



## Storia di salute, storia di un popolo



STORIA DELLA SALUTE



STORIA DEI PROFESSIONISTI

STORIA DEGLI ASSISTITI



STORIA DELLE ORGANIZZAZIONI

## L'ospitalità ai pellegrini e agli indigenti



Pergamena miniata celebrativa dell'Hospitale Magno di Brescia - 1459

# Lavoro, infortuni, previdenza e assicurazione sanitaria



FEDERAZIONE NAZIONALE FASCISTA  
MUTUE MALATTIA LAVORATORI INDUSTRIA

LIBRETTO DI ISCRIZIONE  
N. 12343

BG.				

(1)  
RILASCIATO ALL' ISCRITTO

Cognome.....  
in.....  
Nome.....  
Paternità *+5. Giovanni* nato il.....  
a *Robbiano* Prov. di.....  
FIRMA DELL' ISCRITTO

(1) Spazi riservati alla sigla della Provincia in cui l'operato è iscritto. Assieme al numero bisogna sempre indicare la sigla dell'ultima Provincia.

IL LAVORO

LA SOLIDARIETA'



## La nascita del Sistema Sanitario Nazionale



CAMERA DEI DEPUTATI N. 2239

**IL DIRITTO**

**PROPOSTA DI LEGGE**

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

LONGO, NATTA, GALLUZZI, D'ALEMA, DI GIULIO, BERLINGUER GIOVANNI, VENTUROLI, TRIVA, FABBRI SERONI ADRIANA, DE SABBATA, DAMICO, ROCHIETTI, GARUSO, MALAGUGINI, GRAMEGNA, **ABBIATI DOLORES**, ASTOLFI MARUZZA, BIANCHI ALFREDO, CASAPIERI QUAGLIOTTI CARMEN, CERRA, CHIOVINI CECILIA, de CARNERI, DI GIOIA, JACAZZI, LA BELLA

**L'UNIVERSALITA'**

Istituzione del servizio sanitario nazionale

## Il processo di aziendalizzazione

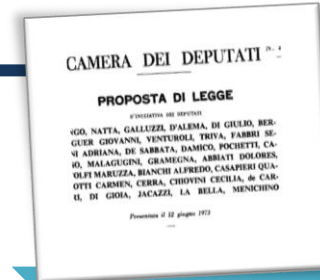


## Riforma del titolo V della Costituzione: la legislazione concorrente



LA FRAMMENTARIETA'

# Una cultura in progress, sistemi che ancora coesistono





CONSIDERIAMO ANCORA LA SALUTE UN DIRITTO

C'E' OGGI CONSENSO SOCIALE AL NOSTRO SISTEMA ORGANIZZATIVO PUBBLICO

SE C'E' CONSENSO, QUALE E' IL CORE COMPETENCE NON DELEGABILE DELLO STATO NELLA REALIZZAZIONE DEL DIRITTO ALLA SALUTE

QUALE SUSSIDIARIETA' DAI PARTNER PRIVATI

ATTRAVERSO QUALE ORGANIZZAZIONE COMPLESSIVA SI DECLINA IL DIRITTO ALLA SALUTE

CON QUALI FORME DI CONTROLLO (RISPETTO DEI LEA, PROCESSI, ESITI....)

QUALE E' IL RAPPORTO CON IL SISTEMA DI WELFARE GOVERNATO DAI COMUNI





## I LEA e I LEAS: una tutela omogenea del diritto alla salute e dei diritti di cittadinanza

*INTEGRAZIONE ALLE MOZIONI CONGRESSUALI*

*(Dipartimento provinciale sanità e welfare - Primavera 2017)*

*Tutto ciò risulta peraltro possibile solo a condizione di mantenere e consolidare il Servizio Socio-Sanitario Nazionale, sostenendo l'effettiva attuazione in ogni regione dei LEA, Livelli Essenziali di Assistenza, estesi anche alle attività territoriali dei medici di famiglia e dei Comuni. La verifica in ogni regione, mediante indicatori uniformi per tutta la nazione, dell'attuazione di tutti i LEA, aggiornati annualmente sulla base delle nuove evidenze scientifiche, consentirà di vincolare ogni anno l'attribuzione delle risorse aggiuntive in rapporto agli obiettivi raggiunti.*

## Organizzazione del SSN

CONVEGNO “10 QUESTIONI DI POLICY STRATEGICA”

(Dipartimento provinciale sanità e welfare – 19 Maggio 2016)



Fornire risposta ai problemi di salute vicino ai luoghi di vita dei cittadini

Disegnare un **vero SSN organico** secondo il principio di solidarietà



Tendere alla graduale riduzione delle discrepanze tra i flussi sanitari migratori da sud a nord, lasciando aperta una possibilità di scambio bidirezionale in una logica di rete

**Va inserito nell'agenda politica l'obiettivo di riequilibrare il SSN definendo gli strumenti atti a raggiungerlo**

## Un cambio di paradigma: il ruolo dei Comuni nella promozione della salute e nella prevenzione

La comunità locale è il luogo privilegiato per favorire l'incontro tra i diversi protagonisti e realizzare il coordinamento delle risorse sociali e sanitarie.

Adottare un modello decentrato, che preveda l'integrazione tra diversi attori, significa **passare dal "modello medico" basato sulla cura della malattia al "modello di comunità"**, dove gli aspetti della cura individuale sono solo una parte degli interventi.

*INCONTRI "SALUTE E BENESSERE NELLE COMUNITA' LOCALI"  
(Dipartimento provinciale sanità e welfare – Autunno 2016)*



# Ruolo dei Distretti nella presa in carico della cronicità e fragilità

CONVEGNO “10 QUESTIONI DI POLICY STRATEGICA”

(Dipartimento provinciale sanità e welfare – 19 Maggio 2016)

## PROBLEMA PRINCIPALE:

### LA FRAMMENTAZIONE E INSUFFICIENZA DELLE RISORSE E DEGLI INTERVENTI

Iniquità del sistema: i cittadini più fragili rinunciano frequentemente ai servizi perché non hanno le competenze per ricomporre i contributi disponibili, frammentati in una molteplicità di erogatori. Il SSN è ufficialmente universalista ma nell'area della non autosufficienza ha risorse per coprire il 20% del bisogno.

## LE SOLUZIONI:



•**Per i malati cronici: ASSUMERE MODELLI ORGANIZZATIVI INNOVATIVI.** I CReG reclutano una minima parte dei cronici e si pongono solo obiettivi economici. Si propone il superamento dell'attuale impostazione, mantenendo la remunerazione “a presa in carico,” ma introducendo chiari obiettivi di salute e l'estensione della presa in carico alla totalità dei cronici, soprattutto quelli attualmente misconosciuti o sottotrattati.

•**Per i malati fragili e multiproblematici: ISTITUIRE SPORTELLI UNICI** distrettuali per fornire ai cittadini un unico punto di accoglienza, valutazione e presa in carico con accesso alla rete. Superare la logica dei voucher e dei contributi economici specifici per passare ad un **BUDGET UNITARIO PERSONALIZZATO. PERSONALIZZARE I SERVIZI** consentendo ai cittadini di avere un portfolio di servizi tra cui scegliere, concordando eventuali estensioni/surplus a carico dell'utente.

## Problemi di integrazione: sanità e welfare; pubblico e privato

*Assemblea provinciale 10 ottobre 2016  
(Dipartimento provinciale sanità e welfare)*

**NORMATIVA DI  
RIFERIMENTO:  
Legge 833/78**

**GOVERNO:  
Regionale**

**STRUMENTI:  
LEA**

**Sanità**

**Welfare**

**NORMATIVA DI  
RIFERIMENTO:  
Legge 328/2000**

**GOVERNO:  
Comuni**

**STRUMENTI:  
NO LEAS**

**RISORSE PRIVATE:  
NO PROFIT, PROFIT, VOLONTARIATO, TERZO SETTORE.....**

### COME FINANZIAMO IL NOSTRO SSN E LA LTC

QUANTO LA PRECARIETÀ DEL LAVORO LIMITA LA POSSIBILITÀ DI UN GETTITO FISCALE IN GRADO DI SOSTENERE IL SISTEMA UNIVERSALISTICO COSÌ COME ERA STATO CONCEPITO ED IMPOSTATO

QUANTO LA PRECARIETÀ DEL LAVORO E LA RIDUZIONE DEL POTERE D'ACQUISTO DI SALARI E PENSIONI PONGONO FASCE SEMPRE PIÙ AMPIE DI POPOLAZIONE NELLA CONDIZIONE DI NON POTERSI PERMETTERE SERVIZI DIVERSI DA QUELLI PROPOSTI GRATUITAMENTE DAL SSN

QUANTO IL MUTATO CONTESTO EPIDEMIOLOGICO (LA CRONICITÀ, I NUOVI FARMACI...) RICHIEDE UN AUMENTO DI RISORSE



## Il contesto



### **SPESA PRO CAPITE PER SANITA' E WELFARE:**

In Italia: 1800 euro

In Germania e Francia: 2500 euro

### **INCIDENZA DELLA SPESA PENSIONISTICA SULLA SPESA PUBBLICA COMPLESSIVA**

In Italia: 53%

In altri paesi UE: 40% in D; 36% in UK  il 13% di differenza trasferito nei servizi reali in funzione dei bisogni (sanità, servizi sociali, scuola, trasporto) e non prevalentemente del reddito pregresso

### **In Italia:**

- Decrescita
- Denatalità
- Spesa sanitaria/PIL: bassa
- Tasso di copertura del dentista pubblico: 5%
- Specialistica ambulatoriale: 50% a carico del SSN; 50% spesa privata a carico dei cittadini (OOP); copertura non autosufficienza 20%

**SIAMO IN REGIME DI SOTTOTRATTAMENTO.**

**BISOGNA AMMETTERE CHE LE RISORSE PER WELFARE SONO INSUFFICIENTI:  
DOVE RECUPERARLE?**





## La proposta: ricomporre la frammentazione delle risorse

### **Istituire un Fondo obbligatorio per la non autosufficienza: proposta universalistica che aumenta lo spazio pubblico e riduce lo spazio di mercato**

Rispetto agli attuali 33 mld di out of pocket o all'introduzione di casse mutue (che offrono servizi diversificati a seconda delle disponibilità del contraente) questa proposta è più equa

#### **Una possibile via**

18 mld assegno accompagnamento INPS  
+ 11 mld fondi regionali  
+ 5 mld da recuperare  
= Risorse ricomposte e aumentate per welfare e sanità

*CONVEGNO "10 QUESTIONI DI POLICY STRATEGICA"*

*(Dipartimento provinciale sanità e welfare – 19 Maggio 2016)*

## Uno sguardo all'estero

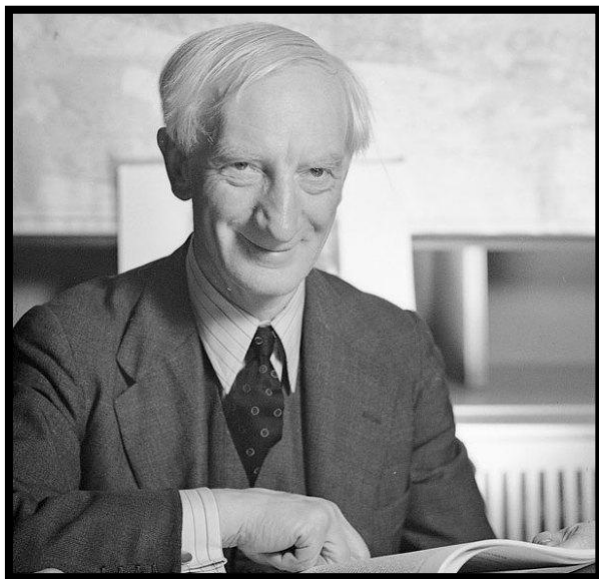


Un programma pubblico molto apprezzato è Medicare, che vanta ottimi risultati nel contenimento della spesa sanitaria, nonché esiti di qualità superiore rispetto a quelli conseguiti dagli assicuratori privati. Tutti questi successi sono stati ottenuti pur offrendo una copertura assicurativa ai pazienti più rischiosi e costosi: gli anziani.

*J. Stiglitz, 2016*

## Un grazie

William Beveridge  
1879 - 1963



**Lo Stato** si è assunto l'obbligo di dare **a tutti i fanciulli una educazione** adatta alle loro capacità, indipendentemente dai mezzi dei loro genitori.

**Lo Stato** ha deciso di assicurare la libertà dal bisogno garantendo che in ogni situazione di guadagno o di non guadagno **il reddito di ciascuna famiglia sia sufficiente** alle sue necessità vitali.

**Lo Stato** ha stabilito di assicurare **la libertà dalle malattie** evitabili almeno nei limiti in cui ciò può essere ottenuto provvedendo a tutti gli ammalati le cure necessarie per ristabilirsi, indipendentemente dai loro mezzi

*Il benessere collettivo deve essere raggiunto attraverso una stretta collaborazione fra lo Stato e l'individuo. Lo Stato deve offrire protezione in cambio di servizi e contribuzioni, e nell'organizzazione di tale protezione non deve soffocare né le ambizioni, né le occasioni, né le responsabilità*  
(VOLUNTARY ACTION – Londra 1948)