Parma 21-22 Ottobre 2011

CONVEGNO NAZIONALE

PERCORSI DI INNOVAZIONE NELLE CURE PRIMARIE

POLITICHE SANITARIE IN ITALIA: le radici e gli orizzonti

Francesco Taroni
Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università di Bologna

- ✓ I luoghi
- ✓ I soldi
- ✓ La pratica
- ✓ Le relazioni

Cose mondane…

- ✓ organizzazione
- ✓ remunerazione
- ✓ finanziamento

…e nobili ideali

- ✓ dignità della professione
- ✓ destini della medicina
- ✓ libertà

Dubia prudenter.
Aduersa fortiter
Pharmacia
Chirurgia

THE SICK WOMEN IN BELLEVUE HOSPITAL, NEW YORK, OVERRUN BY RATS.

The Doctor

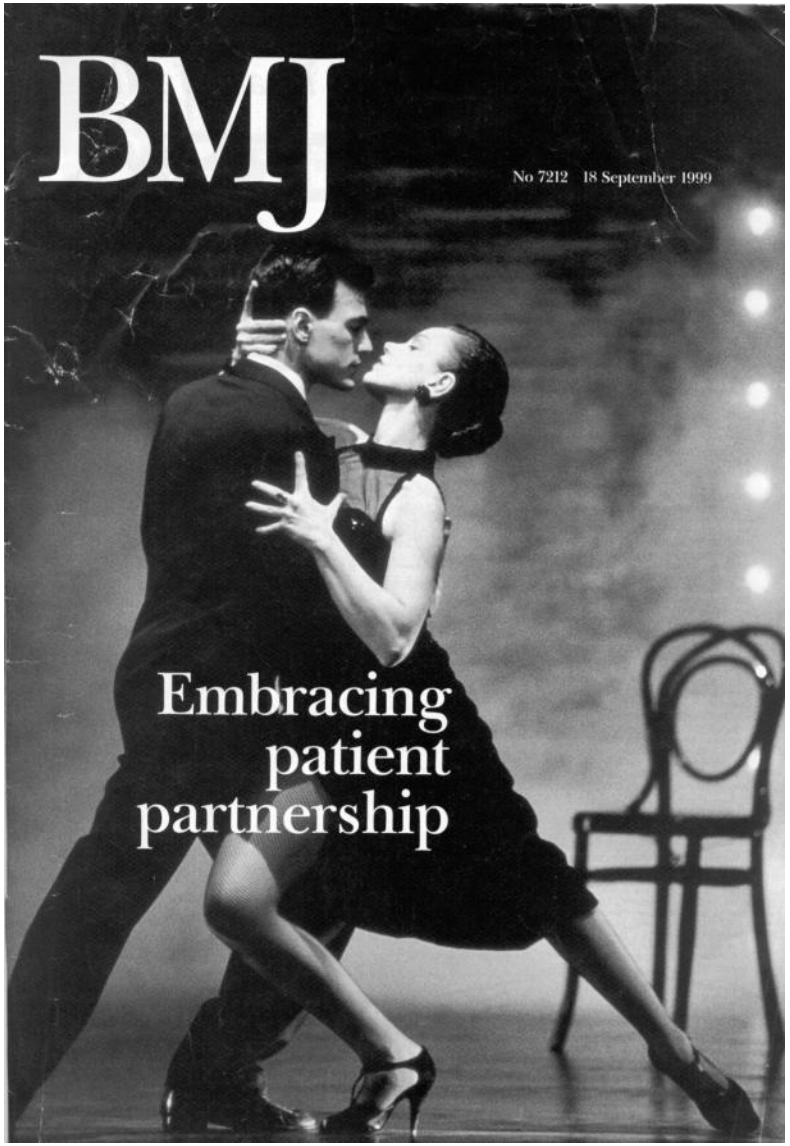
Luke Fildes

BMJ

Copyright ©2010 BMJ Publishing Group Ltd.

No third party must be permitted to come between the patient and his physician in any medical matter.

American Medical Association, 1934



It takes more than two to tango

The advantages of medical association- Presidential Address

Gentlemen, the world has found that the are tasks which one man cannot do alone; the day of isolated labor is forever gone.

There are also tasks in our world of medicine which no man can accomplish alone……

Cooperation ! What a word! Each working with all, working with each.

E.C. Register, 1915

L’APIM è di avviso che :

L’assicurazione contro le malattie, tanto obbligatoria quanto facoltativa, non debba, dal punto di vista sociale, applicarsi che alle persone incapaci di provvedere con propri mezzi alle spesa necessarie in caso di malattia.

La legislazione dovrebbe sempre sanzionare la partecipazione dell’assicurato alle spese mediche e farmaceutiche, in proporzione modesta ma fissata per legge.

APIM, 1928

Vol. 40 AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH Dec., 1950

Pattern and Problems of Group Medical Practice*

C. RUFUS ROREM, PH.D.

Executive Director, Hospital Council of Philadelphia, Philadelphia, Pa.

THERE has been a radical revolution in medical science, which is now being followed by a gradual evolution in medical practice. Group medical service is being developed to coördinate the specialized knowledge and skill of individual practitioners, and to utilize effectively the public's investment in diagnostic and treatment facilities, including hospitals.

In discussing the "patterns and problems" of group medical practice, the following statements about medical care are presented as objectives concerning which there can be no dispute, or self-evident facts which do not require proof in this essay.

1. Comprehensive medical service includes prevention, diagnosis, treatment, case finding, rehabilitation, and health education.
2. Good medical care should be coördinated, continuous, and related to the entire personality and the individual's environment.
3. Education and research are closely related to service and cannot be sharply segregated.
4. Medical practitioners can accomplish better results by working *with* each other than *against* each other.
5. Medical care can be produced and distributed most effectively when physicians and patients are free to perform and receive services with a minimum of concern about financial costs.
6. Health practitioners and patients strive more or less consciously toward these ends in all medical service programs.

Group Medical Practice is a program for prevention, diagnosis, and treatment, the essential characteristic of which is a *common interest by a number of physicians in the care of individual patients.* The doctors share their knowledge and skill in determining and providing the necessary services. Observable features of group practice include: specialized professional qualifications of the practitioners; contiguity of professional offices with availability for regular and frequent consultations concerning individual patients; joint use of supplementary services; some joint ownership of equipment, apparatus, or buildings; coöperative, rather than competitive division of total income among the group.

ORIGINS OF GROUP MEDICAL PRACTICE

Group practice is a process, rather than a form of organization. The central theme—a common interest in the patient—is always present. But the variations are numerous. Some group practice may be *intermittent,* rather than continuous, as in the exchange of opinion during ward-rounds in a hospital. Some group practice may be *part-time,* rather than full-time, as in the sessions attended in a hospital outpatient department, or office appointments at a clinic serving prepayment contract patients. Some group practice is for *diagnosis* only, with treatment procedures becoming the responsibility of individual doctors. Some group practice is limited

* Presented before a Joint Session of the Medical Care, Public Health Nursing, and Statistics Sections of the American Public Health Association at the Seventy-eighth Annual Meeting in St. Louis, Mo., October 31, 1950.

Tra medico e malato si è intromesso un terzo contraente, l'Ente Mutualistico, che ha improvvisamente interrotto il rapporto intimo e confidenziale bilaterale fra i primi e ne ha scombussolato il rapporto.

Villa, 1950

Se c’era un paese nel mondo bene organizzato dal punto di vista sanitario, per cui non mancava l’assistenza a nessuno, questo era l’Italia.

Il medico condotto era obbligato a curare i poveri, e gli ospedali erano obbligati ad accoglierli. E c’era l’assistenza comunale.

Che bisogno c’era di aggiungere all’assistenza comunale questa assistenza mutualistica, la quale serve soltanto a mantenere parassiti ignobili alle nostre spalle?

Paolucci, 1957

I principi della professione

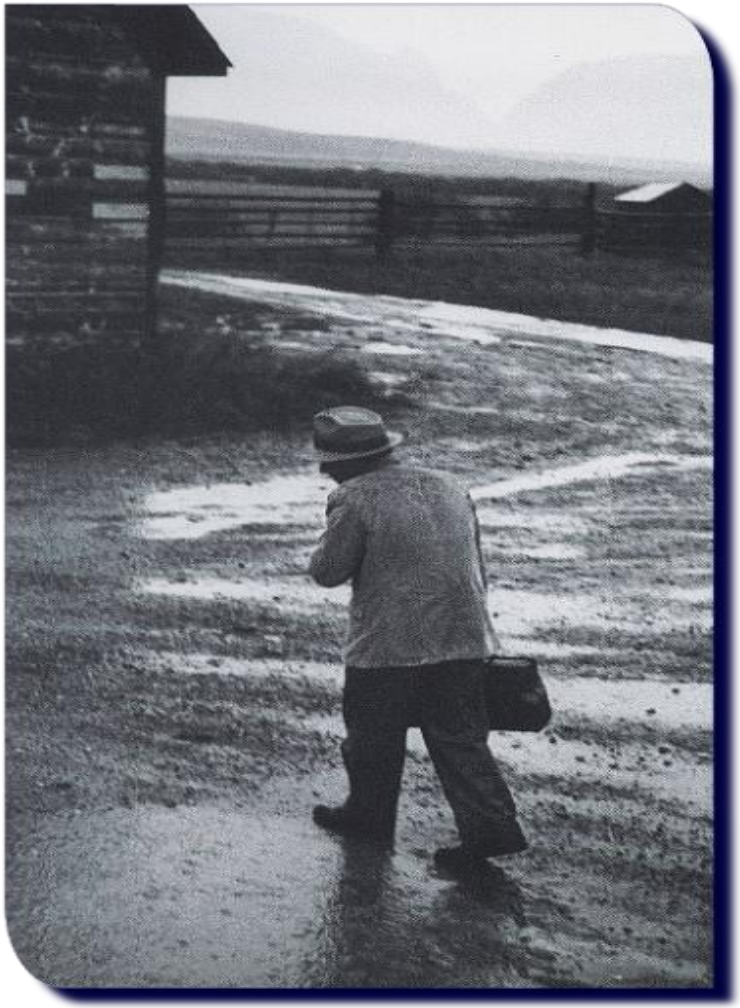
- ✓ Assicurazione volontaria, limitata ai non-abbienti
- ✓ Libera scelta
- ✓ Liste aperte
- ✓ Assistenza indiretta

Il Medico Condotto e la sua cavalcatura

Il Medico Condotto

- ✓ dipendente (precario) del Comune
- ✓ convenzionato con le Mutue
- ✓ (occasionale) libero professionista
- ✓ pratica solitaria, in
- ✓ strutture (talora) comunali, con
- ✓ indennità di cavalcatura

La solitudine del Condotto



"Arte più misera, arte più rotta,
non c'è del medico che va in condotta...
(Arnaldo Fusinato - medico e poeta)

La Condotta medica, 1952-1970

	1952	1970	Var. %
N. Condotte	9.784	9.063	-7
N. Medici	10.779	10.404	-3
N. Ambulatori	11.428	7.224	-37
Iscritti per Medico	339	182	-46

Somogyi, 1975

EURO INTERNATIONAL FILMS presenta
ALBERTO SORDI
MUTUATI A-E
MUTUATI F-L
MUTUATI M
il medico della mutua
TECHNICOLOR - TECHNISCOPE
LUIGI ZAMPA
EURO EXPLORER FILM 58
BRUNO TURCHETTO

Le grandi inchieste di **TEMPO**

UNA VERGOGNA CIVILE

Sempre peggio gli ospedali. Mancano 205.000 letti, e ci vogliono 7.000 miliardi. Prima della scuola, della casa, del lavoro, delle Regioni, dell'agricoltura, delle riforme fiscali, deve essere risolto il problema degli ospedali. Rispetto a quello che "Tempo" denunciò cinque anni fa la situazione di oggi è drammaticamente peggiorata: non solo non si è fatto ciò che era necessario allora, ma l'organizzazione sanitaria è scaduta al punto che qualsiasi sforzo si infrangerebbe oggi di fronte all'incredibile tortuosità della struttura ospedaliera. La nostra inchiesta comincia dalla "città del miracolo": Milano è oggi il luogo dove questa situazione tocca vertici allarmanti

di FRANCO BANDINI - GIANNI DE SIMONI - DINO JARACH

FRANCO BANDINI — GIANNI DE SIMONI — DINO JARACH

L'inchiesta, della quale pubblichiamo la prima puntata, si svolge in tutta Italia ed è condotta da tre dei nostri inviati: Franco Bandini, Gianni De Simoni e Dino Jarach. Essi non soltanto visiteranno gli ospedali della penisola, ma si recheranno anche dove è più deficiente l'assistenza sanitaria in generale: brefotrofi, cronicari, ambulatori, cliniche private, pronto soccorso: parleranno con medici, infermieri, dirigenti ufficiali, ammalati, amministratori ospedalieri, deputati e uomini politici. Quello che "Tempo" pubblica è un quadro completo, approfondito, reale, di massimo impegno, senza compiacenze e senza partiti presi.

1 Milano è grande, Milano è industre. Milano è la speranza del domani d'Italia. Poi andate a vedere, e vi accorgete che Milano è la città nella quale un bimbo di sei anni abbandonato dalla madre, può anche morire di fame in mezzo alla strada perchè il Comune non sa dove mandarlo; o dove un disgraziato alle nove di sera gira in lettiga per quattro ospedali, per esser riportato a casa alle nove del mattino, visto che non c'è posto. Dove esistono, in tutto, 43 ambulanze di sette Croci diverse, ma soltanto in piccolissima parte dotate di radiotelefono ed ossigeno. Dove un medico mutualista visita i suoi clienti, a cinquanta per mattina, stando in piedi al centro del cortile e facendosi gridare i sintomi dalle finestre. Dove infine il sistema sanitario, simile ad un immenso leviatano articolato in 8.000 medici, quindicimila infermieri e 50 tra ospedali e Case di cura, sta dando percettibili segni di una imminente agonia.

Sui giornali questo non c'è. Anzi, vi troverete che se tutto non va benissimo, tutto però andrà certamente bene domani, tra due anni, tra quattro o forse tra sei. Faremo gli ospedali, pagheremo meglio i medici, nazionalizzeremo la mutualità, compreremo macchine costosissime che hanno soltanto gli americani. Milano, appunto, è grande, e reagisce magnificamente ai cambi di velocità. Più si deve correre e più le cellule grigie di quei magnifici uomini d'affari e di cervello che sono i milanesi, si mettono ad elaborare sughi straordinari e potentemente risolutori.

A visitare gli ospedali si ricava la stessa impressione ottimistica. Si costruisce, si allarga, si sopraeleva. Molti reparti sono mirabilmente organizzati, molta parte del personale è di valore, anche grandissimo: nelle sale chirurgiche avvengono quotidianamen-

Qui sopra una delle affollate corsie dell'Ospedale Fatebenefratelli di Milano. Si notano letti di fortuna collocati al centro della corsia, oltre ad un inverosimile affollamento lungo i lati. La stagione finora propizia, non ha ancora spinto verso gli ospedali coloro la cui salute diverrà cagionevole con l'inverno: perciò la situazione è ancora discreta, se un eufemismo del genere è possibile. Il coefficiente di occupazione degli ospedali milanesi per il 1962 è stato di circa il 96 per cento, il che significa che sei ammalati su cento sono stati alloggiati nelle biblioteche, nelle anticamere, nei corridoi. In Italia mancano, secondo rilevazioni ufficiali, circa 205.000 posti letto: ed occorreranno almeno 7000 miliardi per provvedere alle necessità più urgenti, escludendo le necessità dei laboratori.

SEGUE

La conferenza di Alma-Ata

PRIMARY HEALTH CARE
USSR-ALMA-ATA 1978

La Casa della Salute è una sede fisica ed insieme un centro attivo e dinamico della Comunità locale

Maccacaro,1972

The Peckam experiment

Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale" n. 360 del 28 dicembre 1978

Spedizione in abbonamento postale - Gruppo I

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA — Roma - Giovedì, 28 dicembre 1978 — SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI MENO I FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE DELLE LEGGI E DECRETI - CENTRALINO 65101
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA GIUSEPPE VERDI, 10 - 00100 ROMA - CENTRALINO 8508

LEGGE 23 dicembre 1978, n. **833.**

Istituzione del servizio sanitario nazionale.

art. 32 Costituzione

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

art. 1, L. 833/78

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, **mediante il servizio sanitario nazionale**

L. 833/78 art. 10

L’USL è il **complesso** dei presidi, degli uffici e dei servizi dei **Comuni**, **singoli o associati**, e delle Comunità montane, i quali in un **ambito territoriale determinato** assolvono ai compiti del SSN

Gli effetti

- Responsabilità di gestione di **tutti** i servizi sanitari per una **popolazione geograficamente definita** affidata ai Comuni
- Tutti gli ospedali pubblici sono trasferiti alla proprietà del SSN (**nazionalizzazione**)
- Medici ospedalieri **dipendenti** dal SSN (**comparto unico** entro la PA)
- Medici di medicina generale **convenzionati** per una **lista** predefinita di persone e pagati a **quota capitaria**

IL MEDICO d'Italia

n. 61-62

SETTIMANALE DELLA FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI

Piazza Cola di Rienzo n. 80/A 00192 Roma - Spedizione abbonamento postale gruppo I - 70% Invio gratuito - Anno XV

7-20 DICEMBRE 1978

Esplicita «denuncia» al Paese durante la conferenza-stampa tenuta presso la FNOM dal presidente Parodi

Riforma senza medici

☐ Dalla parte del cittadino ignorato nelle sue esigenze primarie ☐ Esasperata impostazione burocratica attraverso una farraginosa impalcatura di gestione ☐ Le rappresentanze dei medici emarginate da tutti gli organismi del SSN ☐ Il medico impiegato nella medicina di base ☐ Non previsto il ruolo del medico nè alcuna tutela per la sua professionalità

Il testo della conferenza

Abbiamo ritenuto opportuno e doveroso convocare questa Con-

Appello a Pertini

Signor Presidente,

Lettera a Andreotti

Onorevole Presidente,

CLOSING PRICES
Jaeger
Fine Fabrics

Evening Standard

FINAL RACING EDITION
JESSICA
"SOLANDRA"
TICKET

The BMA ballot result shows an overwhelming majority against the Bevan plan

THE DOCTORS SAY 'NO'

'NOT SO MUCH A LANDSLIDE AS AN AVALANCHE'

86pc are against serving: 89pc against present plan

The result of the British Medical Association ballot among the doctors of Britain shows an overwhelming vote against the National Health Service Act.

Three sets of figures are given:

1 [illegible]

2 [illegible]

3 [illegible]

Royal silver wedding at St. Paul's

[illegible]

Noreen Winkless leaves police HQ

STATE JOBS—£293,350

Attlee reveals salaries of nationalisation chiefs

[illegible]

Elizabeth and Philip in car crash

[illegible]

Evening Standard

GEOFFREY DAVIS SLAMMED OUT

The National Health Bill is out. It will cost £152,000,000 a year

STATE TAKE OVER DOCTORS, HOSPITALS AND DENTISTS

'Free for all'—1948

PRIVATE PRACTICE STAYS, BUT NEW DOCTORS DIRECTED

From WILFRED SLEEP

From 1948 everybody's health will be looked after by the State without fee. That is Mr. Aneurin Bevan's new National Health Service, details of which are published today. It is estimated to cost £152,000,000 a year.

It comes under three main heads: the general practitioner service; the facilities to be provided by hospitals which are taken over; and the new Health Centres.

What you get—

Can they stay outside?

FIGURES

HAMBURG WITHOUT BREAD

From RICHARD MAYNELLAR

PLANE DIVES ON SCHOOL

200 children at play: All safe

Evening Standard Correspondent: Tonbridge Wells, Sunday

A blazing Mosquito aircraft crashed between two buildings at Kimbolt girls and infants' schools, near Tunbridge Wells, Kent, during the morning break today. Two hundred children in the playground escaped without injury.

'Dive down'

Mr. Claude de Bernales

'CIVIL PROCEEDINGS IMPENDING'

IL MEDICO d'Italia

n. 1-2

SETTIMANALE DELLA FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI

Piazza Cola di Rienzo n. 80/A 00192 Roma - Spedizione abbonamento postale gruppo I - 70% Invio gratuito - Anno XV

1-10 GENNAIO 1979

POTREBBE ESSERE LA GRANDE OCCASIONE PER UN PROFONDO E QUALIFICATO RINNOVAMENTO

La riforma sanitaria: un evento di grande rilievo politico e sociale

☐ Permangono i gravi dubbi e le perplessità segnalate alla vigilia dell'approvazione della legge ☐ Mancano i medici negli organismi tecnici ☐ Incerto e confuso il ruolo professionale del medico: non si sa se le Regioni utilizzeranno medici impiegati per la « diagnosi e cura » ☐ In fase applicativa la riforma può essere votata all'insuccesso oppure migliorata e integrata in modo da chiarire le incertezze e da rendere possibile un moderno servizio di sicurezza sociale ☐ Auspicato un più severo realismo nella stesura delle leggi delegate

CAMERA DEI DEPUTATI N. 3207

DISEGNO DI LEGGE

PRESENTATO DAL MINISTRO DELLA SANITÀ
(COLOMBO VITTORINO)

DI CONCERTO COL MINISTRO DEL LAVORO E DELLA PREVIDENZA SOCIALE
(BERTOLDI)

COL MINISTRO DELL'INTERNO
(TAVIANI)

COL MINISTRO DI GRAZIA E GIUSTIZIA
(ZAGARI)

COL MINISTRO DEL TESORO
(COLOMBO EMILIO)

COL MINISTRO DEL BILANCIO
E DELLA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA
(GIOLITTI)

COL MINISTRO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE
(MALFATTI)

COL MINISTRO DELL'INDUSTRIA, DEL COMMERCIO E DELL'ARTIGIANATO
(DE MITA)

E COL MINISTRO INCARICATO
DEL COORDINAMENTO DELL'ATTUAZIONE DELLE REGIONI
(TOROS)

—

Istituzione del Servizio sanitario nazionale

Seduta del 12 agosto 1974

CAPO IV.

LE PRESTAZIONI E LE FUNZIONI.

ART. 13.

(*Assistenza medica e ospedaliera*).

nale sono iscritti, a domanda, presso l'unità sanitaria locale nel cui territorio hanno o trasferiscono la propria residenza anagrafica.

L'assistenza ospedaliera è prestata attraverso gli ospedali pubblici e gli altri istituti convenzionati, ai sensi del successivo articolo 14, esistenti nel territorio della regione di residenza dell'iscritto.

Il ricovero in ospedali pubblici o in istituti convenzionati di altra regione è ammesso per motivi di urgenza ovvero è autorizzato dall'unità sanitaria di appartenenza, su richiesta motivata del medico curante, in relazione a particolari esigenze terapeutiche che rendano necessario il ricorso a strutture ospedaliere ad alta specializzazione.

I rapporti economici tra le regioni, derivanti dai ricoveri disposti ai sensi del precedente comma, sono regolati annualmente in base ai criteri che saranno stabiliti con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

L'assistenza medico-generica è prestata attraverso il personale medico di ruolo addetto ai servizi di diagnosi e cura dell'unità sanitaria locale cui l'utente appartiene e attraverso i medici convenzionati ai sensi del successivo articolo 22.

Qualora l'utente intenda avvalersi di un medico convenzionato, la scelta è effettuata tra gli iscritti nell'elenco dei sanitari convenzionati esercenti la professione nella provincia e deve essere comunicata per iscritto entro dieci giorni all'unità sanitaria di appartenenza a cura dell'utente e del medico prescelto.

N. 1252-971-1105-1145-1271-B

CAMERA DEI DEPUTATI

DISEGNO DI LEGGE

APPROVATO, IN UN TESTO UNIFICATO, DALLA CAMERA DEI DEPUTATI

nella seduta del 22 giugno 1978

MODIFICATO DAL SENATO DELLA REPUBBLICA

nella seduta del 15 dicembre 1978 (Stampato n. 1291)

PRESENTATO DAL MINISTRO DELLA SANITÀ

(DAL FALCO)

DI CONCERTO COL MINISTRO DEL LAVORO E DELLA PREVIDENZA SOCIALE

(ANSELMI TINA)

COL MINISTRO DELL'INTERNO

(COSSIGA)

COL MINISTRO DI GRAZIA E GIUSTIZIA

(BONIFACIO)

COL MINISTRO DEL TESORO

(STAMMATI)

COL MINISTRO DEL BILANCIO E DELLA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA

(MORLINO)

ni, all'esercizio dei trasporti terrestri pubblici e all'esercizio della navigazione marittima, aerea ed interna; nonché le norme in materia di igiene del lavoro relative al lavoro a bordo delle navi mercantili e degli aeromobili.

ART. 25.

(*Prestazioni di cura*).

Le prestazioni curative comprendono la assistenza medico-generica, specialistica, infermieristica, ospedaliera e farmaceutica.

Le prestazioni medico-generiche, pediatriche, specialistiche e infermieristiche vengono erogate sia in forma ambulatoriale che domiciliare.

L'assistenza medico-generica e pediatrica è prestata dal personale dipendente o convenzionato del servizio sanitario nazionale operante nelle unità sanitarie locali o nel comune di residenza del cittadino.

La scelta del medico di fiducia deve avvenire fra i sanitari di cui al comma precedente.

Il rapporto fiduciario può cessare in ogni momento a richiesta dell'assistito o del medico; in quest'ultimo caso la richiesta deve essere adeguatamente motivata.

L'assistenza medico specialistica è prestata di norma presso gli ambulatori dell'unità sanitaria locale di cui l'utente fa parte o presso gli ambulatori convenzionati ai sensi della presente legge. Le prestazioni specialistiche possono essere erogate anche a domicilio dell'utente in forme che consentano la riduzione dei ricoveri ospedalieri.

ART. 25.

(*Prestazioni di cura*).

Identico.

Identico.

Identico.

Identico.

Il rapporto fiduciario può cessare in ogni momento a richiesta dell'assistito o del medico; in quest'ultimo caso la richiesta deve essere motivata.

Identico.

N. 1252-971-1105-1145-1271-B

CAMERA DEI DEPUTATI

DISEGNO DI LEGGE

APPROVATO, IN UN TESTO UNIFICATO, DALLA CAMERA DEI DEPUTATI

nella seduta del 22 giugno 1978

MODIFICATO DAL SENATO DELLA REPUBBLICA

nella seduta del 15 dicembre 1978 (Stampato n. 1291)

PRESENTATO DAL MINISTRO DELLA SANITÀ

(DAL FALCO)

DI CONCERTO COL MINISTRO DEL LAVORO E DELLA PREVIDENZA SOCIALE

(ANSELMI TINA)

COL MINISTRO DELL'INTERNO

(COSSIGA)

COL MINISTRO DI GRAZIA E GIUSTIZIA

(BONIFACIO)

COL MINISTRO DEL TESORO

(STAMMATI)

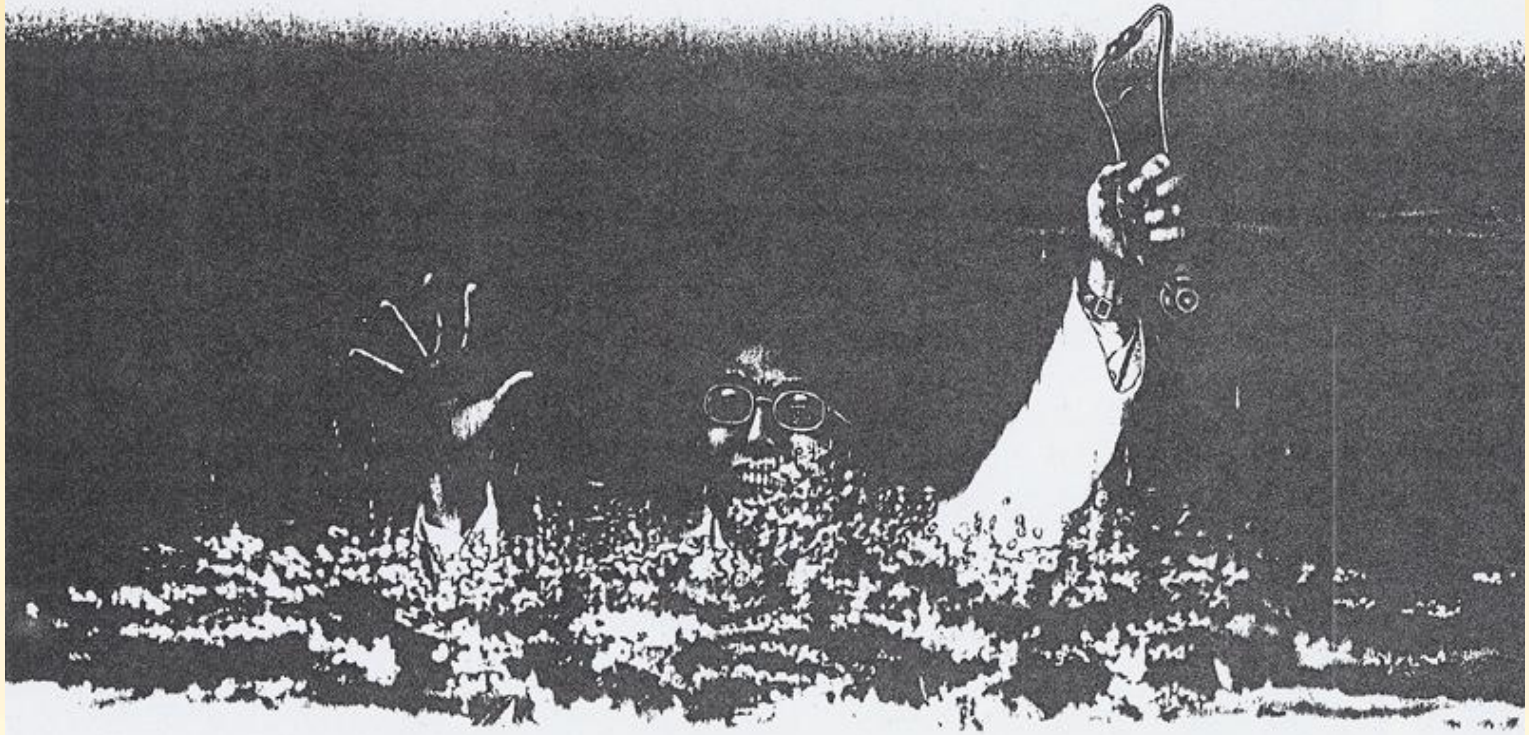
COL MINISTRO DEL BILANCIO E DELLA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA

(MORLINO)

ART. 48. (Personale a rapporto convenzionale).	ART. 48. (Personale a rapporto convenzionale).

per i medici generici e per i pediatri di libera scelta, da un compenso globale annuo per assistito; e, per gli specialisti e generici ambulatoriali, da distinti compensi commisurati alle ore di lavoro prestato negli ambulatori pubblici e al tipo e numero delle prestazioni effettuate presso gli ambulatori convenzionati esterni. Per i pediatri di libera scelta potranno essere previste nell'interesse dell'assistenza forme integrative di remunerazione;	
8) le forme di controllo sull'attività dei medici convenzionati, nonché le ipotesi di infrazione da parte dei medici degli obblighi derivanti dalla convenzione, le conseguenti sanzioni, compresa la risoluzione del rapporto convenzionale, e il procedimento per la loro irrogazione, salvaguardando il principio della contestazione degli addebiti e fissando la composizione di commissioni paritetiche di disciplina;	8) *identico;*
9) le forme di incentivazione in favore dei medici convenzionati residenti in zone particolarmente disagiate, anche allo scopo di realizzare una migliore distribuzione territoriale dei medici;	9) *identico;*
10) le modalità per assicurare l'aggiornamento obbligatorio professionale dei medici convenzionati;	10) *identico;*
11) le modalità per assicurare la continuità dell'assistenza anche in assenza o impedimento del medico tenuto alla prestazione;	11) *identico;*
12) le forme di collaborazione fra i medici, il lavoro medico di gruppo e integrato nelle strutture sanitarie e la partecipazione dei medici a programmi di prevenzione e di educazione sanitaria;	12) *identico;*
13) la collaborazione dei medici, per la parte di loro competenza, alla compila-	13) *identico;*

1993 - 1994
LA SANITÀ CON L'ACQUA ALLA GOLA



Le condizioni per l’Accesso

VS

Il controllo dell’Eccesso

Aziendalizzazione & Regionalizzazione

- ✓ Le Regioni assicurano i livelli essenziali di assistenza ..
- ✓ ..attraverso le Unità sanitarie locali..
- ✓ ..costituite in aziende pubbliche con autonomia imprenditoriale

Quasi-mercati

Assetti istituzionali costruiti per acquisire obiettivi di politica pubblica sfruttando l’azione delle forze di mercati “virtuali”

Patient or Consumer?

DECRETO LEGISLATIVO 30 DICEMBRE 1992, *n.* 502
(GU n. 305 Suppl.Ord. del 30/12/1992)
RIORDINO DELLA DISCIPLINA IN MATERIA SANITARIA, A NORMA DELL'ARTICOLO 1 DELLA LEGGE 23 OTTOBRE 1992, N. 421.

TITOLO II PRESTAZIONI

ART. 8. DISCIPLINA DEI RAPPORTI PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSISTENZIALI

…….

c) PREVEDERE LE MODALITÀ PER CONCORDARE LIVELLI DI SPESA PROGRAMMATI E DISCIPLINARNE GLI EFFETTI AL FINE DI RESPONSABILIZZARE IL MEDICO AL RISPETTO DEI LIVELLI DI SPESA INDOTTA PER ASSISTITO, TENENDO CONTO DELLE SPESE DIRETTAMENTEINDOTTE DAL MEDICO E DI QUELLE INDOTTE DA ALTRI PROFESSIONISTI E DA ALTRE STRUTTURE SPECIALISTICHE E DI RICOVERO;

……..

f) DEFINIRE LA STRUTTURA DEL COMPENSO SPETTANTE AL MEDICO PREVED ENDO UNA QUOTA FISSA PER CIASCUN SOGGETTO AFFIDATO, CORRISPOSTA SU BASE ANNUALE COME CORRISPETTIVO DELLE FUNZIONI PREVISTE IN CONVENZIONE, E UNA QUOTA VARIABILE IN FUNZIONE DELLE PRESTAZIONI E ATTIVITÀ PREVISTE NEGLI ACCORDI DI LIVELLO REGIONALE;

……

h) PREVEDERE LA CESSAZIONE DEGLI ISTITUTI NORMATIVI PREVISTI DALLA VIGENTE CONVENZIONE, RICONDUCIBILI DIRETTAMENTE O INDIRETTAMENTE AL RAPPORTO DI LAVORO DIPENDENTE.

La gestione per/del budget: la grande idea?

- ✓ Impegno al rispetto di un livello pre-definito di spesa, diretta ed indiretta
- ✓ Controllo per via finanziaria dei volumi di servizi specialistici
- ✓ Gestione economica del portafoglio di attività

NHS: La grande trasformazione?

1991	**Fundholding**
1995	**Total purchasing**
1998	**Primary Care Trusts (PCT)**
2004	**Practice-Based Commissioning (PBC)**
2011	**GP Commissioning Consortia**

Il futuro?

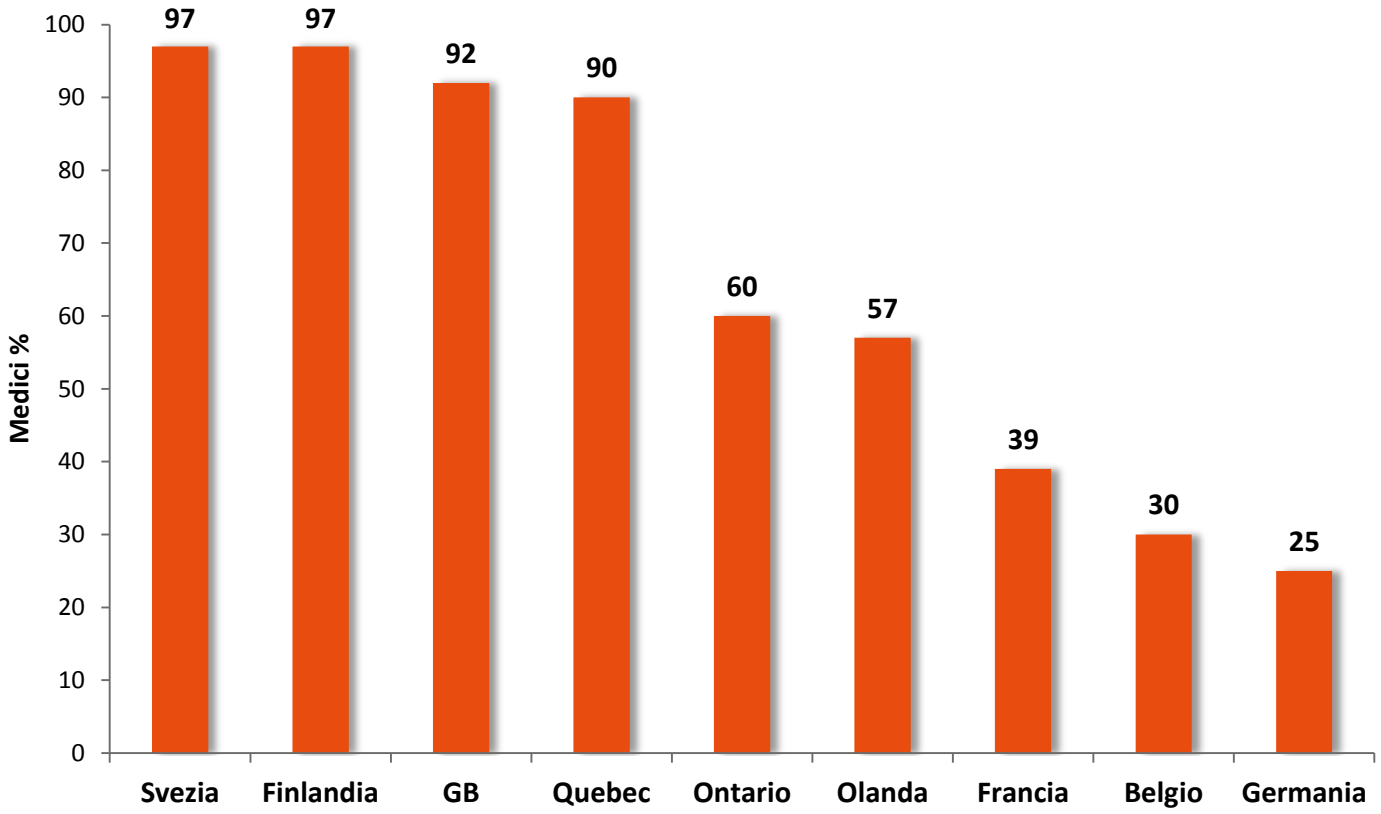
Variazione posti letto per acuti e loro utilizzo,1990-2002

	Italia		U.S.	
	N.	% Var.	N.	% Var.
Posti letto (x 1.000)	7.2 4.4	-38.8	4.9 3.4	-30.6
Durata media della degenza	11.7 7.6	-35.0	9.1 6.6	-28.6
Pazienti/letto+	23.4 33.5	+43.0	28.8 34.5	+19.8

+ 1996-2002

(Source: OECD, 2005)

Stima della proporzione di medici in gruppo in diversi Paesi



Infermiere e televisori ?

The Peckam experiment

AAMC
Tomorrow's Doctors, Tomorrow's Cures®

The Medical Home

Position Statement

March 2008

Association of
American Medical Colleges

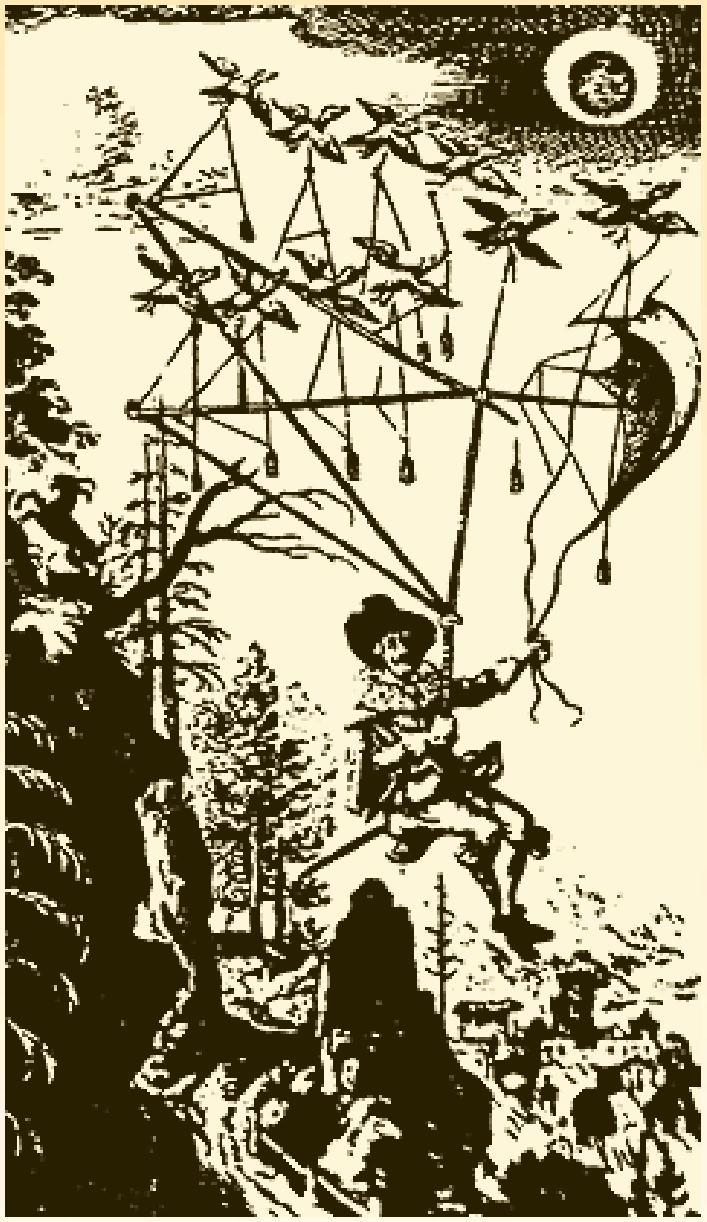
The Medical Home

1. Every person should have access to a medical home—a person who serves as a trusted advisor and provider supported by a coordinated team—with whom they have a continuous relationship. The medical home promotes prevention; provides care for most problems and serves as the point of first-contact for that care; coordinates care with other providers and community resources when necessary; integrates care across the health system; and provides care and health education in a culturally competent manner in the context of family and community.

Nuovi acronimi

- **A.C.O.** – Accountable Care Organization
- **GP.C.C.** – GP Commissioning Consortium

La grande glaciazione



Francis Godwin
The Man in the Moone

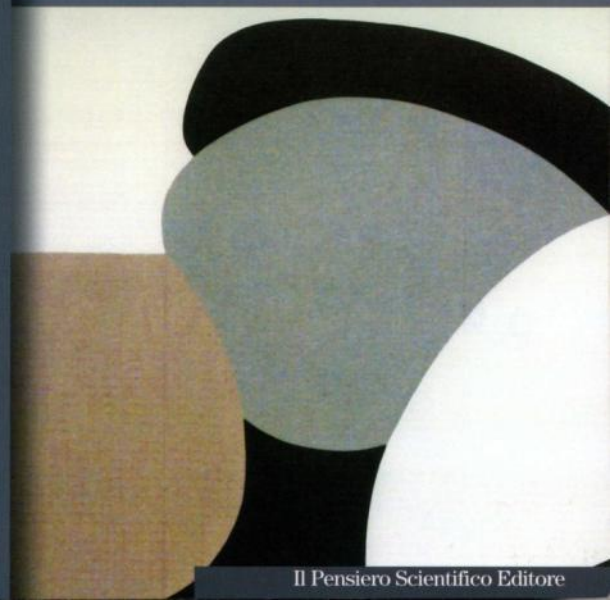
Spazi

Francesco Taroni

Presentazione di Elio Guzzanti

POLITICHE SANITARIE IN ITALIA

Il futuro del SSN in una prospettiva storica



Il Pensiero Scientifico Editore