

**MODELLI SANITARI  
REGIONALI  
A CONFRONTO**

La crescita della spesa sanitaria in Italia è del 7% (vs media europea 6-8%) mentre abbiamo una crescita del fondo sanitario del 3,6-3,8%.

Questo fa sì che aumenti il delta fra il fondo sanitario che è legato all'inflazione reale e la spesa sanitaria legata ad un'inflazione più grande.

Occorre rivedere i costi (n° ospedali, n° ricoveri, appropriatezza)

## **Il modello di sistema sanitario nell'ordinamento italiano: vincoli costituzionali**

- **art. 32 Cost.** : tutela della salute come finalità primaria
- **art. 97 Cost.** : efficienza del sistema pubblico come obiettivo secondario, strumentale alla finalità primaria
- **art. 81 Cost.** : equilibrio di bilancio come finalità di terzo grado, strumentale all'obiettivo secondario

## **Devolution sanitaria**

### **Art. 117 Cost. testo *de iure condendo***

- si passa dalla competenza concorrente in materia di “tutela della salute” a quella esclusiva in materia di “assistenza e organizzazione sanitaria”;
- allo Stato rimane la competenza esclusiva in materia di “norme generali sulla tutela della salute”, probabilmente da leggere con riferimento ai livelli essenziali delle prestazioni.

Il processo di federalismo nel periodo dal 2001 al 2002 ha subito un'accelerazione attraverso :

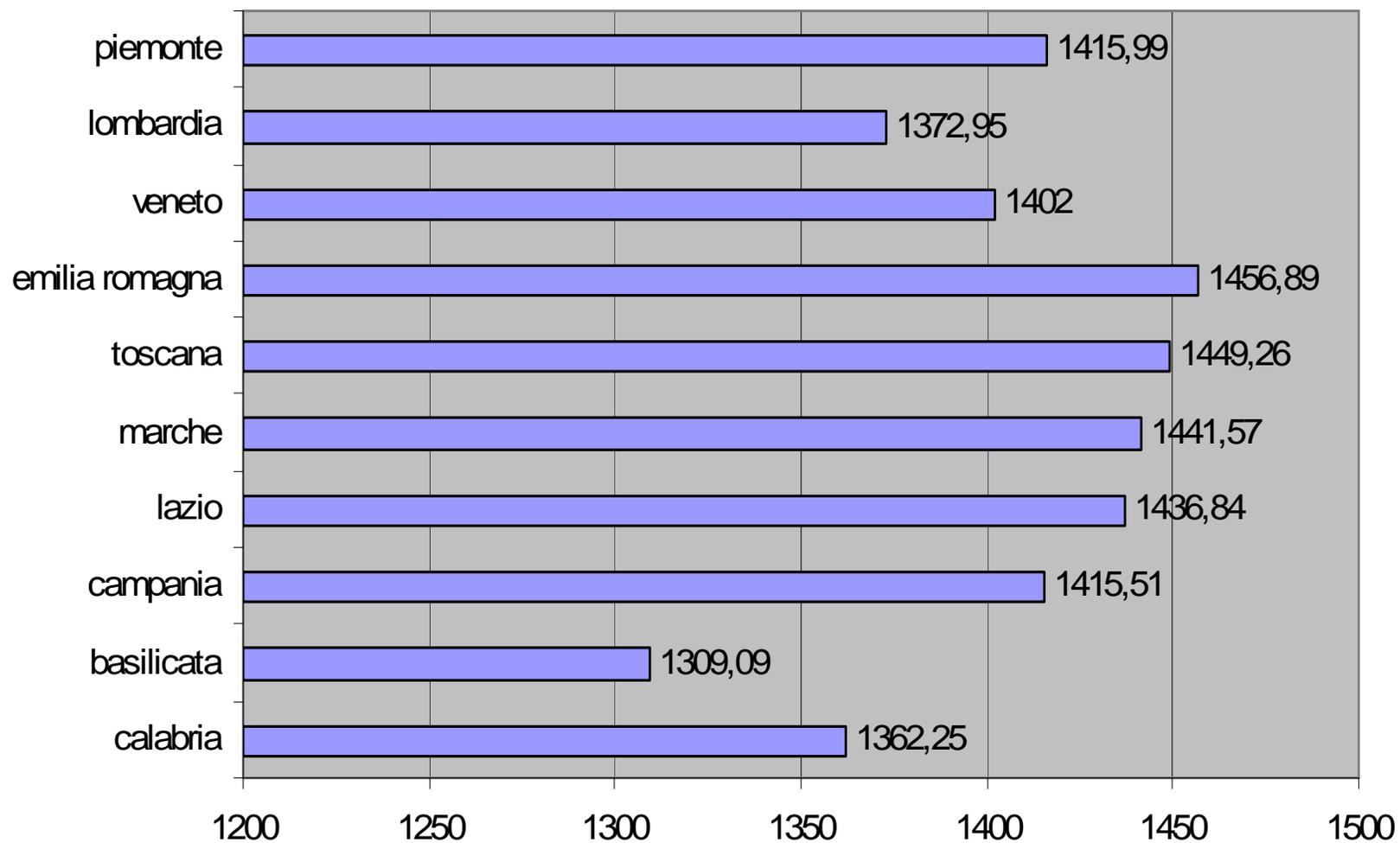
- Approvazione del titolo V della Costituzione che sancisce il federalismo nei principali settori del welfare pubblico
- Introduzione di norme volte all'ulteriore decentramento dell'assetto fiscale che dotano le regioni di maggiori entrate proprie svincolandole sempre di più dai trasferimenti statali
- Riconoscimento dello spazio politico –istituzionale delle regioni

Il processo di decentramento regionale ha un impatto particolarmente rilevante proprio nel settore socio-sanitario, settore cardine dell'azione delle regioni italiane che mostrano sistemi socio-sanitari con differenze significative per architettura, caratteristiche delle infrastrutture, servizi offerti, livelli di spesa e performance.

In Italia l'offerta dei servizi sanitari è buona ma variegata rispecchiando la differenziazione delle scelte organizzative e programmatiche delle diverse Regioni.

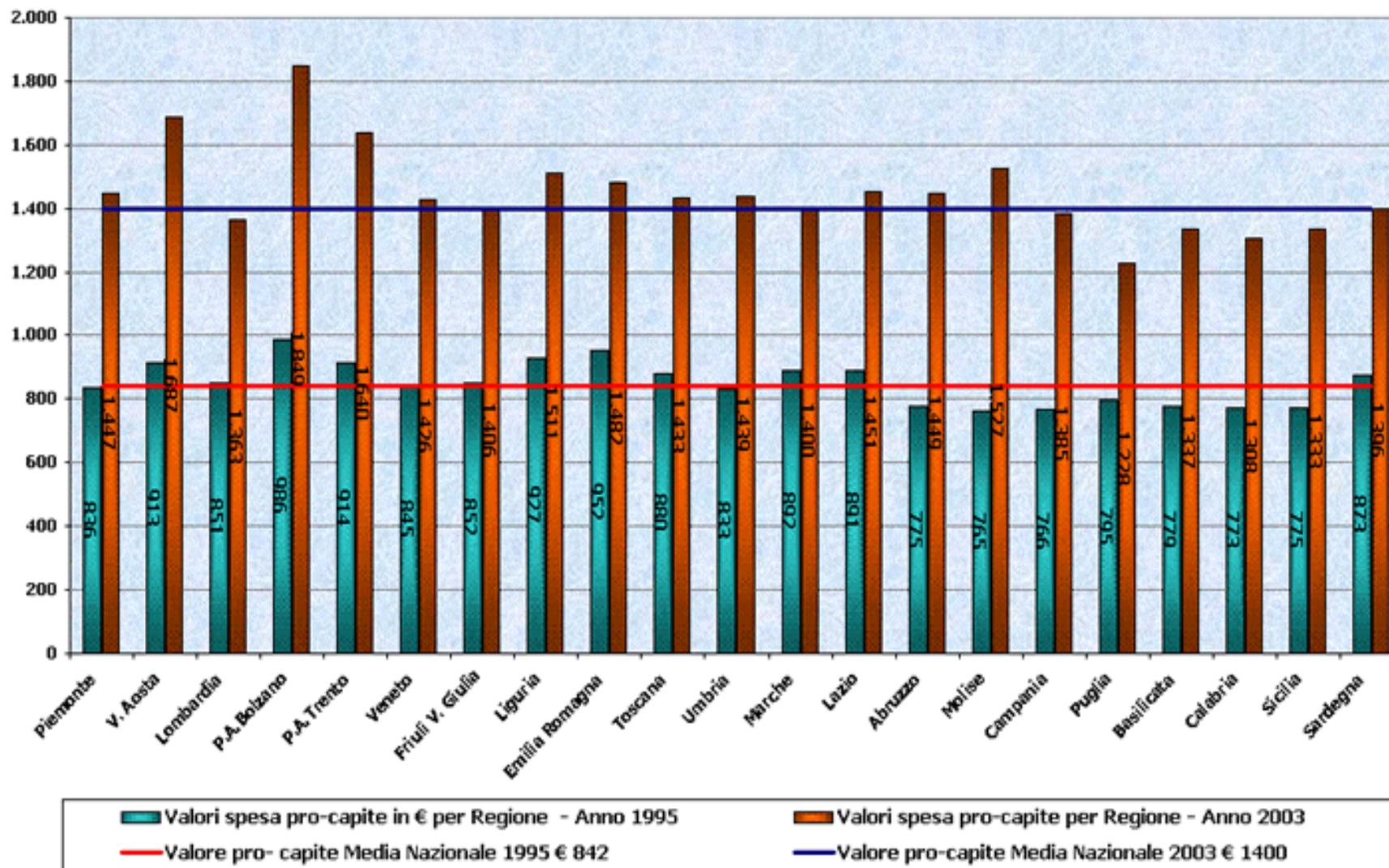
La forte variabilità dei sistemi sanitari in Italia ha di positivo il fatto che il sistema è costituito e pensato NEL e CON il territorio rispecchiando la peculiarità caratteristica della domanda territoriale ma ha come elemento di debolezza la disparità che si crea fra le regioni con servizi di qualità diversa.

### spesa totale assistenza sanitaria procapite per regione

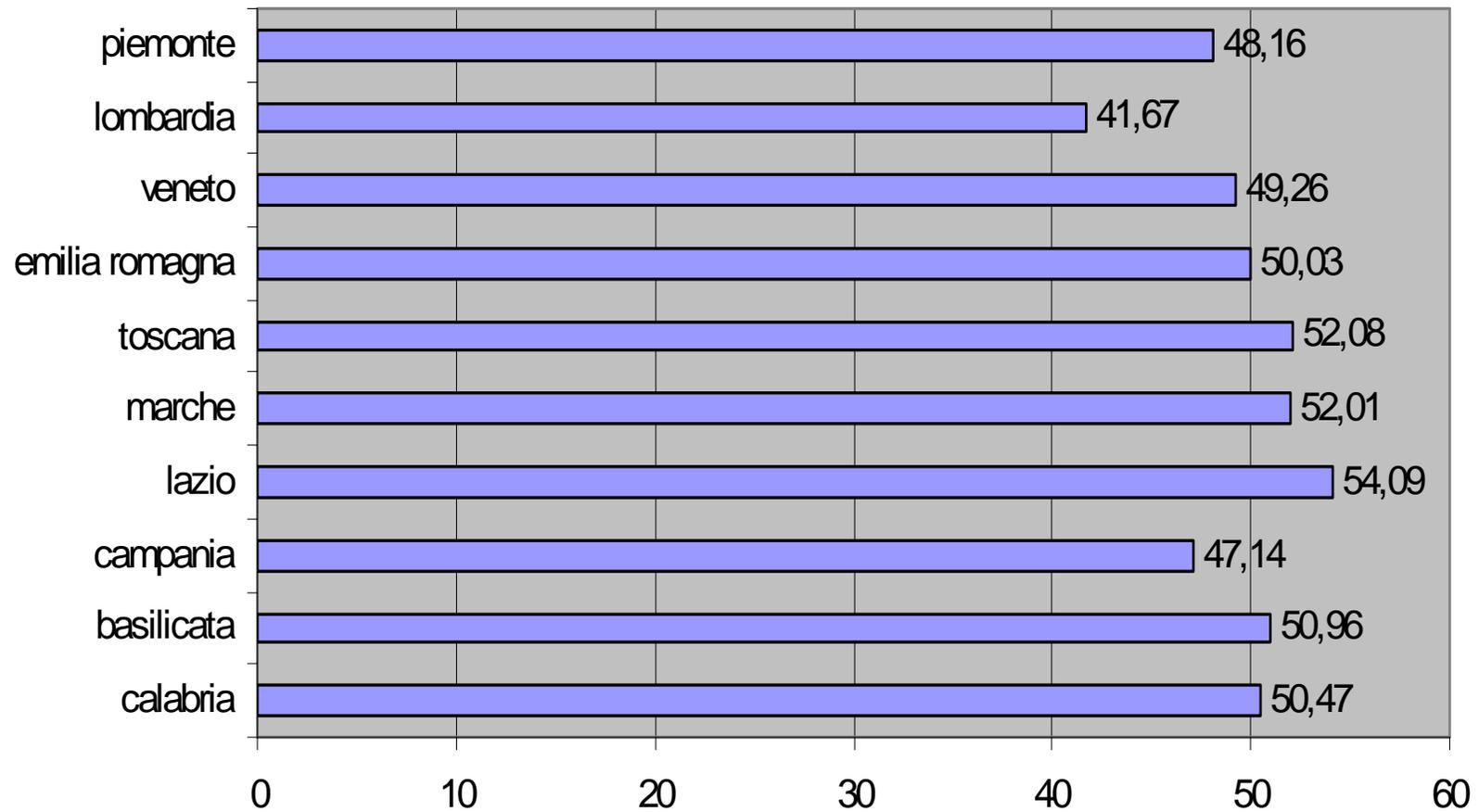


Elaborazione CNA su dati ISTAT 2003

# Confronto spesa sanitaria pro-capite per Regione anni 1995-2003

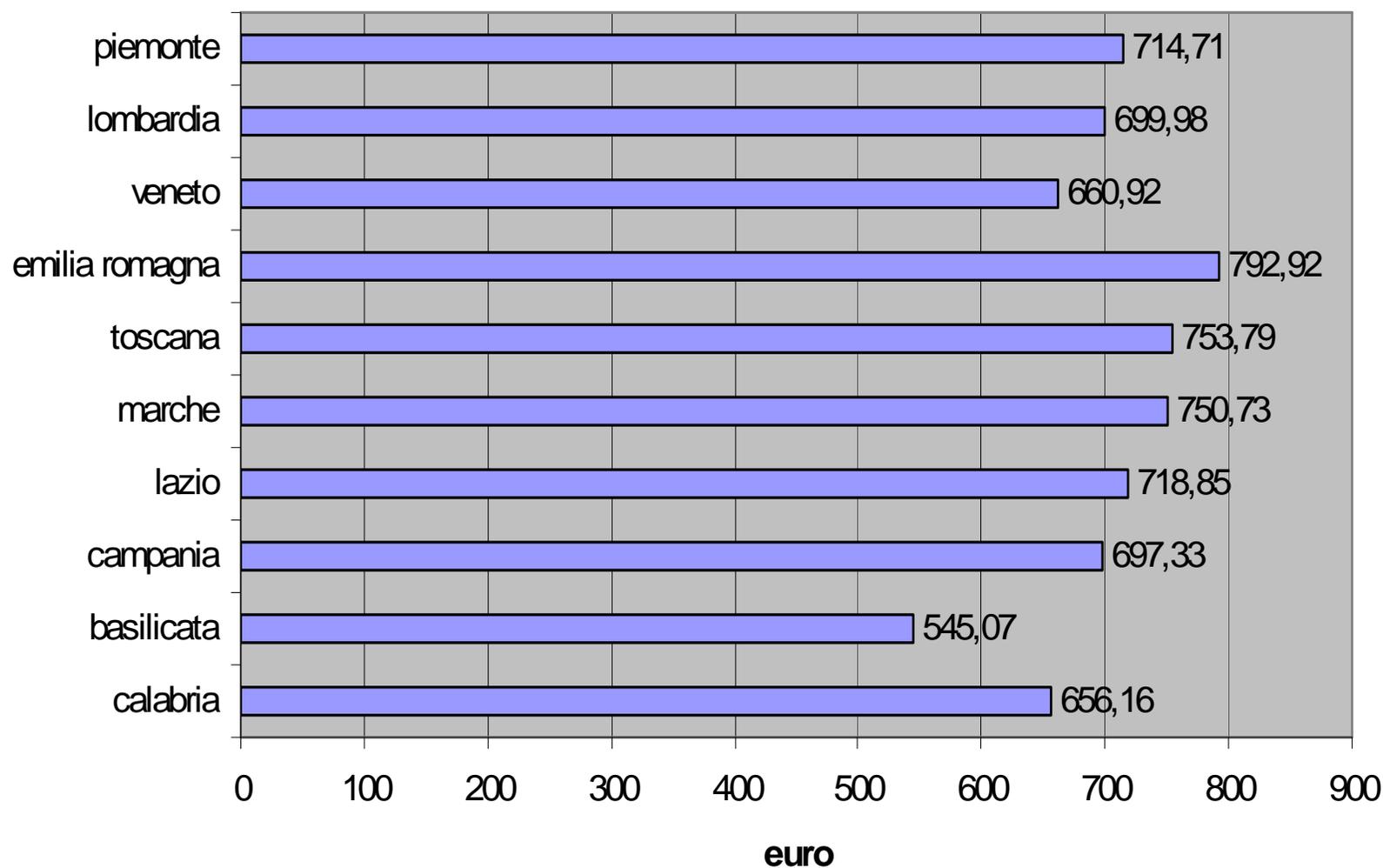


## spesa assistenza distrettuale regionale in % sul totale spesa sanitaria



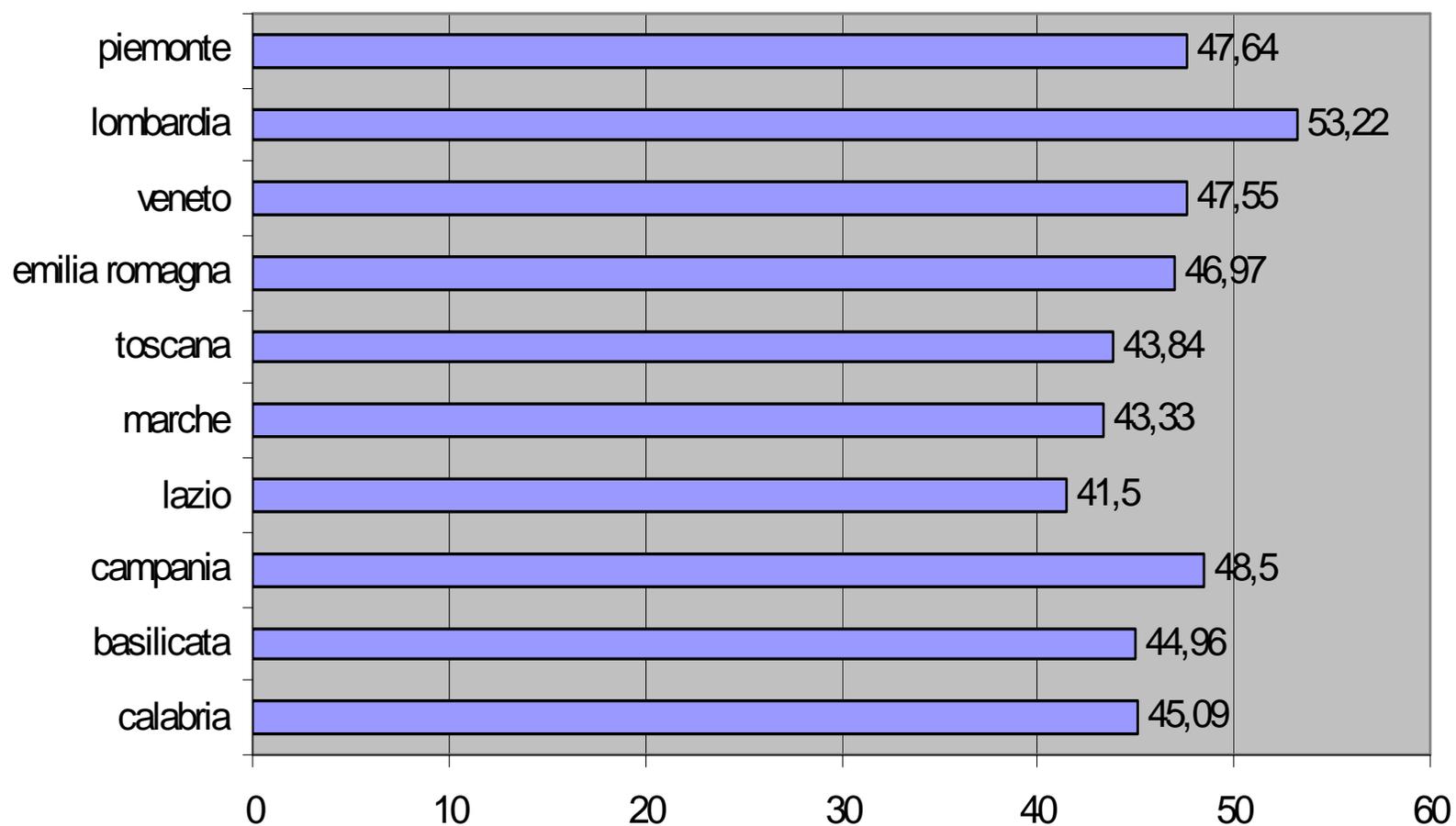
Elaborazione CNA su dati ISTAT 2003

## spesa assistenza distrettuale totale procapite per Regione



fonte elaborazione CNA su dati del tavolo monitoraggio LEA, Conferenza Stato Regione 2004

## spesa sanitaria ospedaliera regionale in % sul totale spesa sanitaria



Elaborazione CNA su dati ISTAT 2003

# SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

- la regione Lombardia
- la regione Toscana





- ***LEGGE N. 31 /1997- “Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali”***

Principi:

1. *Facoltà di libera scelta del cittadino*
2. *Piena parità di diritti e doveri fra i soggetti erogatori accreditati di diritto pubblico e di diritto privato nell’ambito della programmazione regionale*
3. *Sussidiarietà solidale fra le persone, le famiglie, gli Enti pubblici e i soggetti privati accreditati erogatori di servizi , al fine di fornire le prestazioni necessarie ai cittadini*

In sostanza la legge 31/97 disegna un servizio sanitario regionale in cui vigono tre principi:

1. Libera scelta del luogo di cura da parte del cittadino che è al centro del sistema
2. Separazione fra soggetti garanti della salute dei cittadini e acquirenti delle prestazioni (ASL) e soggetti erogatori di prestazioni sociosanitarie (AO, e privati accreditati)
3. Parità di diritti fra soggetti erogatori accreditati pubblici/privati e profit/non profit
4. Aziendalizzazione per recupero di efficacia e efficienza delle organizzazioni sanitarie pubbliche

Il sistema regionale è costituito da 29 Aziende Ospedaliere pubbliche articolate in più presidi ospedalieri messi in rete e da 15 aziende territoriali che gestiscono le attività di tutela della salute collettiva, le cure primarie, una serie di servizi individuali e le funzioni socio-assistenziali delegate ai Comuni.

L'azienda territoriale oltre ad essere erogatore di alcuni tipi di servizi è responsabile della tutela della salute e agisce come acquirente delle prestazioni presso erogatori (pubblici e privati) secondo un modello britannico di separazione fra “purchaser” e “provider” anche se più limitato.

La regione Lombardia per promuovere effettive condizioni di libertà di scelta degli erogatori da parte dei pazienti e per garantire condizioni di **parità tra erogatori pubblici e privati** ha lasciato maggiori spazi di competizione tra pubblico e privato , ha accreditato nuove strutture di diritto privato e ha promosso la possibilità di accesso dei cittadini alle strutture private accreditate.

Con la Legge del 1997 la Regione Lombardia ha cercato di creare un modello di sistema pubblico in grado di valorizzare l'autonomia dei pazienti e la competizione tra le strutture spostando la funzione di governo su nuove modalità di regolazione centrate sulla *modulazione dei sistemi di finanziamento a tariffa e sullo sviluppo del sistema di accreditamento.*

Quindi viene favorita la

*competizione fra soggetti produttori sulla base di regole comuni di accreditamento*

che tenda ad un miglioramento della qualità e quantità dei servizi offerti.

A differenza di altre Regioni la Lombardia è stato potenziato l'Assessorato Regionale nelle funzioni di finanziamento e regolazione mentre non è stata costituita di un'Agenzia autonoma nè forme di decentramento sul territorio.

## Piano socio-sanitario regionale 2002-2004 e 2007-2009

Il Piano è un “manifesto” sugli indirizzi politici, uno strumento di programmazione sanitaria e un documento di riorganizzazione istituzionale.

Le linee strategiche sono:

- Orientare l'azione delle pubbliche amministrazioni nella direzione del cittadino
- Porre il cittadino al centro del sistema
- Attuare il principio della sussidiarietà
- Promuovere la crescita dei servizi in una logica di rete del sistema
- Perseguire la logica dello sviluppo sostenibile

1. **Ruolo della Regione**- da un ruolo di coordinamento e holding nei confronti dei soggetti erogatori pubblici dei quali detiene la piena proprietà *a ruolo di regolatore e controllore “terzo” imparziale del sistema* , non svolgendo pertanto funzioni di gestione dei servizi che possono essere potenzialmente in conflitto di interessi.

*Governo regionale “controllore” imparziale del sistema* sul piano della valutazione delle aziende sanitarie pubbliche e private in termini di efficacia, efficienza, qualità dei servizi erogati e di soddisfazione dell’utenza.

La Regione diventa quindi il finanziatore, l’ente competente in materia di indirizzo, monitoraggio dell’erogazione dei servizi oltre che di determinazione dei livelli qualitativi e quantitativi appropriati.

Il diritto alla salute non viene direttamente assicurato dalla “mano pubblica” della Regione ma da un composito insieme di soggetti autonomi che operano in accordo a regole regionali.

La tutela della salute non viene quindi assicurata dalla Regione ma dalla capacità delle regole del sistema di orientare i comportamenti di soggetti autonomi.

La Regione definirà le regole di governo del sistema:

- Criteri di finanziamento e definizione delle risorse
- Criteri di remunerazione
- Negoziazione contratti
- Autorizzazioni
- Accreditemento e qualità
- Sistema dei controlli

Tolta la funzione di erogazione dei servizi , alla Regione rimane il governo del sistema tramite l'esercizio delle leve finanziaria e regolatoria.

Viene confermato il modello di assegnazione delle quote capitarie alle Aziende territoriali e di pagamento a prestazione dell'attività specialistica.

Il sistema di finanziamento a prestazione viene articolato in modo da renderlo maggiormente sensibile a differenze strutturali, organizzative e gestionali. Si ha quasi l'impressione che la Regione voglia creare tariffe differenziate in base alle caratteristiche delle strutture erogatrici eventualmente collegando il sistema di finanziamento al nuovo sistema di accreditamento per livelli qualitativi.

Terzo pilastro regolatorio sono i contratti tra erogatori e Aziende Territoriali.

Se l'accreditamento e i sistemi tariffari sono potenti strumenti di governo, l'enfasi attribuita al pluralismo e all'autonomia delle Aziende rende difficilmente governabile il sistema.

Negli ultimi anni le politiche della Regione hanno adottato strumenti di governo più incisivi (es. tetto di spesa) per contrastare le dinamiche espansive della spesa che sono frutto di maggiori spazi di autonomia e competizione che il sistema permette.

**2. Il ruolo delle Aziende Sanitarie Locali (ASL)- (in sostituzione delle Ussl) :**

- hanno il compito di tutelare la salute dei cittadini (*garanti degli interessi di salute del cittadino*) garantendo i livelli di assistenza definiti dalla programmazione nazionale e regionale
- hanno la funzione di *programmazione* delle prestazioni socio-sanitarie
- hanno la funzione di *acquisto* delle prestazioni attraverso specifici accordi con i soggetti erogatori di prestazioni pubblici e privati.
- hanno funzioni amministrative di *vigilanza e controllo* di tutte le unità di offerta , pubbliche e private, socio-assistenziali e socio-sanitarie, ....

L'ASL svilupperà la capacità negoziale nei confronti dei soggetti erogatori attraverso:

- Definizione delle *priorità* in termini di fabbisogno e di allocazione delle risorse
- Verifica della *qualità* dei servizi
- Promozione dell'*appropriatezza* delle prestazioni
- Controllo dei costi con definizione della *compatibilità* economica e finanziaria

## REGIONE LOMBARDIA

L'AUSL è articolata al suo interno in **Dipartimenti**:

- *Dipartimento di prevenzione medico*
- *Dipartimento di prevenzione veterinario*
- *Dipartimento di cure primarie* (coordinamento dell'attività di medicina e pediatria generale, farmaceutica,...)
- *Dipartimento per le attività sociosanitarie integrate (Assi)* che deve assicurare l'integrazione delle funzioni sanitarie con quelle socio-assistenziali e socio-assistenziali di rilievo sanitario attribuite all'azienda. Deve programmare e gestire servizi raccordandosi con i Comuni e i diversi soggetti erogatori privati profit e non profit
- *Dipartimento Programmazione, Acquisto, Controllo* a cui competono funzioni trasversali strategiche come l'acquisto di prestazioni, il controllo degli erogatori, l'autorizzazione e accreditamento, qualità e appropriatezza

## REGIONE LOMBARDIA

Le ASL si articolano a livello territoriale in **Distretti** che:

- Assicurano il *coordinamento* degli operatori e delle relative funzioni
- La *gestione* dell'assistenza sanitaria, della prevenzione e dell'informazione
- Garantiscono la *soddisfazione dei bisogni di salute* dei cittadini
- Attuano il *monitoraggio* del livello di assistenza sanitaria di base
- Verificano del livello di qualità dei servizi* erogati nel territorio di competenza
- Hanno una dimensione ottimale quando coprono un territorio di 100.000 abitanti

Il ruolo dei Distretti

- Hanno la responsabilità della *garanzia assistenziale di tutela della salute* e (per delega o accordi ) la *gestione dei servizi sociali* affidatagli dai Comuni
- È la dimensione idonea per *conoscere la domanda di salute e benessere sociale, esercitare la committenza ed acquisto delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali* adeguate e necessarie dagli erogatori locali e coordinare ed integrare i soggetti erogatori
- E' un' "*area sistema*" con *interventi integrati sanitari, socio-sanitari* e sociali, governati sulla base del budget di distretto
- Al *governo del budget distrettuale* concorrono i *MMG e Pls* organizzati in "gruppi di cure primarie"-unità elementare di offerta integrata di competenze mediche, infermieristiche, riabilitative, specialistiche di primo livello che hanno la funzione di presa in carico complessiva della salute della popolazione di riferimento.

Il Piano socio-sanitario prevede il progressivo completamento del processo di separazione tra i soggetti acquirenti (ASL) e quelli erogatori (AO) anche attraverso una graduale **esternalizzazione dei servizi socio-sanitari** attraverso varie forme: o a gestione diretta o a rapporto convenzionale con soggetti terzi pubblici e privati, profit e non profit.

Graduale *esternalizzazione dei servizi a gestione diretta dell'AUSL*

cedendo le prestazioni socio-sanitarie e sociali a erogatori istituzionali (AO, strutture private accreditate) o nuovi soggetti (associazioni di medici e pediatri, agenzie di servizi alla persona pubbliche e private, profit e no profit).

Anche i servizi di prevenzione potranno essere esternalizzati dopo un percorso di accreditamento.

Si prevede lo sviluppo di specifici strumenti quali:

- La definizione di un sistema di classificazione delle attività territoriali
- La definizione dei requisiti organizzativi e di accreditamento che indichino i requisiti per l'erogazione a carico del servizio sanitario e socio-sanitario

## REGIONE LOMBARDIA

3. Dopo la L. 31/97 viene ridisegnata la rete ospedaliera lombarda con la costituzione di grandi **Aziende Ospedaliere (AO)** organizzate in aree omogenee, Presidi, dipartimenti, servizi, unità operative ed uffici, nate dall'incorporazione di presidi ospedalieri e strutture poliambulatoriali precedentemente attribuite alle Ussl.

Questa è stata un'operazione di scorporo dalle Aziende territoriali di tutte le funzioni ospedaliere e specialistiche al fine di costituire una rete di Aziende Ospedaliere autonome.

Le AO hanno personalità giuridica pubblica, autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.

## REGIONE LOMBARDIA

L'obiettivo della riorganizzazione della rete ospedaliera:

- Creazione di ospedali per acuti di medie dimensioni, specialistici e ad alta tecnologia
- Riduzione di 5000 PL per acuti arrivando a 4,5 PL per 1000 abitanti (comprensivi di posti letto x lungodegenza e riabilitazione)
- Aumento di 5000 PL di riabilitazione
- Valutazione della performance delle strutture ad alta specializzazione
- Trasformazione degli ospedali di piccole dimensioni in ospedali per ricoveri diurni, per attività specialistica ambulatoriale, collegati ai presidi ospedalieri

## **Fondazione di partecipazione**

Modello che assomma le prerogative della *Fondazione* e quelle dell'*Associazione e che appare idoneo a consentire la collaborazione pubblico-privato.*

Gli enti pubblici e i privati possono partecipare all'iniziativa come fondatori o possono aderire successivamente senza modificare lo statuto e hanno diritto di nominare i loro rappresentanti nel Consiglio di amministrazione.

Prevede varie forme di categorie di soci (fondatori, sostenitori, ..) in modo tale da consentire l'articolazione dell'organizzazione in modo flessibile e funzionale agli obiettivi dell'ente.

Un organo di sorveglianza composto esclusivamente dai rappresentanti degli enti pubblici partecipanti controlla l'aderenza dell'operato della Fondazione alla Legge, allo statuto e al pubblico interesse e ha poteri fino a censurare gli atti valutati contrari.

## REGIONE LOMBARDIA

Un progetto di sperimentazione gestionale del modello sanitario L. R. 31/97 approvato nella Conferenza Stato Regioni del 2001 prevede l'applicazione di **forme di privatizzazione delle AO** . In questa ipotesi la Regione riduce, in diretta correlazione con la minore responsabilità economica, il ruolo di coordinamento delle AO incrementando quello di regolatore/controllore “terzo” , imparziale, del sistema.

La trasformazione delle AO pubbliche in soggetti di diritto privato:

- È utile la privatizzazione delle regole, non della proprietà, per garantire flessibilità nella gestione e rapidità nell'esecuzione delle decisioni
- È utile nelle relazioni aziendali e gestione delle risorse umane che sono liberate dai vincoli pubblicistici

In questo processo la partecipazione di organizzazioni imprenditoriali garantisce:

- Investimenti in infrastrutture e tecnologie altrimenti non garantiti
- Maggiore orientamento del management all'equilibrio economico-finanziario
- Economie indotte da gestione efficiente

Un'alternativa è

la costituzione di **organismi consortili** o altre **forme di aggregazione tra le AO pubbliche** per renderle competitive attraverso una più forte capacità negoziale, la messa in comune di molti servizi di supporto, la non duplicazione delle unità di offerta.

Piano Socio sanitario 2010-2014

Posti letto subacuti

Organizzazione per intensità di cure

CreG (Cronic related group)

## REGIONE TOSCANA

Popolazione residente (al 31-12-2002)	3.730.130
Comuni	287
Aziende USL	12
Zone-Distretto	34
Aziende Ospedaliere	4
Istituti a carattere scientifico	1
Aree Vaste	3

## REGIONE TOSCANA

Il sistema sanitario toscano si caratterizza per i seguenti elementi:

- Un modello basato sulle **AUSL provinciali** dotate di rispettivi ospedali, finanziate a quota capitaria, con onere di pagare la mobilità sanitaria in uscita.
- La presenza di un numero limitato di **aziende ospedaliere** che coincidono con i poli universitari (Siena , Pisa, Firenze) a cui si aggiunge l'ospedale pediatrico Meyer che è riferimento regionale
- La presenza di una **prevalente produzione pubblica** e di un ruolo limitato dei produttori privati accreditati
- Un rilevante livello di attenzione esercitato dagli **Enti Locali** sulle aziende e sul settore sanitario attraverso la Conferenza dei Sindaci Aziendali, la zona-distretto,..
- Equilibrio di bilancio regionale** raggiunto nel 2001
- Discreto livello di maturità manageriale raggiunto dalle aziende.

## REGIONE TOSCANA

Nel **piano sanitario regionale 2005-2007** il “modello di salute” è basato *sulla responsabilizzazione* dell'intera comunità, sulla *partecipazione diffusa* dei soggetti pubblici e privati, sul coinvolgimento dei cittadini/e delle istituzioni nelle decisioni.

Viene rifiutato il meccanismo di funzionamento tipico del “mercato”.

La **Regione** sceglie di utilizzare gli strumenti di *programmazione* al fine di orientare il sistema sanitario ad erogare prestazioni efficaci, appropriate, che rispondono a criteri di economicità, all'interno di ben identificati livelli essenziali di assistenza.

## REGIONE TOSCANA

Il sistema sanitario toscano si fonda sui seguenti **valori**:

- Responsabilità collettiva nella tutela della salute
- Libertà di scelta dei singoli e delle famiglie
- Universalità di accesso ai servizi per tutti i cittadini
- Sussidiarietà solidale, valorizzando le esperienze no profit
- Accoglienza del cittadino per tutte le prestazioni
- Attenzione alle fasce deboli
- Unicità del sistema sanitario regionale
- Centralità del territorio nel sistema sanitario regionale
- Approccio integrato tra pubblico e privato con particolare attenzione all'impresa non profit
- Sostenibilità caratterizzata dal controllo della spesa e appropriatezza degli interventi
- Partecipazione dei cittadini alle decisioni in tema di salute

## REGIONE TOSCANA

Le **Ausl** sono articolate in “**zone-distretto**” che rappresentano la struttura di base del sistema sanitario regionale e dell’organizzazione aziendale .

Nel territorio della zona-distretto sono aggregate funzionalmente le strutture creando:

Un *Presidio Ospedaliero di zona* (insieme di stabilimenti e reparti ospedalieri)

Un *Presidio Territoriale di zona* (insieme di presidi di erogazione delle attività assistenziali territoriali e specialistiche di primo livello, sociali e sanitarie)

## REGIONE TOSCANA

Le funzioni della zona-distretto, il livello locale del governo dei servizi territoriali, sono:

- *Programmazione dell'offerta sociale e sanitaria integrato e controllo dell'uso delle risorse*
- *Governo dei presidi territoriali*
- *Coordinamento tra le attività ospedaliere, territoriali e di prevenzione*
- *Rilevazione, orientamento e valutazione della domanda sociale e sanitaria, nonché del grado di soddisfazione*

## REGIONE TOSCANA

Partiti come forme di sperimentazione gestionale per promuovere l'innovazione organizzativa, tecnica e gestionale del settore dei servizi sanitari territoriali di “zona-distretto” e l'integrazione dei servizi sanitari e sociali, *gli Enti Locali e le Unità sanitarie Locali* hanno costituito appositi organismi consortili denominati “**società della salute**”

## REGIONE TOSCANA

Le “**società della salute**” sono costituite su proposta della conferenza dei sindaci e dell’AUSL di competenza.

E’ previsto che abbiano la natura giuridica di un consorzio pubblico senza fine di lucro

Hanno un budget e obbligo di pareggio di bilancio.

La governance è affidata alla Conferenza aziendale dei sindaci

## REGIONE TOSCANA

Favoriscono la partecipazione dei cittadini alle scelte sui servizi socio-sanitari attraverso le loro rappresentanze istituzionali e associative. Si tratta quindi di una sorta di governo esercitato dai Comuni sui servizi socio-sanitari che rappresentano poco più della metà della spesa sanitaria complessiva.

Ne sono titolari le Aziende Sanitarie locali e i Comuni della Zona-distretto che esercitano anche il ruolo di committenti negoziando e finanziando volumi e mix di attività.

I Comuni assumono funzione di programmazione e controllo e compartecipano ad un governo comune del territorio finalizzato ad obiettivi di salute diventando co-gestore dei servizi socio-sanitari.

## REGIONE TOSCANA

Le Società della salute svolgono una funzione di indirizzo e programmazione strategica, organizzazione e gestione delle attività socio-sanitarie e delle attività di assistenza sociale, individuate dal piano regionale di controllo, monitoraggio e valutazione.

L'assistenza territoriale è esercitata dall'Azienda sanitaria locale in attuazione della programmazione delle Società della salute ed è basata su modelli organizzativi che privilegiano il lavoro associato e multiprofessionale.

Le prestazioni specialistiche erogate in ambito ospedaliero sono concertate dalla Società della Salute con i soggetti erogatori sulla base dei bisogni e dei volumi attesi tramite accordi bilaterali.

## REGIONE TOSCANA

Ha un ambito territoriale coincidente con quello della zona-distretto.

*Gli obiettivi* sono:

- Coinvolgimento delle comunità locali
- Garanzia di qualità e appropriatezza
- Controllo e certezza dei costi
- Universalismo ed equità
- Valorizzazione della imprenditorialità non profit

Il Piano integrato di salute è uno strumento di programmazione dell'assistenza territoriale della Zona-distretto.

Programmazione integrata delle politiche sociali e sanitarie a livello di zona-distretto che si integra con gli strumenti di programmazione e d'indirizzo locali e con gli strumenti amministrativi di competenza dei comuni nei settori che incidono sulle condizioni di benessere della popolazione.

E' approvato dall'articolazione zonale della conferenza dei sindaci

## REGIONE TOSCANA

Il PSR rafforza le funzioni delle tre **AREE VASTE**.

Vengono costituite tre AREE VASTE in coincidenza con i bacini di riferimento delle tre Aziende Ospedaliere universitarie (il Meyer è riferimento regionale)

L'area vasta è coordinata da un direttore generale delle aziende sanitarie.

Ai Comitati di Area Vasta sono stati assegnati compiti di programmazione e di coordinamento delle prestazioni e dell'organizzazione sanitaria degli ospedali che insistono nell'area.

L'area vasta, a differenza dell'azienda sanitaria, ha le dimensioni sufficienti per soddisfare almeno il 90% della domanda del bacino territoriale di riferimento.

L'area vasta utilizza la *concertazione* come strumento di programmazione del sistema per l'area specialistica e ospedaliera.

## REGIONE TOSCANA

L'area vasta è il livello interaziendale per una programmazione strategica delle funzioni ospedaliere e per alcune aree del territorio nonché le funzioni amministrativo-contabili

Ha l'obiettivo di attivare coordinamenti, sinergie, centralizzazione di servizi, soprattutto nell'area degli acquisti, amministrazione del personale e funzione contabile al fine di conseguire una economia di scala ed evitare duplicazioni.

La Regione , attraverso le Società della Salute, intende rafforzare il ruolo dei Comuni, indebolendo il proprio, per tutto l'ambito socio-sanitario e socio-assistenziale.

Nel settore ospedaliero e nelle funzioni amministrative, l'Area vasta e l'accentramento delle funzioni vedono al contrario un ruolo crescente per la Regione.

Il livello di autonomia e le prerogative di governo delle Aziende vengono indeboliti da:

- scorporo dei servizi socio-sanitari a favore delle Società della Salute,
- programmazione e coordinamento della rete ospedaliera a livello di Area Vasta,
- accentramento di alcune funzioni amministrative.

Gli ospedali azienda –universitari rappresentano il baricentro funzionale dell'area vasta dei processi di accentrimento di alcune funzioni amministrative.

## REGIONE TOSCANA

Sul piano tecnico-amministrativo nel 2005 sono stati istituiti gli **Enti per i Servizi Tecnico Amministrativi di Area Vasta (ESTAV)**, dotati di personalità giuridica pubblica, autonomia contabile, amministrativa, organizzativa e gestionale con funzione di.:

- Approvvigionamento di beni e servizi
- Gestione dei magazzini e della logistica
- Gestione delle reti informative e delle tecnologie informatiche
- Gestione del patrimonio per funzioni ottimizzabili in materia di manutenzione, appalti e alienazioni
- Organizzazione e gestione delle attività di formazione del personale
- Gestione delle procedure concorsuali per il reclutamento del personale
- Gestione delle procedure per il pagamento delle competenze del personale

# **Piano Sanitario Regionale 2008-2010**

Principi ispiratori:

Appropriatezza

Qualità

Produttività

Iniziativa (sanità che orienta l'attività verso chi meno sa e meno può)

Unico documento di programmazione di attività di integrazione socio-sanitarie

Ospedali per intensità di cura con aree di ricovero e cura aperte e graduate per intensità di bisogno assistenziale (superamento del post letto)

Riqualificazione dei piccoli ospedali per la cura delle riacutizzazioni di patologie croniche cardiorespiratorie e neurologiche e per la chirurgia d'elezione oltre alla possibilità di interventi di chirurgia specialistica attraverso team di Area Vasta

# presentazione

## Sistemi sanitari regionali: Regione...

Legislazione

Caratteristiche:

- Ruolo della Regione
- Ruolo delle Aziende Ospedaliere
- Ruolo delle Aziende USL
- Ruolo degli Enti Locali
- Ruolo del privato
- Garanzia dei LEA
- Finanziamento

Aspetti di differenziazione rispetto ai modelli presentati

Aspetti positivi e aspetti critici dei diversi modelli

