



AIM

Association Internationale de la Mutualité

Jean Hermesse,

Président

Groupe sur la réforme des systèmes de santé

Protection santé aujourd'hui

Structures et tendances dans 13 pays

Dresden, 21 novembre 2008

Table des matières

Préambule	4
Partie 1 : Les tendances 2005-2008 dans les systèmes de santé	6
Partie 2: Le secteur des soins de santé et l'Union Européenne.....	38
Partie 3 : Rapport des pays.....	54
Allemagne	57
Belgique.....	91
France.....	135
Grèce.....	181
Irlande.....	197
Israël	225
Italie.....	256
Luxembourg	278
Pays-Bas	301
République Slovaque.....	315
République tchèque	338
Royaume-Uni	351
Suisse.....	381
Coût à charge des patients (comparaison)	405

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier tous celles et ceux qui ont contribué à l'élaboration de ce rapport 2008 et tout particulièrement les correspondants nationaux qui travaillent pour les organisations membres de l'AIM dans les différents pays et qui ont bien voulu consacrer du temps et de l'énergie pour nous apporter leur précieuse contribution et leur témoignage national à nos travaux.

Nous tenons également à remercier spécialement Henri Lewalle et Olivier Gillis de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes en Belgique, et le Dr. Philippe Swennen du Secrétariat de l'AIM, pour la conception de ce rapport, l'analyse des monographies nationales et la rédaction des synthèses reprises dans les parties 1 et 2 du présent rapport.

Belgique	Olivier Gillis Henri Lewalle	Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes
Suisse	Nello Castelli	Santésuisse
République tchèque	Pavel Vepřek	Všeobecná zdravotní pojišť'ovna (VZP ČR)
France	Emelyne Couppey (rédaction) Cornélia Federkeil-Giroux Kulmie Samantar (révision)	Mutualité française
Allemagne	Dirk Ruiss Dr. Gerhilt Dietrich	IKK Bundesverband
Grèce	Alexandros Mavropoulos	O.A.T.Y.E.
Irlande	Joe May	Vhi Healthcare
Israël	Rachelle Kaye	Maccabi Healthcare services
Italie	Luciano Pinna	Coordinamento delle Società di Mutuo Soccorso della Sardegna
Luxembourg	Michel Schmitz Thierry Ries	Conseil Supérieur de la Mutualité
Pays-Bas	Jan Veerkamp	Zorgverzekeraars Nederland
Slovaquie	Eva Andrejčaková, Ing.	Všeobecná zdravotná poisťovňa (VšZP SK)
Royaume-Uni	Helen Vaughan-Jones	BUPA
Coordination	Dr. Philippe Swennen	AIM

Dr Philippe Swennen
Directeur de projets AIM

Jean Hermesse
Président du groupe AIM sur la réforme des soins de santé

Rapporto A.I.M.
(estratto)
2008

Commissione per lo studio dei sistemi di assicurazione malattia
IL SISTEMA DI PROTEZIONE DELLA SALUTE OGGI

ITALIA

LA PROTEZIONE OBBLIGATORIA

Introduzione

Il **Parlamento Italiano**, nel 1978, ha votato la **legge n° 833** che riformava radicalmente il sistema di protezione sociale, contro i rischi di malattia, ha introdotto il **Servizio Sanitario Nazionale (SSN)** che è un sistema universale e solidale, rivolto a tutta la popolazione senza distinzioni di genere, residenza, età, reddito, di lavoro.

Nell'ottobre del 1992 il **Governo** ha emanato una legge di riforma del sistema di protezione sociale con l'obiettivo della ristrutturazione del funzionamento del SSN sia dal punto organizzativo che finanziario. Il Decreto Legislativo n° 502 del 1992, successivamente modificato dal D.Lgs n° 517 del 1993, ha profondamente modificato l'assetto del SSN attraverso la creazione di *aziende sanitarie* distinte in **Aziende Unità Sanitarie Locali** e **Aziende Ospedaliere**. Si sono create le condizioni per una maggiore responsabilizzazione degli *Organismi* deputati alla programmazione e controllo dei **Servizi Sanitari (Ministero, Regioni)**, con particolare riguardo a tutte queste ultime alle quali viene riconosciuto il compito fondamentale di rispondere ai bisogni degli assistiti. Il tutto in un'ottica di competizione tra strutture (*le aziende sanitarie*) e di efficienza ed efficacia delle prestazioni erogate.

Il processo di cambiamento, in **Italia**, e' stato avviato in modo disomogeneo con alcune **Regioni** certamente più avanzate rispetto ad altre ancora molto in ritardo nel garantire tutte le innovazioni della riforma, non ultima quella relativa alla introduzione dei D.R.G's (Diagnosed Related Group's) e cioè l'introduzione del pagamento a prestazione secondo tariffe predeterminate.

Per tali ragioni il **Governo** ha emanato la Legge n° 419/1998 e il decreto di razionalizzazione del **Servizio Sanitario Nazionale** (Dlgs n° 229/1999).

1. Organizzazione

Il **Servizio Sanitario Nazionale** viene coordinato dal **Ministero della Salute**, organismo preposto alla funzione di indirizzo e programmazione in materia di sanità, alla definizione degli obiettivi da raggiungere per il miglioramento dello stato della salute della popolazione e alla determinazione dei livelli di assistenza da assicurare a tutti i cittadini in condizioni di uniformità sull'intero territorio nazionale.

Il **Ministero** è coadiuvato nelle sue funzioni da organi e istituti con funzioni di ricerca, consulenza, proposta e supporto in materia tecnica e scientifica, fra i quali il più importante è senz'altro il **Consiglio Superiore di Sanità**.

In collaborazione con il **Ministero della Salute** e con le **Regioni** opera l'**Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali**, svolge funzioni di supporto delle attività regionali, di valutazione comparativa dei costi e rendimenti dei servizi resi ai cittadini e di segnalazione di disfunzioni e sprechi nella gestione del personale, dei materiali e nelle forniture, di trasferimento dell'innovazione e delle sperimentazioni in materia sanitaria, il Regolamento dell'**Agenzia** è stato approvato con decreto interministeriale del 31 maggio 2001.

L'organizzazione del **Servizio Sanitario Nazionale** si fonda su una struttura a tre livelli: **nazionale, regionale e locale**.

1.1 A livello nazionale, lo **Stato** detiene una competenza legislativa e amministrativa.

Il Governo, ascoltate le **commissioni parlamentari** e la **conferenza Stato - Regioni**, definisce il quadro di applicazione, per un periodo di tre anni, a mezzo del **Piano Sanitario Nazionale**.

Questo piano può essere modificato, nel corso dei tre anni, in particolare per quanto riguarda i limiti e le modalità della partecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria e ciò in parallelo alla **Legge Finanziaria** (che definisce la spesa pubblica).

1.2 Il Piano Sanitario Nazionale, in particolare, stabilisce:

- gli obiettivi fondamentali della prevenzione, delle cure e della riabilitazione insieme alle linee generali del **Servizio Sanitario Nazionale**;
- le zone di intervento per equilibrare le condizioni sanitarie della popolazione sul territorio;
- i livelli uniformi di assistenza sanitaria da garantire a tutti i cittadini (specifica delle prestazioni in rapporto al volume delle risorse disponibili).

Lo **Stato** ha, nello stesso tempo, competenza per:

- quantificare le risorse destinate al **Servizio Sanitario Nazionale** (determinazione del **Fondo Sanitario Nazionale**, ivi compreso il prodotto dei contributi sociali di malattia e lo stanziamento alle **regioni** secondo una quota capitaria in rapporto alla popolazione);
- verificare i risultati sullo stato della salute dei cittadini e sullo stanziamento delle risorse (rapporto sulla situazione sanitaria del paese e definizione di un adeguato sistema nazionale di indicatori di qualità e di efficacia);
- definire regole uniformi relative alle qualità organizzative, strutturali e tecnologiche che le strutture sanitarie devono possedere per fornire le prestazioni e garantire la loro qualità per l'insieme degli assistiti.

1.3 A livello regionale, le diciannove **regioni** e le due **province autonome** adattano le norme fissate dal **Piano Sanitario Nazionale** al **Piano Sanitario Regionale**, definiscono i modelli organizzativi dei servizi sulla base delle esigenze specifiche del territorio e delle risorse disponibili.

Rientrano, così, nelle competenze delle **regioni** e delle **province autonome**:

- la definizione delle strutture organizzative del territorio per l'assistenza nei limiti di uniformità nazionale;
- la programmazione delle attività, e relativo finanziamento, delle **strutture sanitarie regionali**;
- la facoltà di stabilire i livelli di assistenza complementare in rapporto a quelli che devono essere garantiti su scala nazionale;

- la facoltà di operare ulteriori prelievi sui redditi per finanziare l'ammontare dell'assistenza complementare o per appianare i deficit di gestione (maggiorazione dei ticket, dei contributi previdenziali e delle imposte regionali);
- la nomina e la revoca degli organi di gestione dei **servizi sanitari regionali (Aziende USL, e Ospedali)**;
- controllo delle iniziative e della gestione dei **servizi sanitari regionali**.

A **livello locale**, le **Aziende di Unità Sanitarie Locali (ASL)** provvedono ad organizzare l'assistenza sanitaria nel proprio territorio e ad erogarla attraverso strutture pubbliche o private accreditate. Il Decreto Legge n° 502 del dicembre 1992 ha determinato il numero e la struttura di queste **ASL**:

- la dimensione delle **ASL** corrisponde in linea generale al **territorio provinciale**.
- la **ASL** ha mantenuto la sua denominazione ma è diventata una impresa dotata di personalità giuridica pubblica godendo di una **autonomia** organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, tecnica e di gestione;
- l'**ASL** diventa un organismo strumentale delle **regioni** o delle **province autonome** che stabiliscono il criterio di finanziamento e di controllo dell'articolazione della **ASL** in **Distretti**;
 - la gestione della **ASL** non è pubblica ma affidata a un **Direttore Generale**, nominato dal **Presidente** della **regione** o **province autonome**, d'accordo con la giunta regionale o provinciale, scelto da una specifica lista stabilita dal **Ministero della Salute**. Il **Direttore Generale** non può essere membro dei consigli o delle assemblee comunali, provinciali o regionali. E nemmeno del Parlamento. L'altro organismo di gestione dell'**ASL** è il **Collegio dei Revisori**. Il **Direttore Generale** è supportato dai **Direttori Amministrativo, Sanitario** e dal **Consiglio dei Sanitari**.

1.4 I grandi ospedali (policlinici universitari, ospedali con almeno tre alte specializzazioni, ospedali che siano centro di riferimento per la rete dei servizi d'urgenza, ecc.) **operano come "aziende ospedaliere"** con una organizzazione simile a quella delle **ASL, autonome responsabili del budget**. Gli altri ospedali rientrano nel **budget** dell'**ASL** in quanto centri di costo specifici.

1.5 Sono state adottate anche altre misure all'interno degli ospedali aziende:

- sono stati creati spazi negli ospedali per l'esercizio libero della professione medica "intramoenia" attraverso l'istituzione di camere a pagamento (minimo 5%, massimo 10% del totale dei posti letto). I corrispettivi al personale che ha svolto le prestazioni di libera professione intramoenia (costi) ammontano nel 2006 a complessivi Euro 990.605.000

1.6 Le "**aziende ospedaliere**" devono rispettare il loro budget. A partire dal 1° aprile 1994 è stato introdotto un nuovo sistema contabile in forma analitica, omogeneo su tutto il territorio nazionale e valido per tutte le **ASL** e le "**aziende ospedaliere**".

2. Il finanziamento

La Legge n° 833 del 1978 definisce la circolazione dei flussi finanziari del **Sistema Nazionale Sanitario** le cui risorse sono inserite nel **budget** dello **Stato**. L'obiettivo principale di questa riforma riguarda le modifiche dei modi di finanziamento, dovendosi sostituire il precedente modello contributivo con la fiscalizzazione. Il finanziamento del SSN è essenzialmente contributivo.

Attualmente tutti i lavoratori dipendenti e quelli autonomi pagano una quota parte contributiva obbligatoria (settore privato e pubblico). Facilitazioni particolari vengono accordate ad alcuni settori produttivi (contributi assunti in carico dallo **Stato** secondo un sistema denominato *fiscalizzazione*) e agli agricoltori delle zone depresse (agricoltura di montagna, zone di calamità naturale, ecc.).

L'esazione dei contributi previdenziali viene effettuata dall'**Istituto Nazionale Previdenza Sociale (INPS)** che le gira alle **regioni** e alle **province**: questa decentralizzazione delle entrate costituisce la novità essenziale introdotta col Decreto Legislativo n° 502 del 1992.

In conto alle **regioni** sono accreditate anche le quote parte del **Fondo Sanitario Nazionale**, stabilite con la **Legge Finanziaria**, al suo finanziamento sono destinati i contributi previsti per i redditi, differenti da quelli dei lavoratori dipendenti, calcolati e versati con la dichiarazione dei redditi.

La quota parte per ogni **regione** viene calcolata sulla base della popolazione residente, della mobilità sanitaria, della qualità delle strutture e della tecnologia sanitaria. E' previsto un meccanismo di riequilibrio per le **regioni** particolarmente svantaggiate e anche per le **regioni** i cui servizi siano superiori allo standard.

Le **regioni** si assumono direttamente la copertura dei debiti delle **ASL** e il finanziamento dei livelli di assistenza superiori a quelli che sono adottati dal **Fondo Sanitario Nazionale**.

La **Legge finanziaria** ha stabilito una copertura della spesa sanitaria pari a **€uro 97.040.000.000 per il 2007; di €uro 101.457.000.000 per il 2008.**

3. La popolazione assistita

Tutti i residenti, ivi compresi gli stranieri residenti in **Italia**, beneficiano delle prestazioni del **SSN** a partire dal 1° gennaio 1980.

La popolazione residente (compresi gli stranieri) il 1° gennaio del 2006 era di 58.751.711 unità (28.526.888 donne e 30.224.823 uomini).

4. La copertura delle cure sanitarie

Per poter beneficiare del **SSN**, i residenti devono iscriversi presso una **ASL** e ricorrere ai suoi servizi, all'interno della sfera di competenza territoriale, salvo il caso di spostamento o per servizi specialistici che non possono essere erogati dalla **ASL** locale.

L'universalità della protezione sociale da diritto a ogni cittadino di beneficiare delle prestazioni sanitarie necessarie fin dall'inizio della malattia e per una durata illimitata.

5. Le cure mediche

Ogni assistito dal SSN si iscrive nella lista di un medico generico scelto fra i medici convenzionati che esercitano nella sua ASL. Può consultare uno specialista, su indicazione del medico di fiducia, sia nei dispensari dell'ASL che fra gli specialisti convenzionati con la ASL.

Secondo quanto viene stabilito dalla Legge Finanziaria e dalle Regioni il paziente deve (nella maggior parte dei casi) pagare un ticket per le consultazioni e le prestazioni di uno specialista. Le cure del medico generico, di uno specialista o di infermeria possono essere erogati a domicilio.

A partire dal 1° gennaio 1994 le strutture sanitarie, gli specialisti e le case di cura private non sono più convenzionate con le ASL sulla base di un forfait annuo predeterminato ma secondo tariffe di prestazione. Gli assistiti del **Servizio Sanitario Nazionale** potranno scegliere liberamente, su prescrizione del medico curante, la struttura o lo specialista.

Per le prestazioni gratuite garantite dalle strutture pubbliche il cittadino deve pagare l'eventuale ticket previsto. Per le prestazioni erogate dalle strutture private convenzionate si devono pagare i ticket in vigore.

- **Prestazioni di specialistica:** 50% della spesa fino a una quota massima di € 46,15 per ogni prescrizione.
- **Cure termali:** 50% delle spese di cura fino a una quota massima di € 46,15 per ogni prescrizione.

Per disposizioni delle leggi finanziarie, le regioni possono far pagare il ticket per le prestazioni di pronto soccorso. Non si paga il ticket per le prestazioni di pronto soccorso quando si viene ricoverati e qualora si è esenti per le disposizioni emanate per le esenzioni di pagamento dei ticket secondo quanto di seguito descritto.

6. Esenzione del ticket

➤ Secondo i redditi:

- i titolari di una pensione di vecchiaia, con un reddito inferiore a € 8.236 annui;
- i titolari di una pensione sociale;
- > i disoccupati;
- > le persone a carico delle due categorie citate;
- > l'esenzione è totale per le visite e le prestazioni specialistiche e per gli esami clinici. Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica l'esenzione è totale, normalmente, per 16 prescrizioni annue.

- **Secondo le patologie:** l'esenzione viene applicata in relazione ai trattamenti medici e alle prestazioni necessarie per la cura della patologia.

- **Per altre cause oggettivamente rilevanti:** invalidi civili, non vedenti, sordomuti, invalidi di guerra, sul lavoro, per incidente di servizio.

7. Le cure ospedaliere, le cure termali e sanatoriali

Il settore ospedaliero è a grande predominanza pubblica: il 20% dei letti appartiene al settore privato. La maggior parte delle cliniche private stipulano convenzioni con il SSN e, in questo caso, il rimborso delle spese viene effettuato dalle ASL.

L'assistito può scegliere liberamente, in tutta la nazione, la struttura (ospedaliera o sanatoriale) nella quale ricoverarsi. **L'assistenza è gratuita.** Le cure termali devono essere autorizzate anticipatamente dall'ASL e la partecipazione alle spese prevista per il paziente non supera i € 46,15.

8. Le cure dentarie

Le cure sono gratuite nei centri del Servizio Sanitario Nazionale e presso gli specialisti convenzionati.

9. Le medicine

Su indicazione del **Ministero della Salute**, gli **Assessorati Regionali alla Sanità** dispongono la classificazione delle medicine.

Le medicine sono classificate in tre categorie:

- A) **Medicine essenziali per le cure delle malattie più gravi: gratuite per tutti.**
- B) Medicine per il trattamento di malattie rilevanti ma meno gravi di quelle della fascia A sono gratuite unicamente per le persone che soffrono di gravi patologie o sono in attesa di trapianto e per gli handicappati. Normalmente gli assistiti pagano il 50%.
- C) Medicine totalmente a carico dell'assistito.

Per disposizione delle **leggi finanziarie** dal **2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008** le **regioni** possono esentare o fare pagare il ticket per la prescrizione (ricetta) delle medicine. Qualora venisse applicato il ticket l'importo varia da un minimo di Euro 1,00 a un massimo di Euro 4,00.

Per disposizione del Decreto Legge n° 347 del 18 settembre 2001 e della Legge n° 405 del 16 novembre 2001, il medicinale brevettato può essere sostituito dal **medicinale generico**, che è un prodotto medicinale non esclusivo ed intercambiabile (*interchangeable multisource pharmaceutical produit*).

L'assistito, per le cure prescritte dal suo medico curante, può optare per un farmaco brevettato, in tale caso pagherà la differenza del prezzo tra il **medicinale generico** e quello brevettato.

9.1 La spesa farmaceutica convenzionata (anno di riferimento 2006)

la spesa farmaceutica convenzionata (a carico del SSN) per **l'anno 2006** si è attestata a circa **12.334 milioni di Euro**. I cittadini hanno pagato complessivamente **415 milioni di Euro** di quote a proprio carico. Tale contribuzione comprende sia il versamento della differenza di prezzo della specialità prescritta rispetto al valore del rimborso, sia il pagamento del ticket, nelle regioni che lo hanno

reintrodotto. Per la spesa farmaceutica non convenzionata la spesa per l'anno 2006 è stata di circa **495 milioni di Euro**.

10. Il personale medico

Mentre il finanziamento del sistema sanitario è prevalentemente pubblico, l'offerta di cura risulta mista: pubblica e privata.

I **medici generici** iscritti nella lista dell'ASL ricevono un ammontare annuo per paziente calcolato secondo parametri che considerano l'età del paziente e l'esperienza del medico.

Questo sistema di remunerazione è il risultato di una convenzione stipulata fra il **Ministero della Salute**, le **regioni** e le **organizzazioni mediche**. A partire dal 1° gennaio 1994 tutti i medici generici devono essere muniti di una attestazione relativa al riconoscimento di una formazione specifica, in applicazione alle direttive europee.

Gli **specialisti** degli ambulatori privati convenzionati col SSN ricevono un pagamento forfetario per le loro prestazioni dalla ASL.

Gli assistiti hanno la possibilità di consultare, nel settore privato, sia i medici generici che gli specialisti di loro scelta. Gli onorari per queste prestazioni sono fissati, liberamente dal medico secondo un tariffario minimo nazionale, le spese sono interamente a carico del paziente o dell'eventuale assicurazione privata dello stesso o della **Mutualità Integrativa**.

I **medici ospedalieri** ricevono un trattamento fisso mensile da parte della struttura per cui operano in funzione del loro ruolo professionale.

Sono ben definiti i compiti dei medici, dei paramedici e infermieri (sia per le malattie croniche, per la radiologia, per gli esami di laboratorio, ecc.). Non c'è alcuna tendenza a demandare i compiti dei medici ad altri profili professionali della sanità.

11. La normativa di riferimento.

A partire dal 1992 il **Servizio Sanitario Nazionale** cambia aspetto. Il processo di trasformazione deriva da un insieme di disposizioni che entrano in vigore simultaneamente:

- i Decreti Legge n° 502/92, n° 517/93 e n° 229/99 hanno definito gli interventi legislativi legati alla riorganizzazione del **Servizio Sanitario Nazionale**;
- il **Piano Sanitario Nazionale** del 1994-1996, 1997-1999, 2000-2002, 2003 – 2005, 2006-2008.
- le **leggi finanziarie** del 1994 , 1995, 1996, 2001, 2002, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008.

Le modifiche previste hanno un triplo obiettivo e cioè: migliorare la qualità delle prestazioni, facilitare l'accesso ai servizi e alle strutture sanitarie, e **controllare la spesa pubblica sanitaria**.

I principi fondamentali della riorganizzazione del SSN verranno esposti più sotto. Si richiameranno, per memoria, le riforme già esposte precedentemente, che accordano uno statuto autonomo a certi ospedali specializzati.

Nello stesso tempo la **regione** si vede riconosciuta una maggiore autonomia in materia di sanità, accompagnata inoltre dalla responsabilità dei risultati ottenuti, sia in termini di qualità delle prestazioni che nelle conseguenze finanziarie delle scelte di gestione.

11.1. Il modello di organizzazione dei servizi sanitari

Il modello organizzativo scelto è quello dell'azienda sanitaria a direzione tecnica unica al fine di realizzare:

- un nuovo riassetto territoriale meno frantumato;
- il riconoscimento della personalità giuridica e la totale autonomia di gestione per ASL e alcuni ospedali;
- la non commistione della politica nell'amministrazione (eliminazione dei Comitati di Gestione – detti anche Comitati dei Garanti – delle USL preesistenti);
- l'introduzione di tecniche di gestione e di controllo proprie delle imprese ;
- l'introduzione di nuove regole, ispirate al settore privato, nei rapporti di lavoro.

11.2. Il Modello di programmazione

Le leggi citate confermano la messa in opera del modello di programma adottato dal legislatore in virtù della legge n° 833/78, completano il processo che ha introdotto nuovi concetti per il miglioramento dell'assetto generale del SSN.

Il **Piano Sanitario Nazionale** del periodo 1994-1996 è stato il primo ad essere effettivamente adottato. Esso ha enunciato seguenti principi tutt'ora in vigore:

- assistenza sanitaria collettiva negli ambienti di vita e nei luoghi di lavoro;
- assistenza sanitaria di base;
- assistenza specialistica (in parte a domicilio) e territoriale;
- assistenza ospedaliera
- assistenza domiciliare alle persone non autosufficienti e alle persone vittime di invalidità permanente.
- La tutela materna infantile ed agli anziani.
- la soppressione o la forte riduzione della mobilità ospedaliera interregionale;
- la riduzione al ricorso alle strutture ospedaliere estere;
- la riduzione dei tempi di attesa per le attività ambulatoriali;
- l'intensificazione delle attività di day hospital;
- lo sviluppo delle "cure a domicilio".

Il **Piano Sanitario Nazionale 2006-2008** ha i seguenti contenuti:

- gli scenari internazionali: scenario comunitario e internazionale;
- il contesto istituzionale e normativo;
- i diritti del cittadino: la centralità dei **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)**;
- il quadro epidemiologico: l'evoluzione demografica e l'evoluzione dei bisogni;
- il contesto socio economico nazionale;
- quali risorse per il Servizio Sanitario Nazionale;
- gli strumenti della programmazione;
- il rapporto con i cicli programmatori ed i **Piani Sanitari Regionali**;
- il Servizio Sanitario Nazionale: principi ispiratori, **Universalità del Servizio, Equità, Cooperazione**;
- la garanzia e l'aggiornamento dei LEA;
- la sanità italiana in Europa, l'Europa nella sanità italiana;
- la Prevenzione Sanitaria e la promozione della salute;
- la riorganizzazione delle cure primarie;

- l'integrazione delle reti assistenziali: sistemi integrati di reti informatiche sovra regionali e nazionali;
- l'integrazione tra i diversi livelli di assistenza;
- l'integrazione socio-sanitaria;
- il dolore e la sofferenza nei percorsi di cura;
- la rete assistenziale per le cure palliative;
- promuovere innovazione, ricerca e sviluppo;
- il ruolo del cittadino e della società civile nelle scelte e nella gestione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN);
- le politiche per la qualificazione delle risorse umane del SSN;
- la promozione del Governo clinico e la qualità nel Servizio Sanitario Nazionale compresa la tematica delle liste di attesa;
- l'aziendalizzazione e l'evoluzione del SSN;
- le sperimentazioni gestionali;
- la politica del farmaco, delle nuove medicine, dei vaccini ed i dispositivi medici;
- la salute nelle prime fasi di vita, infanzia e adolescenza;
- le grandi patologie: tumori, malattie cardiovascolari, diabete e malattie respiratorie;
- la non auto sufficienza: anziani e disabili;
- la tutela della salute mentale;
- le dipendenze connesse ai particolari stili di vita;
- sostegno alle famiglie
- gli interventi in materia di salute degli immigrati e delle fasce sociali marginali;
- il controllo delle malattie delle malattie diffuse e la sorveglianza sindromica;
- la sicurezza alimentare e la nutrizione;
- la Sanità Veterinaria;
- la tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- ambiente e salute;
- il ruolo del **Nuovo Sistema Informativo Sanitario** nella valutazione del SSN;
- il monitoraggio del **Piano Sanitario Nazionale**.

La privatizzazione delle prestazioni sanitarie (ospedaliere, ambulatoriali, case di riposo e cure) non è soggetta alle logiche di libero mercato, il Ministero della Salute è sempre l'organismo di controllo e le prestazioni avvengono secondo un tariffario minimo nazionale

11.3 Tempi di attesa

L'11 luglio 2006 la Conferenza Stato Regioni ha approvato il documento sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e gli indirizzi applicativi sulle liste di attesa. Il documento dà attuazione al punto a) dell'Accordo Stato Regioni del 14 febbraio 2006 che prevede l'individuazione delle soluzioni più efficaci almeno per fissare i dei tempi massimi di attesa per prestazioni selezionate in relazione a particolari patologie. Il documento fornisce indicazioni generali sui criteri di priorità cliniche, le classi di priorità e i tempi massimi di attesa, sul territorio regionale e nazionale, per le prestazioni ambulatoriali e in regime di ricovero. Inoltre prevede il monitoraggio delle prestazioni critiche nell'ambito del flusso informativo sui tempi e le liste di attesa, collegandosi ad una sperimentazione già in corso promossa dal Ministero della Salute, e mette in evidenza la necessità di predisporre strumenti corretti di informazione all'utenza sul percorso di accesso al ricovero – **Centro Unico di Prenotazione (CUP)**.

Per attenuare le liste di attesa ci si può rivolgere ad ambulatori e cliniche private (autorizzate all'esercizio professionale dal Ministero della Salute) non convenzionate col SSN. Il tariffario è stabilito dai professionisti che operano nelle strutture e non potrà mai essere inferiore al tariffario minimo nazionale.

11.4. Il Sistema di finanziamento

Il modello di finanziamento adottato riflette lo schema di ripartizione dei poteri tra **Stato e Regioni**, e risponde alle seguenti caratteristiche:

- la **Legge Finanziaria** fissa il **budget del Fondo Sanitario Nazionale** determinandone la percentuale a carico dello **Stato** in funzione del previsto ammontare globale dei contributi sanitari;
- il **Fondo** viene ripartito in quote parti omogenee, in funzione del numero della popolazione residente, con una riserva a compensazione per potere far fronte alle situazioni di disequilibrio delle strutture;
- le **regioni** fanno fronte agli eventuali ulteriori bisogni con risorse proprie ricorrendo, qualora necessario, all'aumento della partecipazione alle spese dei cittadini e con l'aumento delle imposte regionali.

11.5. Il monitoraggio ed evoluzione della spesa sanitaria

L'acquisizione di informazioni puntuali e tempestive sull'andamento della spesa sanitaria costituisce da sempre un obiettivo fondamentale degli organi che hanno la responsabilità di governare il sistema a livello centrale e regionale. Viene monitorata e analizzata la spesa sanitaria in rapporto alle prestazioni erogate e alle principali variabili che influenzano, a garanzia dell'efficienza e dell'efficacia del SSN. Tale impegno ha origine per stabilire quali fattori incidono sull'incremento della spesa.

Per inquadrare l'evoluzione della spesa sanitaria corrente è opportuno riferirsi al periodo intercorso dal 1995 (anno in cui le disposizioni contenute nel D.Lgs. N° 502/92 hanno trovato attuazione) al 2005. Dall'analisi dei dati è evidente che nel periodo considerato (1995-2005) la spesa sanitaria corrente complessiva è cresciuta passando da **48.136 milioni di Euro a 92.804 milioni di Euro, confermando così una dinamica evolutiva, come è avvenuto del resto in tutti gli altri Paesi OCSE.**

Le aree che sono state monitorate, con particolare attenzione, nel corso degli anni **2001 al 2005** sono:

- la spesa per il personale del **Servizio Sanitario**, con particolare riferimento ai costi derivanti dai rinnovi contrattuali;
- la spesa dei beni e dei servizi delle **Aziende Sanitarie**;
- la spesa **farmaceutica** a seguito delle modifiche introdotte nella **legge finanziaria del 2001**.

11.6. La Tessera Sanitaria

Nell'ottica di un monitoraggio della spesa nel settore sanitario è stata prevista la generazione e la progressiva consegna della Tessera Sanitaria, da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze in collaborazione con l'Agenzia delle Entrate. La Tessera Sanitaria è una tessera personale che sostituirà gradualmente il tesserino plastificato del codice fiscale per tutti i cittadini aventi diritto alle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale e muniti di codice fiscale. La Tessera contiene, oltre ai dati anagrafici e assistenziali, anche il codice fiscale sia su banda magnetica che in formato a barre (bar-code), è valida sull'intero territorio nazionale e permette di ottenere servizi sanitari anche nei paesi dell'Unione Europea, in sostituzione del modello cartaceo E111. Il Ministero dell'Economia e delle Finanze, per il tramite dell'Agenzia delle Entrate, provvede ad inviare la Tessera Sanitaria a tutti gli aventi diritto, all'indirizzo di residenza risultante nella banca dati dell'Anagrafe Tributaria al momento della spedizione. La Tessera Sanitaria ha validità 5 anni, salvo diversa indicazione da parte della Regione/ASL di assistenza. In prossimità della scadenza, l'Agenzia delle Entrate provvede automaticamente ad inviare la nuova Tessera a tutti i soggetti per i quali non sia decaduto il diritto all'assistenza. La Tessera Sanitaria deve essere esibita sia per l'acquisto dei farmaci che per tutte le prestazioni sanitarie.

11.6 Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

Con la legge n° 129 del 2001 e con l'accordo sancito nella **Conferenza Stato-Regioni** dell'8 agosto 2001, il Governo si è impegnato ad adottare un provvedimento per la per la definizione dei **livelli essenziali di assistenza** ai sensi dell'articolo 1 del Decreto Legislativo del 19 giugno 1999 n° 229.

Poiché la definizione dei **livelli essenziali di assistenza** è compito da assolvere contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al SSN, associando così ai diversi livelli di assistenza i relativi costi per verificare la congruità tra risorse finanziarie destinate al SSN e i livelli di assistenza da garantire ai cittadini. I dati raccolti hanno consentito, tra l'altro, di evidenziare l'attuale distribuzione delle risorse finanziarie, da parte delle **Regioni**, nelle diverse aree di assistenza: prevenzione, assistenza distrettuale (medicina di base, assistenza farmaceutica, assistenza specialistica, assistenza domiciliare, semi residenziale e residenziale, attività di emergenza sanitaria, assistenza protesica, assistenza integrativa e termale) e assistenza ospedaliera; dette elaborazioni hanno consentito, in sede di definizione dei livelli di assistenza, di individuare dei valori di riferimento per l'allocazione delle risorse finanziarie nel triennio. Gli elementi che caratterizzano il provvedimento sui livelli possono essere così sintetizzate: *più prevenzione, più assistenza territoriale, maggiore integrazione socio-sanitaria* con riferimento ai criteri di non auto sufficienza e fragilità sociale, un taglio ai ricoveri impropri, revisione al nomenclatore della specialistica secondo i criteri dell'efficacia e della appropriatezza delle prestazioni, la classificazione dei farmaci in tre fasce.

11.7. Sistema di pagamento delle prestazioni sanitarie

La riforma del sistema di pagamento delle prestazioni sanitarie ha imposto le seguenti misure e principi:

- > creare un sistema di organismi pubblici e privati che forniscano ai cittadini prestazioni per conto del SSN, scelti liberamente dai cittadini e **retribuiti esclusivamente sulla base delle prestazioni rese**. Questo regime favorisce l'ottimizzazione dell'offerta pubblica grazie alla sospensione o alla trasformazione delle strutture sotto utilizzate;

- di conseguenza **prescindere** (nel settore dell'assistenza ospedaliera e in quello delle cure specialistiche) **della convenzione in quanto strumento regolatore** dei rapporti fra il SSN e le strutture private, fondato sulla programmazione dei rientri e sulla retribuzione delle prestazioni effettivamente rese. Al contrario si tratta di favorire la libera entrata di nuovi organismi nel sistema di distribuzione misto pubblico - privato;
- riservare al **SSN** il potere di definire in anticipo le condizioni strutturali e organizzative minime che gli organi sanitari devono adempiere per accedere al sistema di distribuzione del SSN e procedere alla loro classificazione per quanto riguarda la tipologia delle prestazioni per cui vengono autorizzate.
- La convenzione è stata mantenuta solo per il medico generico e per i prodotti farmaceutici. In più i rapporti devono adattarsi alla logica del collegamento fra remunerazione da una parte e volume delle prestazioni effettivamente rese dall'altra.

11.8. Controllo della qualità dell'assistenza

Al fine di fornire alla popolazione le massime garanzie sulla qualità delle prestazioni, le **regioni** sono tenute a istituire servizi ispettivi competenti incaricati di verificare se le strutture rispondono alle condizioni minime fissate. Il **Ministero della Salute**, da parte sua, conserva e accresce un potere di stretta sorveglianza in questo ambito. Le disposizioni che istituzionalizzano l'adozione, da parte di tutte le strutture, del metodo di verifica e di revisione della qualità tendono all'identico obiettivo.

Detto più in generale, è stato istituito un sistema nazionale di indicatori al fine di permettere una verifica dei risultati raggiunti in termini di efficacia e di qualità. Su un piano differente, ma altrettanto significativo e innovatore, il *servizio sanitario* si appresta a introdurre un sistema di indicatori di qualità destinato a valutare i servizi con l'angolazione della personalizzazione e dell'umanizzazione, così come dal punto di vista dei servizi di accoglienza.

11.9. Qualità e accreditamento.

In Italia si è andata sempre più diffondendosi, anche a **livello internazionale**, la consapevolezza che la gestione e l'organizzazione dei servizi pubblici debbano essere fondati sul principio della qualità dei servizi e delle cure erogate. L'**accreditamento** è uno degli strumenti individuati dalla normativa (D. Lgs. n° 502/92, **Piano Sanitario Nazionale** del 1998-2000 e D.L.gs. n° 229/99) per dare attuazione alla promozione dell'efficacia e della appropriatezza nella pratica clinica e nelle scelte organizzative. Le finalità dell'**accreditamento** sono:

- assicurare la sicurezza e la qualità delle cure fornite ai cittadini che esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito dei soggetti accreditati con cui siano stati definiti appositi accordi contrattuali o che abbiano rapporti con il SSN;
- garantire che le strutture siano dotate di strumenti e tecnologie appropriati, per quantità, qualità e funzionalità, alle prestazioni erogate ed adeguate condizioni di organizzazione interna;
- regolare i criteri di ingresso e di uscita dal sistema (accesso ed esclusione) sono conseguite creando anche condizioni di:
- equità di remunerazione dei fornitori;
- eguaglianza nelle condizioni iniziali, e, sulla base di questi presupposti, producono:
- i vantaggi determinati da un clima di sana competizione,

- la tutela del paziente relativamente alla qualità degli esiti;
- una politica di continuo miglioramento della qualità delle strutture sanitarie.

12. Le normative.

Nonostante la riforma introdotta, con i Decreti Legislativi n° 502/92 e n° 517/93, abbia prodotto significativi miglioramenti nell'ambito della gestione dei servizi e della qualità della prestazione, si è reso necessario intervenire per razionalizzare quanto avviato allo scopo di promuovere i processi di **regionalizzazione** e di **aziendalizzazione** del **Servizio Sanitario Nazionale**. A tale scopo il **Governo** e' stato delegato ad emanare uno o più decreti legislativi volti a raggiungere gli obbiettivi prefissati (Legge n° 419/98 e D.Lgs. n° 229/99).

Sono stati emanati il **Piano Sanitario Nazionale** del 1997/1999, 2000/2002 e del 2006/2008 nei quali sono stati individuati gli obbiettivi della salute per i trienni in oggetto e nei quali sono stati introdotti i principi per la definizione dei *livelli uniformi ed essenziali di assistenza* (livello ospedaliero, distrettuale e della prevenzione) e per la diffusione a livello nazionale di linee guida per alcune specifiche condizioni morbose. Il DLg n° 229/99 contiene, inoltre, importanti innovazioni per le forme integrative di assistenza. I nuovi **Fondi Integrativi Sanitari** a partire dal 2009 potranno erogare le prestazioni aggiuntive rispetto ai livelli uniformi di assistenza con particolare riguardo alle prestazioni nei settori maggiormente a rischio (non autosufficienza, AIDS), le prestazioni odontoiatriche, la medicina non convenzionale (omeopatia, agopuntura), le cure termali e le prestazioni rese in regime libero professionali all'interno degli ospedali.

12.1. Diritti del Paziente – il Tribunale dei Diritti del Malato

Il Tribunale dei Diritti del Malato è una istituzione no profit nata nel 1980 per tutelare i diritti dei cittadini nell'ambito dei servizi sanitari e assistenziali e per contribuire a una più umana e razionale organizzazione del Servizio Sanitario. Il Tribunale è costituito da cittadini comuni, ma anche da operatori dei servizi e da professionisti che si impegnano a titolo di volontariato. Esso opera mediante le sue sezioni locali presenti su tutto il territorio nazionale.

Il paziente attraverso la legislazione nazionale ha diritto, se da lui richieste, a tutte informazioni amministrative e ha il diritto alle informazioni sulla appropriatezza delle cure mediche a lui praticate.

LA PROTEZIONE VOLONTARIA

1. Il mercato privato dell'assicurazione malattia

1.1. Importanza dell'assicurazione malattia privata

In **Italia** l'assicurazione malattia ha avuto un'evoluzione molto varia nel corso di questi ultimi anni, con delle punte massime intorno agli anni '80 e una diminuzione nel corso dell'ultimo decennio. Attualmente il mercato si è stabilizzato sul 6% circa dell'insieme dei premi riscossi sul totale del "*ramo rischi*" per un totale di circa 8,5 milioni di polizze individuali e collettive che comprende circa il 18% della popolazione.

1.2. Sistema di regolamentazione relativo all'assicurazione privata

Gli oneri fiscali, sui premi delle polizze private di assicurazione malattia, vengo versati dalle compagnie ma sono a carico dell'assicurato. Il premio di assicurazione malattia è fiscalmente deducibile sino a un massimo di Euro 1.291,14, al momento della dichiarazione annuale dei redditi, il contribuente può dedurre le spese sanitarie ammesse (cure specialistiche, cure ospedaliere, odontoiatriche ecc.), nella misura del 19% dell'importo lordo totale sino a un massimo annuo di Euro 15.493,71.

Il premio assicurativo varia in rapporto all'età dell'assicurato, al suo stato di salute e al tipo di copertura richiesto.

1.3. Tipo di copertura offerto

Il sistema di polizze malattia offerto dalle compagnie private a scopo di lucro, la cui sottoscrizione è totalmente volontaria, è in realtà sostitutiva del sistema pubblico (anche se non esiste nessun legame organico fra i due sistemi).

2. Assicurazione privata con la mutualità

2.1 Ruolo della mutualità

La legge n° 833/78 ha stabilito che la **mutualità volontaria è libera**. Tale legge vieta agli enti, alle imprese ed aziende pubbliche di contribuire sotto qualsiasi forma di finanziamento alle associazioni mutualistiche liberamente costituite, aventi come finalità di erogare prestazioni integrative dell'assistenza prestata dal **Servizio Sanitario Nazionale**.

La riforma introdotta, dai Dlgs n° 502 del 1992 e n° 229 del 1999, prevede molte novità per quanto riguarda il ruolo della mutualità.

La mutualità garantisce ai propri associati la copertura di servizi integrativi, rendere effettiva la libertà di scelta nell'accesso alle strutture di servizio, garantire la qualità e prezzo dei servizi assicurando così un forte potere contrattuale anche alle fasce più deboli. **La spesa sanitaria privata** attualmente è quantificata in **Euro 35.250.000.000**, di cui **Euro 2.115.000.000** attraverso le mutue (*società di mutuo soccorso, casse e mutue aziendali*).

Il DLgs n° 502/92 ha introdotto il concetto di forme integrative di assistenza sanitaria prevedendo la istituzione di **fondi integrativi sanitari** finalizzati a fornire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle assicurate dal SSN. Le fonti istitutive dei fondi stessi possono essere i contratti e accordi collettivi, gli accordi tra i lavoratori autonomi o liberi professionisti, i regolamenti di enti aziende, enti locali, associazioni senza fini di lucro o **società di mutuo soccorso**. A queste ultime, analogamente alle imprese assicuratrici, è riconosciuta la possibilità di gestire **fondi integrativi sanitari**.

La legge prevede un regolamento, **che entrerà in vigore nel 2009**, per disciplinare:

- le modalità di costituzione dei fondi integrativi sanitari;
- la composizione degli organi amministrazione e di controllo;
- le forme di contribuzione;
- le modalità di vigilanza del **Ministero della Salute**.
- Le modalità di scioglimento.

Il Decreto Legislativo, n° 229/99 all'art. 9, istituisce i **fondi integrativi sanitari** previsti dal **Servizio Sanitario Nazionale**, finalizzati a potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza.

Tutti i soggetti pubblici e privati che istituiscono fondi integrativi sono tenuti ad adottare politiche di non selezione dei rischi. Le fonti istitutive dei fondi sono quelle già previste nel DLgs n° 502/92 comprese le organizzazioni di utilità sociale, le **società di mutuo soccorso** ed altri soggetti pubblici e privati. Gli ambiti di applicazione dei nuovi **fondi integrativi sanitari** sono:

- le prestazioni aggiuntive non comprese nei livelli uniformi di assistenza, che comprendono le prestazioni di medicina non convenzionale, le cure termali non erogate dal SSN, l'assistenza odontoiatrica limitatamente alle prestazioni non a carico del SSN e comunque con l'esclusione dei programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva e dell'assistenza protesica a determinate categorie di soggetti in condizione di particolare vulnerabilità.
- I fondi integrativi sanitari saranno deducibili fiscalmente fino a un massimo di € 3.615,20

Le **regioni**, a partire dal 1° gennaio 1995, possono anche affidare alle mutue la gestione dell'assistenza farmaceutica.

II.2 Funzione della mutualità

Dopo la Legge n° 833/78 che ha introdotto il SSN, in **Italia** la **mutualità** ha giocato un ruolo essenzialmente residuale. Un ruolo che, oggi giorno, dopo la riforma introdotta con i Decreti Legge n° 502/92 e n° 229/99 diventa sempre più importante come sistema complementare al servizio pubblico soprattutto per quello che riguarda le prestazioni specializzate extra-ospedaliere. Attualmente le **Mutue** erogano direttamente dei servizi, rimborsano le spese sostenute per l'acquisto dei servizi, rimborsi parziali su ticket, rimborsi forfetari sulla fruizione di servizi sanitari, inoltre, forniscono, tramite processi riassicurativi dei piani sanitari, **il valore aggiunto delle Mutue è nella solidarietà orizzontale, auto responsabilizzazione, conferimento della domanda, tutela e prevenzione.**

Esistono più di 170 **società mutualistiche** legate al **movimento cooperativo** e all'incirca 50 fondi sanitari di categoria. **La mutualità in Italia** gioca un ruolo ancora poco incisivo in materia di politica sanitaria e nel settore socio assistenziale, ma è un ruolo destinato rafforzarsi nel prossimo futuro.

E' di Euro 32.965.000.000, la spesa media annua degli italiani nel comparto delle prestazioni sanitarie private e le mutue gestiscono approssimativamente di Euro 648 milioni di quote associative.

L'attività mutualistica italiana viene ancora regolata dal **Decreto Reale n° 3818 del 15 aprile 1886**. Questa legge impone dei limiti per quanto riguardano gli interventi agli associati. A Attualmente si sta procedendo alla revisione della Legge 3818/1886 per adeguarla nelle nuove necessità e ai nuovi bisogni dei cittadini. **Alcune Regioni hanno emanato delle leggi e protezione del patrimonio storico, immobiliare, culturale, del ruolo sociale e assistenziale che svolgono le Società di Mutuo Soccorso.** Sul versante fiscale le mutue sono considerate come società non commerciali, quindi le quote associative sono fiscalmente deducibili nella dichiarazione annuale dei redditi sino a un massimo di Euro 1.291,14.

Attualmente le società di mutuo soccorso si stanno dotando dei siti Web dove fanno conoscere la loro storia, i servizi che loro offrono e le attività che svolgono.

2.3. Tipi di protezione

2.3.1. Categorie degli aderenti assicurati

Ci sono attualmente, in **Italia**, diverse categorie di aderenti assicurati. Da una parte abbiamo i "fondi di impresa" che assicurano esclusivamente i dipendenti che lavorano nell'impresa stessa. Ci sono, inoltre, delle mutue professionali (giornalisti, lavoratori autonomi) ed esistono, infine, delle società mutualistiche che agiscono all'interno del movimento cooperativo, sono iter categoriali e aperte ai principi di solidarietà.

L'art. 51, comma 2, lett.a) del TUIR (testo unico sui redditi D.P.R. n. 917/86 contiene la disciplina dei contributi versati dal datore di lavoro e dal lavoratore stabilendo condizioni e limiti per la non concorrenza degli stessi al reddito di lavoro dipendente. **Il comma 2 del predetto articolo recita: "non concorrono a formare reddito: a)... i contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro o dal lavoratore ad enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale per un importo non superiore a €3.615,20.**

2.3.2. Tipi di copertura

Per quanto riguarda il rischio malattia esiste, in **Italia**, un rapporto di collaborazione fra le società mutualistiche che agiscono all'interno del movimento cooperativo e le compagnie di assicurazione dello stesso movimento.

Le mutue rappresentano gli utenti: possono stipulare anche delle convenzioni con le compagnie di assicurazione per la copertura dei rischi di malattia e, più precisamente:

- per le spese ospedaliere in caso di intervento chirurgico;
- per le spese specialistiche extra-ospedaliere;
- per l'assistenza domiciliare post-operatoria
- per l'assistenza notturna durante la degenza in ospedale;
- in certi casi, le spese dentarie e di ortodontia che, in Italia, sono sostanzialmente al di fuori del sistema della copertura pubblica .

Le mutue si preoccupano anche di stipulare accordi e convenzioni con strutture sanitarie private, con centri specializzati per visite ed esami diagnostici, con cooperative per l'assistenza domiciliare, con fornitori di apparecchi sanitari per le persone con handicap, ecc. Queste convenzioni permettono un controllo del prezzo delle prestazioni, della qualità dei trattamenti e della rapidità delle cure.

IV. Tendenze osservate nel sistema sanitario ed assicurazione-malattia

4.1. privatizzazione dei servizi sanitari

• questa tendenza alla marchandisation (logica di mercato) esiste nel vostro paese? Descrivete per i seguenti settori:

- ospedale
- ambulatorio
- casa di riposo e cure

- quale è l'impatto di questa tendenza sul sistema sanitario?
- quale è l'impatto di questa tendenza sulla regolazione dell'offerta medica?

Attualmente in Italia non c'è alcuna tendenza alla logica di mercato nel settore della salute.

Le case di riposo e di cura sono nella maggior parte private possono essere convenzionate col SSN e devono rispondere a quanto stabilisce il ministero della salute.

4.2. Concentrazione delle casse malati/mutue

• descrivete e dite anche le ragioni di questa concentrazione

Esistono Casse Malattie e Mutue Aziendali riservate ai dipendenti delle aziende (Telecom, ENEL, Banca d'Italia, etc.) ma sono molto limitate.

4.3. Riorganizzazione dell'articolazione tra settore ospedaliero ed ambulatorio

Le cure ambulatorie comprendono l'ospedalizzazione a domicilio, le cure a domicilio e la prima linea di cure.

Distinguate le cure acute e le cure residenziali

- descrivete la situazione nel vostro paese
- segnalate se i bilanci sono distribuiti in conseguenza
- dite gli indicatori sui quali vi basate

Le cure ambulatoriali non comprendono l'ospedalizzazione a domicilio.

Le cure domiciliari sono principalmente la fisioterapia e per le cure per i malati terminali.

Le cure acute sono trattate nella quasi totalità negli ospedali pubblici, le cure residenziali sono nella quasi totalità trattate in strutture private convenzionate col SSN.

4.4. Esistenza e tipo di reti di scambi di informazioni elettronici organizzazione

- partner implicati
- scambio di dati amministrativi e finanziamenti-fatturazione
- scambio di dati medici (cartella medica, e prescrizioni).

Esiste un sistema informatico tra le strutture ospedaliere e ambulatoriali per lo scambio di informazioni e dati medici, i dati amministrativi riguardano esclusivamente ogni ASL e sono controllati dal Servizio Sanitario Regionale

Prospettive ed investimenti previsti

• descrivete la situazione nel vostro paese

Le prospettive, gli investimenti vengo predisposti dal Ministero della Salute e dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali in collaborazione con le Regioni.

Diritti del paziente

- diritti d'accesso e ruolo del paziente sulle informazioni amministrative e fatturazione
- diritti d'accesso e ruolo del paziente sulle informazioni mediche

La legge italiana tutela i diritti del paziente, esiste il Tribunale dei Diritti del Malato (Cittadinanza Attiva) che lo assiste e lo tutela in caso di necessità.

4.5. Prezzo delle nuove medicine e vaccini

- quale è la tendenza generale nel vostro paese
- Come il problema affrontato?
 - o chi decide l'interesse dell'utilizzo di nuove medicine e vaccini e su quale base (valore terapeutico aggiunto, costo vantaggio)
 - o che decide il prezzo
 - o che decide alla fine il suo utilizzo e del suo rimborso
- quali meccanismi esistono per finanziare questo costo crescente di questi nuovi medico/vaccini?
- esistono discussioni a quest'opinione?
 - (es. herceptine (per il cancro al seno), o avastine per il cancro collaterale con metastasi, o il vaccino HPV (Gardasil) contro il cancro del collo dell'utero)
- quali sono le prospettive?

Il prezzo dei nuovi farmaci e vaccini è stabilito dalle case farmaceutiche, la loro efficacia per le cure sono stabiliti dal Ministero della Salute che ne autorizza il commercio.

4.6. Delegazione dei compiti per le prestazioni mediche e tecniche

descrivete le tendenze ad opinione dei settori seguenti:

- delega dei compiti per prestazioni per malattie croniche (medici verso infermieri)
- delega di compiti per prestazioni di esami RX (medico verso tecnico RX), laboratorio
- emergenza della telemedicina per le prestazioni mediche/chirurgiche e tecniche (subappalto degli esami di laboratorio, RX, analisi di tessuto, verso fornitori di paese migliore andato)
- il suo impatto sull'organizzazione delle cure, i rimborsi

Sono ben definiti i compiti e i ruoli dei medici, dei paramedici e infermieri (sia per le malattie croniche, per la radiologia, per gli esami di laboratorio, ecc.). Non c'è alcuna tendenza a demandare i compiti dei medici ad altri profili professionali della sanità.

4.7. Esistenza di medicina a doppia velocità

- descrivete i meccanismi:

Per esempio:

- o il supplemento legale di onorari medici negli ospedali, superamento degli onorari
- o i pagamenti informali (sotto banco)
- o il ricorso al settore privato lucrativo per attenuare le liste d'attesa
- o altre
- Ruolo ed azioni delle mutue per limitare o evitare ciò

Non esiste una medicina a doppia velocità, ci si rivolge alle strutture private convenzionate col SSN per attenuare le liste di attesa, le ASL hanno predisposto per migliorare il servizio di attesa un Centro Unico di Prenotazione. Attualmente le Mutue hanno un ruolo poco incisivo per limitare ciò.

4.8. Ruolo evolutivo delle mutue

queste varie tendenze (privatizzazione dei servizi sanitari, concentrazione delle casse malattia, riorganizzazione dell'articolazione tra settore ospedaliero ed ambulatoriale, informatizzazione degli scambi di informazioni, prezzo delle medicine, delegazione dei compiti di prestazioni, medicina a doppia velocità) e di altri fattori e.a. politici (aumento del trasferimento di carichi verso il paziente, aumento in potenza della salute complementare..) esercita un'influenza sul ruolo delle mutue.

• descrivete l'evoluzione attuale e futura del ruolo delle mutue nel vostro paese:

Es:

- difesa dei membri (ruolo degli organismi di consumatori?)
- ruolo più in più di importante della funzione "consiglio" o informazione verso i membri a attraverso le agenzie mutualistiche, il telefono ed i siti web
- attività di prevenzione - ecc...

• quale è l'importanza dei siti web delle mutue? Quali vi sono i servizi offerti? ,

Dopo la Legge n° 833/78 che ha introdotto il SSN, in Italia la mutualità ha giocato un ruolo essenzialmente residuale. Un ruolo che, oggi giorno, dopo la riforma introdotta con i Decreti Legge n° 502/92 e n° 229/99 diventa sempre più importante come sistema complementare al servizio pubblico soprattutto per quello che riguarda le prestazioni specializzate extra-ospedaliere. Attualmente le Mutue erogano direttamente dei servizi, rimborsano le spese sostenute per l'acquisto dei servizi, rimborsi parziali su ticket, rimborsi forfettari sulla fruizione di servizi sanitari, inoltre, forniscono, tramite processi riassicurativi dei piani sanitari, il valore aggiunto delle Mutue è nella solidarietà orizzontale, autoresponsabilizzazione, conferimento della domanda, tutela e prevenzione. Esistono più di 170 società mutualistiche legate al movimento cooperativo e all'incirca 50 fondi sanitari di categoria. La mutualità in Italia gioca un ruolo ancora poco incisivo in materia di politica sanitaria e nel settore socio assistenziale, ma è un ruolo destinato rafforzarsi nel prossimo futuro. E' di €uro 32.965.000.000, la spesa media annua degli italiani nel comparto delle prestazioni sanitarie private e le mutue gestiscono approssimativamente di €uro 648 milioni di quote associative. L'attività mutualistica italiana viene ancora regolata dal Decreto Reale n° 3818 del 15 aprile 1886. Questa legge impone dei limiti per quanto riguardano gli interventi agli associati. Attualmente si sta procedendo alla revisione della Legge 3818/1886 per adeguarla nelle nuove necessità e ai nuovi bisogni dei cittadini. Alcune Regioni hanno emanato delle leggi e protezione del patrimonio storico, immobiliare, culturale, del ruolo sociale e assistenziale che svolgono le Società di Mutuo Soccorso. Sul versante fiscale le mutue sono considerate come società non commerciali, quindi le quote associative sono fiscalmente deducibili nella dichiarazione annuale dei redditi sino a un massimo di €uro 1.291,14. Attualmente le società di mutuo soccorso si stanno dotando dei siti Web dove fanno conoscere la loro storia, i servizi che loro offrono e le attività che svolgono.

Parte C: Allegati**allegato 1: Sommario delle spese a carico dei pazienti**

A riempire da parte dei corrispondenti

Biglietto proporzionale

biglietto forfetario

franchigia

Allegato 2: Tabella comparativa degli indicatori dei paesi
A riempire con il segretariato AIM

Per tutti i paesi dell'UE.

1. Alcuni indicatori

Moy Ue

popolazione - migliaia di persone:	anno 2007	€ 9.131.287
speranza di vita: Uomini:	anno 2007	28.718.441
speranza di vita: Donne:	anno 2007	30.412.846
popolazione di oltre 60 anni:	anno 2007	15.085.001
spese totali di salute % PIL:	anno 2007	139 miliardi di Euro = 11,1% del PIL
spese di salute pubbliche % spese totali di sanità:	anno 2007	104 miliardi di Euro
spese di salute private % spese totali di salute:	anno 2007	35 miliardi di Euro
medici da parte di 1000 abitanti:	anno 2007 =	4,1

2. % delle spese totali di salute/PIL: grafico o tabella

- Fonte di finanziamento di salute in % delle spese totali di salute (DSP) (Publ, privato, pagamento diretto fornisce): grafico:
il finanziamento della spesa sanitaria pubblica è stabilito dalla legge finanziaria dello STATO.