed incrementare l'efficienza e l'efficacia dei servizi stessi

L'Autonomia regionale

- Sono responsabili del riequilibrio finanziario e tal fine dispongono di entrate derivanti dal Fsn e di entrate proprie
- possono coprire con proprie entrate le spese in eccesso conseguenti all'erogazione di livelli assistenziali superiori a quelli uniformi stabiliti dal Psn
- possono adottare modelli organizzativi differenti da quelli assunti come base per determinare il parametro di finanziamento capitaro
- possono coprire gli eventuali disavanzi di gestione delle Usl e delle aziende ospedaliere

Possibilità di autofinanziamento

- la riduzione dei limiti massimi di spesa per gli esenti previsti dai livelli di assistenza
- l'aumento delle quote di compartecipazione alla spesa (esenti esclusi)
- la sospensione temporanea di alcune prestazioni
- l'aumento della quota fissa sulle singole prestazioni farmaceutiche e sulle ricette relative a prescrizioni sanitarie (farmaci salvavita esclusi)
- l'aumento fino al 6% dell'aliquota dei contributi di malattia e fino al 75% di quella dei tributi regionali
- la compartecipazione alla spesa per eventuali altre prestazioni (estendere il ticket ad altre prestazioni attualmente esenti come la degenza ospedaliera e l'assistenza in *day hospital*)

I vantaggi del decentramento

- Permettono una valutazione più precisa sui bisogni di salute del territorio
- Può agevolare i processi di scelta in merito alle priorità tra diversi bisogni
- Accelerano il processo di osservazione-analisi-valutazione decisione

Possibili svantaggi del decentramento

- Lo stato fissa i livelli essenziali di assistenza che le Regioni devono garantire ma i finanziamenti derivano in prevalenza dal FSN
- Il decentramento alle Regioni può comportare il rafforzamento delle disparità in ambito sanitario tra le diverse aree geografiche

Gestione dei rapporti nel SSR

- Relazione tra Regione e Aziende Sanitarie simile a quella tra la società holding (ASSR) e le controllate (ASL e AO)
- Agenzia dei Servizi Sanitari Regionali (società holding):
 - Strategie globali e obiettivi generali;
 - Vigila sull'operato delle controllate
 - Sui risultati, sulla pertinenza e funzionalità delle attività svolte in funzione degli obiettivi
 - Si riservano la possibilità di avvicendare gli organi amministrativi se l'operato non è in linea con gli obiettivi

Gestione dei rapporti nel SSR

- Aziende USL e Aziende Ospedaliere (società controllate):
 - Gestiscono le proprie attività nel perseguimento degli obiettivi operativi ed economici;
 - All'interno degli indirizzi assegnati dalla capogruppo l'autonomia gestionale e la responsabilità delle diverse controllate è piena..

Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali

- Istituita con D.Lgs. n. 266 del 1993
- Svolge compiti di collaborazione nei confronti delle Regioni e delle Province Autonome
- Compiti dell'Agenzia modificati nel tempo nelle aree di rilevazione, analisi, valutazione, formulazione di proposte in materia di
 - organizzazione dei servizi
 - Innovazione e sperimentazione di nuovi modelli gestionali, di qualità e di assistenza

Monitoraggio della Spesa Sanitaria

- Monitorare e analizzare la spesa sanitaria in rapporto alle prestazioni erogate e alle principali variabili che la influenzano.
- In particolare:
 - Rapporto sull'evoluzione della spesa sanitaria per regione
 - Rapporto sui dati di costo, di struttura e di attività delle ASL e AO con riepilogo regionale
 - Tariffe regionali per il 60 DRG più frequenti
 - Spesa farmaceutica

Dati di sintesi del SSN

Indicatori	Statistiche
Popolazione generale (2009)	
Popolazione totale (2009)	59.9 ¹
Tasso di crescita popolazione (2008-2009)	0.5% ¹
Età mediana della popolazione (2008)	43 ¹
Tasso di occupazione (2007)	58.7% ²
Economia	
PIL pro capite (2009)	USD 35,397 ¹
Spesa lorda in R&S (come % del PIL) (2008)	1.19% ³
Condizione di salute	
Aspettativa di vita alla nascita (Totale) (2008)	82 anni ⁴

Indicatori	Statistiche
Sistema sanitario	
Numero di medici (2000-2009)	215,000 ⁴
Numero di farmacie (2008)	17,617 ⁵
No. of medici per 10,000 abitanti (2000-2009)	37 ⁴
No. of posti letto per 10,000 abitanti (2000-2009)	39 ⁴
Spesa sanitaria totale pro capite (2007)	USD 2686 ⁴
Spesa pubblica per la salute (come % della spesa pubblica totale) (2007)	13.9% ⁴
Spesa sanitaria totale come % del PIL (2007)	8.7% ⁴
Spesa sanitaria privata come % spesa sanitaria totale (2007)	23.5% ⁴
Piani di assicurazione privati come % della spesa sanitaria privata (2007)	4% ⁴
Spesa out-of-pocket come % della spesa sanitaria privata(2007)	85.9% ⁴