(Bellucci)

ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

- *Che cosa si intende per organizzazione?*

Deriva dal greco e significa "strumento". Le organizzazioni mettono insieme risorse per raggiungere obiettivi e risultati desiderati. Producono beni e servizi per i clienti in modo efficiente. Creano valore per i clienti e per gli stakeholder. L'organizzazione ha un sistema di produzione interno e viene sottoposta a valutazioni di efficacia.

- *"mission"*: è la missione dell'azienda.

- *"vision"*: obiettivi di lungo termine dell'organizzazione.

NB: un'*organizzazione* è il sistema complessivo della suddivisione di un lavoro in funzioni distinte e il loro successivo coordinamento.

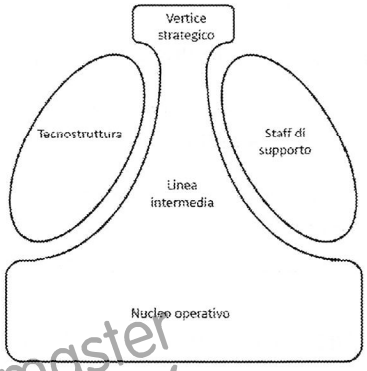
→ *Struttura organizzativa*: è il risultato delle decisioni di organizzazione in merito alla suddivisione del lavoro ed ai meccanismi di coordinamento e dei criteri adottati per la distribuzione dei compiti e dell'autorità gerarchica. Ci sono due componenti della struttura organizzativa:

- parte anatomica: ruoli distribuiti all'interno dell'organizzazione.

- componente fisiologica: meccanismi operativi che regolano il funzionamento dell'organizzazione.

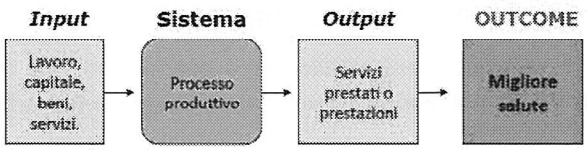
→ *5 componenti base di un'organizzazione*:

1) Vertice strategico: ha responsabilità di verifica della correttezza della strategia ed assicura che l'organizzazione assolva in modo efficace alla sua missione. Dal vertice le informazioni devono fluire al nucleo operativo.
2) Linea intermedia: ne fanno parte i manager. E' il ponte di collegamento tra vertice e nucleo operativo.
3) Nucleo operativo: dove si afferma il processo produttivo. E' dove si svolge direttamente l'attività produttiva.
4) Tecnostruttura: ad essa è affidata la standardizzazione dei processi. Aiuta l'organizzazione ad adattarsi all'ambiente.
5) Staff di supporto: svolge funzioni di supporto alle funzioni dell'organizzazione. Fornisce servizi indirettamente.



Si hanno risultati organizzativi diversi se una delle 5 prevale sull'altra. Se si ha molta standardizzazione, ogni centro deve avere un capo.

- *Sistemi per la salute*



→ La *fase produttiva* trasforma risorse il **PRODOTTI** o **SERVIZI**. Ha lo scopo di produrre **SALUTE** (come output o come outcome).

- *output*: risultato di uscita (se l'organizzazione è l'università è la laurea).

- *outcome*: risultato a lungo termine (se l'organizzazione è l'università è il lavoro).

Deve essere valutato quindi il risultato (produzione di salute). Ciò viene effettuato in ultima analisi su come le risorse consumate si trasformano in salute, ovvero come ogni euro speso si traduce in un dato ammontare di salute.

→ La *creazione del valore* è importante per il paziente e per i portatori di interesse (sono fondamentali). Esso è il meccanismo che rimane dentro ai processi produttivi.

→ *Centri di produzione*: sono le strutture di erogazione dei servizi.

→ I *servizi* possono essere rivolte alle persone (prestazioni rivolte ai singoli individui) oppure collettivi o pubblici (prestazioni erogate a tutela della salute collettiva).

master COPY

→ Le *strutture di erogazione di servizi* possono essere:

- servizi a gestione diretta. Presso tali strutture, l'assistenza sanitaria viene erogata in forma diretta e gratuita (salvo il pagamento del ticket). I pazienti però possono recarsi anche in centri non convenzionati, per subire assistenza indiretta.

- servizi medici di base forniti dai liberi professionisti convenzionati (medici generali, pediatri, guardia medica, farmacie, specialisti di studi privati).

- imprese sanitarie private accreditate (case di cura, ospedali ecclesiastici, centri di riabilitazione, ambulatori, laboratori di analisi cliniche).

→ L'*assistenza* si può suddividere in *3 livelli*:

- primary care: comprende attività di prevenzione ed il trattamento di patologie comuni.

- secondary care: comprende assistenza specialistica ospedaliera ed ambulatoriale (pazienti acuti, approfondimenti diagnostico – terapeutici).

- tertiary care: comprende assistenza di alta specializzazione e ad elevato impegno tecnologico (trapianti d'organo, acceleratore lineare).

→ La *salute* può essere considerata con *2 punti di vista*:

1) Salute come bene collettivo: se ne appropria lo Stato senza profitto, dal momento che è pubblico. E' non escludibile, non congestionabile (non dipende dai soggetti che vi accedono).
2) Salute come bene individuale: come un bene qualunque.

master COPY

→ *Mercato della salute*: è presente e riguarda domanda/offerta (un mercato c'è quando è presente domanda/offerta). Il paziente esprime un bisogno di salute al medico perché non sa trasformare il bisogno fisico in bisogno di prestazioni (il medico sì), dal momento che non ne ha le conoscenze (*asimmetria informativa*).

Ciò è sottoposto a *distorsioni* (il medico per esempio viene selezionato a fiducia e non c'è oggettività poiché c'è asimmetria informativa). Un'altra distorsione è dire "il medico è bravo", ma non si potrebbe affermare dato che c'è asimmetria informativa.

→ Uno dei problemi fondamentali per l'organizzazione di un sistema per la salute, è quello di riuscire a spostare il baricentro dell'interesse dall'offerta alla domanda. Poiché se controllo la domanda (bisogno di prestazioni), riesco a fare una corretta programmazione di controllo delle risorse.

→ *Modelli di governance dell'assistenza sanitaria*

- Chi finanzia le prestazioni? Il *cittadino* (tasse oppure per i premi di assicurazione).

- Che ruolo ha lo Stato? Si distinguono 2 sistemi:

1) *sistemi pubblici*: lo Stato ha il controllo di tutto il sistema. Svolge funzioni di pianificazione attraverso le modalità di finanziamento del sistema e attraverso la produzione diretta di prestazioni e servizi. Rappresentano la soluzione del cosiddetto "welfare" pubblico.

2) *sistemi privatistici*: ciascuno pensa in modo autonomo e ci si rivolge all'offerta privata (come un'assicurazione). Lo Stato ha un ruolo individuale. Sono la risposta a modelli "welfare" residuali.

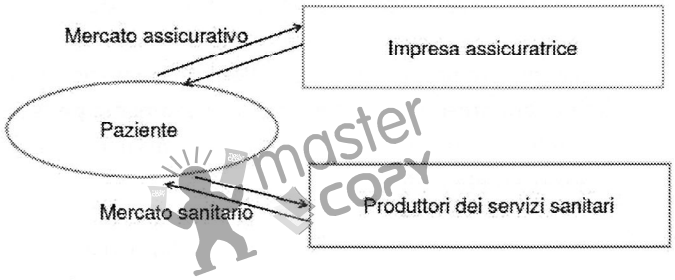
Nel sistema a *controllo pubblico*, lo Stato si assume la responsabilità della *tutela della salute* e quindi garantisce prestazioni all'intera popolazione. Ciò viene fatto in forma gratuita o con partecipazione alla spesa (ticket: il suo scopo è dissuadere dal consumo di prestazioni). Nel *residuale*, lo Stato garantisce l'erogazione di prestazioni solo a determinate fasce di popolazione, che si trovano al di sotto di determinate soglie di vantaggio sociale.

→ I *3 modelli principali di governance* sono:

1) Modelli assicurativi privati: sono la risposta ai bisogni di salute caratterizzati da imprevedibilità ed irregolarità. Consentono al consumatore di proteggersi da effetti negativi di eventi incerti e difficilmente prevedibili, sia nella loro manifestazione temporale che nell'impatto economico. Ciò avviene pagando un premio all'assicuratore e trasferendo a quest'ultimo il rischio collegato all'evento indesiderato.
   E' necessaria l'assicurazione privata per evitare la perdita di salute.
   Il contratto di assicurazione nasce da soggetti di fatto a rischio, dove esso viene trasferito all'assicuratore.
   Considerazioni:
   - la perdita del bene salute è di regola associata ad una riduzione considerevole delle possibilità di guadagno (il bene salute è aleatorio).
   - un individuo avverso a rischio, dovendo scegliere fra un reddito certo X e una "lotteria" con valore atteso X, sceglie il reddito certo.

   Il premio è stabilito in base al rischio. Il rischio è collegato a **frequenza** e **danno**

   Il problema è che rimangono fuori quei soggetti a basso rischio e chi non può permettersi il premio da pagare.



   Se diminuiscono gli assicurati che faccio? Aumento il premio.

   Nello schema assicurativo il soggetto pagatore è l'azienda assicuratrice, mentre i produttori sono aziende sanitarie private controllate o meno dall'assicuratore.

   → Un esempio di sistema sanitario privato e di come sono affrontati i problemi del mercato assicurativo di cui si è detto è il *sistema sanitario degli USA*. Gli assicurati (pari all'85%) sono così distribuiti:
   - *assicurazioni private* (61,6% della popolazione): la gran parte degli assicurati (55,8% della popolazione) ha uno schema assicurativo privato pagato dal datore di lavoro. Una piccola parte (5,8% della popolazione) ha assicurazioni private non finanziate dal datore di lavoro.

- la *copertura pubblica* (per il 28,8% della popolazione) viene realizzata attraverso due programmi: **medicare** per la popolazione anziana (senza limite di reddito), **medicaid** per la popolazione povera non anziana.

Una parte rilevante della popolazione (15%) non è coperta da alcuna forma di assicurazione, ossia "*chi non è né anziano né particolarmente povero* (e quindi non coperto dal pubblico), *non sufficientemente benestante*, con condizioni di *salute precarie*, dipendente di piccole imprese che non offrono il pagamento di un' assicurazione.

→ Il mercato assicurativo dovrebbe funzionare, teoricamente, se valgono le seguenti condizioni:
- rischi indipendenti
- popolazione omogenea
- informazione perfetta
- assenza di costi amministrativi/di gestione
- concorrenza perfetta

Allora le imprese assicuratrici offriranno contratti assicurativi caratterizzanti da premi equi. In questo caso non si ha **NESSUNA NECESSITA' DI INTERVENTO PUBBLICO**.

→ Invece, se le condizioni sopra elencate **non** valgono, cioè se:
- i rischi sono *correlati*
- la popolazione è *eterogenea*
- vi sono *asimmetrie informative*
- vi sono *costi amministrativi/di gestione*
- *non c'è concorrenza perfetta*

In questo caso, i mercati assicurativi privati non sono in grado di raggiungere l'obiettivo della copertura completa della popolazione. In questo caso si ha **NECESSITA' DI INTERVENTO PUBBLICO**.

2) Sistemi mutualistici: erano delle *assicurazioni sociali*. Ad esse aderivano volontariamente oppure obbligatoriamente i cittadini e ciò avveniva in base alla propria condizione lavorativa. Rappresentavano il terzo pagante per le prestazioni di diagnosi e cura dei propri iscritti. I rischi erano generici e i premi omogenei.

RELAZIONE CITTADINO – OSPEDALE (priva di trasferimenti finanziari) → **L'ENTE MUTUALISTICO PAGA LE PRESTAZIONI AGLI OSPEDALI PER CONTO DEL PAZIENTE/MUTUATO → IL CITTADINO/MUTUATO VERSA CONTRIBUTI AGLI ENTI MUTUALISTICI/"MUTUE"**

Il sistema era basato su numerosi **enti mutualistici**, a cui erano iscritti i cittadini lavoratori. **La tutela della salute era presente non per essere cittadini ma per essere lavoratori**. Il sistema di finanziamento era fondato su sistemi di contributi. Gli enti mutualistici sono privi di visione unitaria e una organizzazione per livelli di complessità.

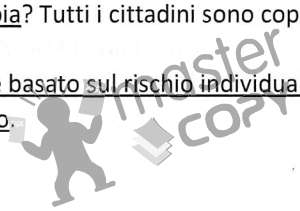
Le mutue, pur rappresentando un modello sistematico di organizzazione della Sanità, avevano come **limiti**:
- *attenzione prevalente o esclusiva al momento della diagnosi e della cura*: gli enti mutualistici si occupavano solo delle condizioni di malattia denunciate dai contribuenti e nessuna attenzione data alla prevenzione.
- *disomogeneità nella fornitura di servizi sanitari alla popolazione*: ogni mutua permetteva l'accesso a particolari categorie di cittadini in base alle caratteristiche contributive, alle condizioni lavorative e quindi c'era diversità nell'assistenza offerta.

→ In ***Italia***: il sistema era basato su numerosi enti mutualistici. Nel '58 venne istituito il Ministero della Sanità, scorporandolo dal Ministero degli Interni. Nel '68 gli ospedali furono trasformati in enti pubblici (enti ospedalieri). Nel '74 furono estinti i debiti accumulati dagli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri.

3) Modelli universali: vennero istituiti per superare i modelli assicurativi. Si crea un sistema pubblico dove vi è la presenza di un sistema di controllo della spesa. Si garantisce:
- *partecipazione obbligatoria e universale*: diritto alla salute rientra nei diritti di cittadinanza, accesso alle cure deve prescindere dalle condizioni reddituali.
- *finanziamento* con prelievo mediante imposte o contributi sociali (fiscalità generale).
- due ruoli per i soggetti che operano nel settore: soggetti *acquirenti* e soggetti *produttori* di prestazioni.
- che la maggior parte dei soggetti abbia natura pubblica. I privati rivestono un ruolo integrativo.

→ Cosa cambia? Tutti i cittadini sono coperti (nella mutua tutti i lavoratori).

→ Il premio è basato sul rischio individuale, ora invece è la capacità contributiva a determinare il finanziamento.





→ *Principali Leggi e Decreti del SSN*:

- **Legge 833/78 "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale"**: rappresenta una vera e propria rivoluzione (viene azzerato il sistema precedente fondato su differenti casse mutue). Si introduce una Gestione Pubblica di Tutela della Salute.

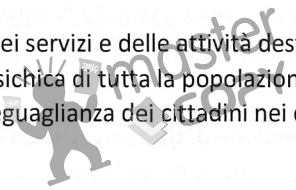
- **Decreto legislativo 502/92 "Riordino della disciplina in materia Sanitaria"**: introduce correttivi sostanziali alla precedente legge: Regionalizzazione e Aziendalizzazione.

- **Decreto legislativo 229/99 "Riforma Ter"**: riprende i punti fondamentali della 833/78 e li armonizza con le esigenze di una gestione di tipo Aziendale. Fissa entrambi i concetti delle due Leggi precedenti.

- *Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (Legge 833/78)*

→ *Art. 1*: "La Repubblica tutela la **Salute** come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività mediante il SSN. La tutela della Salute Fisica e Psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana."

→ Il ***SSN*** è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio.



NB: Principi: omogeneità ed equità nell'accesso alle prestazioni.

→ L'attuazione del SSN compete allo *Stato*, alle *Regioni* (elemento di traduzione della strategia dello stato verso il sistema operativo), agli *Enti Locali Territoriali*.

→ Si vuole raggiungere il superamento degli squilibri territoriali, sicurezza del lavoro, tutela sanità anziani e sportiva, etc...

→ Si inizia a vedere un approccio che mira al "**processo**" e non solo al "**momento**".