



<https://www.fpcgil.it/?home>

<http://www.abcdeiiritti.it/website/>

SISTEMA SANITARIO NAZIONALE DALLE SUE ORIGINI AD OGGI

PREMESSA

Il concetto di "salute" fu per molto tempo considerato un bene privato, infatti, le istituzioni si limitavano a scarni interventi per "gestire" attività di igiene e di profilassi delle malattie infettive.

La tutela della Salute è stata sempre affidata alla iniziativa dei privati e all'intervento delle organizzazioni religiose.

L'evoluzione storica del sistema sanitario è stato parallelo all'evoluzione sociale e politica del nostro Paese. Nel corso dei secoli, con il cambiamento culturale della società, l'idea di Salute è stata caratterizzata da graduali conquiste normative che hanno costruito lentamente i tasselli giuridici, determinanti per l'attuale assetto della Salute.

L'esigenza di garantire un reale diritto in grado di soddisfare i bisogni della popolazione trova una reale identificazione nel suo riconoscimento come diritto inviolabile nella Carta costituzionale (Art.32).

La salute è un diritto dell'individuo: non un privilegio né una merce, ma un diritto umano di cui la società deve farsi carico e da cui la società non ha che da trarre vantaggi.

Un diritto del singolo e insieme un bene della collettività: un'idea enorme.

La salute come diritto venne messa nero su bianco, per la prima volta nella storia dell'umanità, nel preambolo della Costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità firmata a New York il 22 luglio del 1946 ed entrata in vigore il 7 aprile del 1948.

È la carta che definisce la salute come "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale", e non solo assenza di malattia, e che dice che la sanità dei popoli è "condizione fondamentale per la pace del mondo".

È lì che si legge che "il possesso del migliore stato di sanità possibile costituisce un diritto fondamentale di ogni essere umano".

Sempre nel 1948, il 10 dicembre, lo ribadì la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani delle Nazioni Unite.

E nel 1966 l'Assemblea generale delle Nazioni Unite, con il Patto Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali, scrisse che la realizzazione di questo diritto è compito degli Stati.

Sono solo quarant'anni che abbiamo il Servizio sanitario nazionale.

Quarant'anni significa che quattro italiani su dieci sono nati quando la salute non era un diritto definito per legge.

C'era, sì, la Costituzione del 1948, che con l'articolo 32 diceva che la Repubblica tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, ma non c'era una legge che dicesse esattamente

come.

Quella legge arrivò nel dicembre del 1978.

In questo opuscolo si ripercorre (in breve) la storia lunga e travagliata che ha portato ad uno dei sistemi sanitari migliori al mondo, e ciò nonostante le gravi “malattie” da cui è affetto, le cui cure se costantemente rimandate, stanno mettendo seriamente a rischio una delle principali riforme del 900’.

Ci soffermeremo anche su quello che è oggi è evolutivamente diventato il nostro SSN e con uno sguardo al futuro, con quella che viene chiamata sanità punto 2.

Dentro questo lavoro non abbiamo preso in considerazione i profondissimi mutamenti che, nel corso dei secoli, hanno riguardato le persone che per la sanità lavoravano e lavorano e, con esso, il ruolo che la nascita dell’associazionismo – a cominciare dalle Società di Muto Soccorso fino alla nascita dei primi sindacati – hanno avuto in questo “lungo cammino”.

Un aspetto questo da indagare, non fosse altro per il fatto che all’evoluzione storica del concetto di salute come bene comune, al progredire della scienza e della tecnica, alla qualità delle prestazioni e dell’assistenza, il ruolo delle lavoratrici e dei lavoratori è stato ed è fondamentale.

INDICE

- Premessa
- Storia degli ospedali
- La sanità pubblica prima dell’unità d’Italia
- Dall’unità d’Italia alla direzione di sanità pubblica
- Verso una nuova politica sanitaria
- Il fascismo riguardo la sanità
- L’alto commissario
- Costituzione e salute
- Nasce il ministero della sanità
- La prima riforma ospedaliera
- L’amministrazione autonoma
- Il sistema sanitario nazionale SSN
- Gli anni ‘80 e ‘90
- L’aziendalizzazione
- La legge 502 del 1992 e la legge 517 del 1993
- La legge 229 del 1999
- Le principali norme successive alle tre riforme
- Il nuovo titolo v della costituzione
- I LEA
- Programmazione sanitaria statale - piano sanitario nazionale
- La programmazione sanitaria regionale e il piano sanitario regionale
- Il finanziamento
- Compartecipazione dei cittadini al costo delle prestazioni
- L’accreditamento istituzionale
- I rapporti tra il servizio sanitario nazionale e l’università
- Gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico
- L’integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale
- Uno sguardo al futuro: sanità digitale

<https://www.fpcgil.it/?home> <http://www.abcdeidritti.it/website/>

La storia degli ospedali ha radici molto lontane, infatti come riferisce Catone nel “De medicina domestica”, nell’antica Roma il *pater familias* si occupava di curare sia i propri familiari, che i propri schiavi; la pratica della medicina si imparava a casa, tanto che le conoscenze di medicina venivano tramandate di padre in figlio.

Solo dopo una legge emanata da Giulio Cesare iniziano a nascere le prime scuole dove si insegna la medicina; in tali scuole oltre alla teoria appresa da libri di testo greci, considerati ai tempi i più esperti di arte medica, si imparava anche la pratica mediante visite ai pazienti: tastare il polso, esplorare gli occhi, sentire il battito del cuore appoggiando l’orecchio sul petto, in modo da poter poi diagnosticare la malattia attraverso l’esame dei sintomi.

All’inizio i medici curavano tutti i tipi di malattie, poi, col passare del tempo, ciascun medico si specializzò nella cura di una sola malattia o di un solo organo (il cuore, i polmoni ecc.).

Nelle palestre, c’era personale esperto capace di intervenire con urgenza in caso di traumi e ferite varie: si trattava di medici igienisti, specializzati nella cura delle lussazioni e delle lesioni alle ossa e ai muscoli riportate dagli atleti, che potevano prescrivere anche cure, esercizi, diete.

In alcuni libri dell’epoca, che sono arrivati fino ai giorni nostri, troviamo riportato anche il comportamento che il medico doveva tenere durante la visita di un malato: discrezione, voce bassa, sorriso e, nel caso di un paziente agitato, voce persuasiva per calmarlo.

La visita medica non si limitava all’esame del polso, ma era completata da altre indagini: la palpazione dell’addome, l’esame della gola, delle urine, delle feci, l’auscultazione del torace.

Quando il malato non poteva recarsi dal medico, mandava uno schiavo a chiamarlo.

I medici che visitavano i pazienti presso il letto, erano chiamati “clinici”.

Gli “ospedali” dell’epoca erano delle botteghe, simili a quelle degli artigiani, che si affacciavano sulla strada. L’arredamento dello studio medico era ridotto, e consisteva essenzialmente in qualche scaffale, cassapanca e cassetta per contenere le attrezzature; gli attrezzi del mestiere spesso venivano anche appoggiati su mensole o appesi alle pareti mediante ganci.

Queste botteghe, oltre ad essere degli ambulatori di visita, erano anche luoghi atti al primo soccorso e una sorta di cliniche private dove i pazienti, dopo l’intervento chirurgico, potevano essere assistiti e curati.

Il medico preparava personalmente i rimedi: pomate, infusi da bere, impiastri da stendere sulle ferite ecc.

Da una cura domestica si è in seguito passati all’assistenza dei malati presso locali o luoghi più organizzati: valetudinari, medicatrine e templi.

I valetudinari erano luoghi in cui lavoravano medici, infermieri ed ostetriche collocati presso edifici privati in campagna o in città, presso palestre per la cura degli atleti infortunati o negli accampamenti militari per curare i soldati malati o feriti.

Le *medicatrine*, dette *Tabernae medicorum*, iniziarono a diffondersi a Roma intorno al 290 a.C. e consistevano in locali adibiti a laboratori o ricovero di eventuali pazienti collocati spesso nella casa del medico.

Nel 292 a.C., in occasione della peste che colpì Roma, iniziarono ad essere utilizzati anche i templi per assistere i malati.

Tra i primi di cui siamo a conoscenza c’era il tempio di Esculapio presso l’Isola Tiberina: oggi l’ospedale Fatebenefratelli.

Il termine di “Ospedale” deriva infatti dalla parola latina “Hospes” (Ospite) da cui i nomi di “Ospizio”, “Ospitalità”, “Ostello”.

Con il cristianesimo, ospedali ed ospizi divennero più numerosi, assumendo un carattere più caritativo, che sanitario nei confronti degli ammalati; la medicina dei tempi consisteva infatti in un insieme di pratiche magico - religiose fuse a rimedi empirici ed istintivi.

In queste strutture oltre ai malati erano accolti anche i poveri ed i pellegrini; così gli Ospedali si moltiplicarono e si organizzarono intorno alle chiese.

Tali chiese, che avevano un carattere particolarmente assistenziale, furono chiamate “diaconie”, che significa “chiese di servizio”.

In Oriente, molto importanti furono le istituzioni ospedaliere cristiane sorte con nomi diversi a seconda della loro funzionalità: xenodochia per i forestieri, nosocomi per i malati, ptochia per i poveri, etc.

Presso ogni vescovado esisteva un ricovero per i viandanti, così come presso i cristiani facoltosi; anche i primi cenobi erano insieme ospizi per pellegrini e ospedali per infermi.

Gli ospedali spesso erano ambienti ricavati all'interno di strutture monastiche e religiose già esistenti, oppure, quando invece si trattava di nuove strutture si manteneva l'architettura lineare delle chiese a una o più navate con l'altare, elemento fondamentale, posto nella zona terminale.

La collocazione dei malati spesso rispecchiava la gravità del loro stato di salute, infatti più la possibilità di sopravvivenza era esigua e più si avvicinavano all'altare, in quanto più bisognosi di preghiere.

Tra i primissimi ospedali realizzati secondo questa concezione si possono citare quello di S. Basilio a Cesarea, fondato nel 372 d.C. e quello coevo a Porto a Roma; in epoche successive, sono stati realizzati l'Hotel de Dieu di Lione e l'Hotel de Dieu di Parigi, la struttura S. Spirito di Roma e l'infermeria di San Gallo in Svizzera.

Lungo le vie di pellegrinaggio si fondarono vari ricoveri spesso ad opera di importanti personaggi (per esempio S. Bernardo da Mentone fondò l'ospizio del piccolo San Bernardo, mentre l'Imperatore Ludovico il Pio fondò l'ospizio del Cenisio).

Successivamente, apparvero, in contemporanea con il movimento delle crociate, gli Ordini ospitalieri: movimenti religiosi il cui compito fondamentale fu soprattutto l'assistenza agli infermi (S. Giovanni di Gerusalemme o Ordine di Malta, S. Lazzaro, Templari, Teutonici).

Nel Medioevo, i monasteri erano i luoghi ove più si praticava l'attività medico assistenziale, dove venivano effettuati studi e si conservava il sapere medico e ove venivano letti ed interpretati i testi antichi sull'argomento.

Nonostante questa attività intellettuale, il Medioevo non si distinse particolarmente per le metodologie terapeutiche, anzi la cultura del tempo portava a curare poco l'igiene personale; ciò comportò la facile diffusione di gravissimi eventi epidemici che decimarono la popolazione, come ad esempio la peste scoppiata a Messina nel 1347.

Tali eventi comportarono notevoli mutamenti nell'architettura e nelle abitudini, infatti vennero demolite le case degli appestati, si iniziarono ad adottare forme di "quarantena" e vennero istituiti i lazzaretti.

Verso il XIII secolo sembra che in Europa vi fossero circa 19.000 ospedali, stima forse troppo elevata, ma espressione comunque di una realtà imponente.

Alla fine del Medioevo ed all'inizio dell'età moderna, l'organizzazione della rete assistenziale fu razionalizzata con l'accorpamento di vari istituti e con la nascita in molte città di un ospedale maggiore, che riuniva diverse competenze.

L'architettura romano - gotica, adottata in precedenza, viene ora modificata; nel 1334, infatti, a Firenze nell'ampliamento dell'ospedale di Santa Maria Nuova (1286) si aggiunge un'area dedicata alle degenze con uno sviluppo a crociera.

Esempio di una nuova concezione funzionale di ospedale è dato dall'Ospedale Maggiore di Milano (detto "Cà Granda"), costruito nel 1456 dal Filerete su commissione del Duca Sforza.

Si trattava di una struttura organizzata simmetricamente rispetto ad un asse centrale; ai lati del cortile porticato di notevoli dimensioni erano collocate due strutture architettoniche quadrate, ognuna delle quali contenente un sistema di degenze disposto a crociera.

La funzionalità della struttura si concretizzava principalmente nel fatto che le infermerie, collocate al di sopra di scantinati (al fine di evitare la propagazione dell'umidità), erano predisposte al massimo per quaranta posti letto, disposti lungo le pareti; le aperture e le volumetrie erano realizzate in modo tale da garantire un'aerazione adeguata ed un'illuminazione sufficiente agli ambienti; la luce, proveniente dall'esterno, era inoltre schermata in modo tale da non creare disagi ai malati; lungo il perimetro delle degenze erano realizzati dei corridoi costantemente dilavati dall'acqua dell'acquedotto ed utilizzati come latrine, accessibili tramite porte poste tra i letti.

Questa innovativa architettura, sebbene meglio organizzata e più funzionale di quella precedente, non ebbe successive applicazioni, tanto è vero che gli ospedali di epoche successive furono ancora costruiti con un'unica navata: San Gallicano a Roma (1725) o con un impianto quadrangolare con corte centrale: Saint Louis a Parigi (1612).

Sullo stato degli ospedali in Europa ne è testimonianza importante il regolamento dell'ospedale di Bicetre a Parigi.

Da un atto datato 25 ottobre 1679 l'ufficio di direzione dell'ospedale specifica che: "le persone di grande corporatura potranno disporsi sui pagliericci in numero di tre, quelle di corporatura media in un numero di quattro e quelle di taglia più piccola dovranno disporsi al letto in numero di 6 o al minimo 5..."

Incominciava a diffondersi anche la possibilità per pochi e "raccomandati" di utilizzare anche dei posti ad un

letto, ma questa particolare condizione fu inizialmente contrastata con appositi decreti e, poi l'idea fu scaltramente utilizzata prevedendo con apposito decreto del 1790 che l'ammissione in ospedale dava solo il diritto ad un letto comune per quattro persone, o in certi casi per tre o due, ma chi desiderava un letto singolo poteva ottenerlo al prezzo di cinquanta scudi.

Ai dipendenti dell'ospedale era però concesso il privilegio di poter utilizzare gratuitamente un letto singolo nel caso dovessero avere bisogno delle "cure" dell'ospedale, così come questo privilegio era talvolta offerto anche agli epilettici ed ai minorati mentali.

Chi non era titolare di questi privilegi doveva sottostare all'organizzazione ospedaliera che prevedeva che "in ogni letto si coricavano quattro persone, ed a riprese, dappoiché metà di esse dovevano riposarsi dalle otto di sera sino all'una dopo mezzanotte, e l'altra metà da quest'ora sino alle otto di mattina".

Per i pazienti sifilitici era poi prescritto che "dovevano per ordine espresso dell'amministrazione, prima di entrare nel luogo di asilo ed all'uscirne, subire la frusta".

Un letto a rotazione per più malati era una condizione che non solo per ragioni di decenza e rispetto della persona, ma anche per una questione di efficacia delle cure, cominciava a non piacere più, come nel 1759 osservò Cicognini, è "causa di problemi perché se per un verso era l'uno infermo inzuppato del sudore critico morbosso dell'altro compagno, per altro verso era difficile per il medico osservare con esattezza l'analisi del male e il grado in ambedue gli infermi onde evitare "inconvenienti nella distribuzione dei medicamenti e del vitto".

Il Cicognini allora consiglia di superare l'antico criterio di suddividere i ricoverati nelle due categorie degli affetti da "febbri" (malati di ordine medico) e degli affetti da "ferite" (malati di ordine chirurgico). "Bisognerebbe" scrisse Cicognini, "dividere i ragazzi dagli adulti, i febbricitanti semplici dai febbricitanti acuti, i cronici semplici dai contagiosi, separando nelle donne anche quelle che sono di parto.

Per la chirurgia poi opportuno sarebbe dividere gli infermi di semplici malattie da quelli che hanno affezioni complicate assegnando luoghi particolari a quelli che esigono speciali e grandi operazioni".

Le esigenze di un ospedale che fosse veramente una struttura organizzata per la cura a cui i malati potevano rivolgersi senza paura, era ormai diffusa in tutta Europa.

La salute non era ancora considerata un diritto della gente e la sua tutela un dovere dei governanti ma la rivoluzione francese era alle porte e con essa tutte le istanze sociali.

A partire dal XVI secolo, infatti, nel quadro dei vasti rivolgimenti sociali, politici e religiosi dell'epoca, anche l'organizzazione ospedaliera subì un profondo mutamento.

Attenuandosi il carattere caritativo ed assistenziale, gli ospedali assunsero quello di istituzioni pubbliche concepite come mezzi di difesa sociale dalla malattia e vennero per lo più organizzati dallo Stato.

Essi divennero centri di studi e di ricerca e già nel XVII secolo furono vere scuole di medicina e chirurgia.

Nel XVIII secolo la situazione ospedaliera era ancora inadeguata sia a livello di condizioni igieniche, sia a livello di numero di posti letto disponibili rispetto alla richiesta.

Per rispondere alle nuove esigenze organizzative e strutturali, sorsero in Inghilterra, in Francia, in Germania, e solo successivamente in Italia, gli ospedali a padiglioni.

Oltre al fatto di avere la possibilità di confinare in strutture diverse i malati in base al tipo di malattia, eliminando, quindi, alla base il fenomeno del contagio, la nuova struttura, immersa in aree adibite a verde, permetteva anche di differenziare gli edifici in base alle funzioni, di aumentare la dotazione di ambienti di servizio, di migliorare l'esposizione, l'aerazione e l'illuminazione degli ambienti.

I primi ospedali a padiglioni sono stati costruiti in Inghilterra: St. Bartholomew Hospital di Londra (1730) e il Royal Naval Hospital di Stonehouse - Plymouth (1764).

Un altro passo fondamentale nell'edilizia sanitaria è stato compiuto nel 1788, allorché fu istituita una commissione di esperti, presso l'Accademia delle scienze di Parigi, al fine di definire i criteri di costruzione dei nuovi ospedali, in primis l'Hotel de Dieu, incendiato nel 1772.

Ne derivò così un progetto ideale (in realtà l'Ospedale di Stonehouse a Londra era stato costruito con questi criteri qualche anno prima) in cui ogni scelta che riguardava cubature, superfici, percorsi, servizi, venne analiticamente giustificata alla luce delle esigenze igieniche e funzionali.

In sintesi:

- limitazione dei posti letto per ogni complesso ospedaliero ad un massimo di 1200-1500;
- scelta edilizia del sistema a padiglioni separati con una distanza minima tra gli edifici doppia rispetto all'altezza dei piani;
- reparti distinti per uomini e donne garantendo ad ogni malato il proprio letto;

- disposizione dei letti, nelle corsie, su due file, con un numero massimo di 36 malati per stanza; - presenza in ogni infermeria di autonomi servizi (latrine, lavatoi, cucinette, locali per le suore e le infermerie); - finestre delle infermerie estese fino al soffitto;
- scale aperte e ventilate dall'esterno.

Oltre alla tipologia a padiglioni, la Commissione definì anche la capacità massima degli ospedali (1100 posti letto) e della sala di degenza (36 posti letto), l'esposizione ottimale a est o a sud, la dotazione minima dei servizi e la posizione decentrata delle strutture rispetto alle aree urbane.

Nel corso degli anni l'architettura delle strutture ospedaliere ha subito ulteriori variazioni dovute essenzialmente alla densità fondiaria dell'intervento ed al sistema di collegamento in superficie o sotterraneo previsto tra i diversi padiglioni.

LA SANITÀ PUBBLICA PRIMA DELL'UNITÀ D'ITALIA

Nel maggio del 1796 Napoleone Bonaparte conquistò l'Italia e nello stesso mese venne insediata a Milano l'Amministrazione Generale della Lombardia, entità politico militare di cui facevano parte le più eminenti menti illuministe filo-francesi del capoluogo lombardo tra cui Francesco Melzi d'Eril, successivamente nominato vicepresidente della Repubblica Italiana, creata nel 1802, con a capo lo stesso Napoleone. Proprio il governo repubblicano di Melzi nel 1803 repressi gli abusi più flagranti delle clientele locali sottraendo l'amministrazione ospedaliera lombarda al controllo delle municipalità e affidandola a funzionari nominati dal ministro dell'interno su proposta dei prefetti, realizzando in tal modo un'integrale pubblicizzazione del stemma igienico assistenziale mediante la vigilanza del governo nell'ambito degli affari generali dello stato (questo fu fatto in quanto prima del governo Melzi e in generale prima dell'avvento dei francesi, i provvedimenti di igiene pubblica erano lasciati a cura dei municipi, i quali Statuti contenevano disposizioni legislative anche generali, essendo allora più larghi gli ordinamenti municipali, con grandi privilegi differenti da comune a comune).

Questa repressione fu perfezionata nel 1807 in tutte le città e capoluoghi di dipartimento per cui l'amministrazione di tutti gli ospedali, orfanotrofi, luoghi pii, lasciti e fondi di pubblica beneficenza fu riunita in una sola e unica amministrazione che prende il titolo di Congregazione di Carità, presieduta dal prefetto, distinta in tre settori: per gli ospedali, gli ospizi e orfanotrofi, l'assistenza a domicilio.

Lo spirito della legislazione francese si dispiegò ampiamente in tutta Italia ed impose il trasferimento alle attribuzioni del Ministro dell'Interno degli oggetti di beneficenza pubblica, l'obbligo per i comuni di supplire ai bisogni degli ospedali e degli istituti caritativi, la giurisdizione civile per gli enti di assistenza e l'introduzione dell'istituto del domicilio di soccorso.

Quando nel 1814, a Roma prevalse la politica del ripristinamento degli antichi metodi non si prescindere più dallo stabilimento di un sistema, che tutto comprenda nella medesima uniformità e non si vorrà disaggregare l'accorpamento degli ospedali riuniti, che erano stati raggruppati in quattro divisioni: ospedali per malati, ospizi per vecchi, orfani e incurabili, conservatori per giovani indigenti, ricoveri per proietti ed esposti.

La legge fondamentale del 20 ottobre 1819 affida la tutela della salute pubblica al servizio sanitario marittimo interno con a capo un Supremo Magistrato di sanità ed una sovrintendenza generale di salute, per le funzioni esecutive, a Napoli ed a Palermo; nelle province o valli, invece, agiranno gli intendenti con il ruolo di direttori del servizio sanitario, mentre le deputazioni locali, distinte in quattro classi, saranno gli ultimi agenti di esecuzione del servizio marittimo e gli Ufficiali comunali per il servizio interno.

Nell'ambito di ciascuna magistratura un deputato è incaricato dell'ispezione dei litorali e il Ministro degli affari interni, infine, ha il compito di formare i regolamenti in cui saranno compresi tutti gli oggetti che possano riguardare i rispettivi servizi e saranno definiti i limiti delle competenze di tutti i funzionari.

Precursore dell'ordinamento per la tutela della salute pubblica nell'Italia continentale pre-unitaria è il decreto sardo del 1859, a sua volta discendente dall'editto sardo piemontese del 1847, il quale prevede una gerarchia che comprendeva il ministro dell'interno, i governatori e gli intendenti, rispettivamente assistiti dal consiglio superiore di sanità, i consigli sanitari provinciali o di circondario, per la vigilanza sugli ospedali, i luoghi di detenzione, gli istituti di educazione, le professioni, i servizi caritativi, per l'osservanza delle leggi e dei regolamenti.

I Sindaci, a loro volta, vegliano nel proprio comune all'osservanza delle leggi e dei regolamenti di polizia

sanitaria, sui luoghi pubblici, sulla salubrità di alimenti e bevande sulle abitazioni e i siti destinati soltanto ad uso dei privati.

L'OTTOCENTO

L'Italia unita si presentava, nel suo complesso, come un Paese caratterizzato da un "radicato e diffuso malessere sanitario". Il tasso di mortalità era infatti elevato e rimase tale sino al nuovo secolo. Drammatici erano i parametri della mortalità infantile, che colpiva un bambino su quattro nel primo anno di vita e ne lasciava in vita solo uno su due entro il quinto anno.

Depresso era il tono generale delle condizioni igieniche, forte il ritardo nelle scienze mediche, eccessivo il carico di lavoro anche delle donne in gravidanza, elevata l'incidenza delle malattie infantili, delle infezioni gastrointestinali (18% delle morti nel primo anno), dell'apparato respiratorio, meningite, morbillo, scarlattina, scrofola e rachitismo.

Endemico era il problema degli esposti che, dopo essere stati allattati per qualche settimana dalle balie interne al brefotrofo nel quale venivano collocati, erano affidati a nutrici esterne, in genere contadine modestamente compensate. Il bambino svezzato di norma rimaneva con loro, o tornava in ospizio in attesa di un'altra famiglia (contadini o artigiani).

La mortalità degli esposti era assai elevata, soprattutto fra i neonati, a causa di famiglie di origine con gravi carenze sanitarie (miseria, malattie), ma anche di carenze di assistenza: poche balie interne agli istituti, allattamento artificiale ancora carente e gravi mancanze igieniche nelle strutture di accoglienza.

La tubercolosi, che si presentava come prima causa di morte in senso assoluto, colpiva più le grandi città, il nord e le donne.

La coadiuvavano le insufficienze alimentari e la poca salubrità delle abitazioni, oltre alle pessime condizioni di lavoro.

Assai diffuso era il vaiolo (nel 1870-72, 1220 morti nella sola Roma), ma solo dal 1888 divenne obbligatoria la vaccinazione di tutti i bambini entro il semestre successivo alla nascita.

Periodicamente colpiva il colera, con la punta massima nel 1854-56 quando interessò circa 2000 comuni e provocò 200-300.000 morti.

Nel 1865-68 furono toccati circa 2900 comuni con 160.000 morti. Nel 1884-85 14.000 morti (ma 7000 solo a Napoli e 3000 a Palermo).

Il Paese si presentava arretrato anche sotto il punto di vista dell'approvvigionamento idrico e delle infrastrutture igieniche: ancora nel 1885-86, 14.5 milioni di persone vivevano in comuni privi di fognatura.

Altre malattie diffuse erano la malaria e la pellagra. L'alcoolismo colpì sempre più nel corso dell'800 soprattutto le classi popolari del Nord attraverso l'aumento del consumo di "superalcolici". Endemici erano, infine, il cretinismo e il gozzo.

La prima legge "nazionale" fu la legge Rattazzi del 20 novembre 1859, in vigore negli Stati sardi ed estesa alla Lombardia.

La tutela della salute pubblica era demandata all'esecutivo (ministro dell'interno e in giù ai prefetti e ai sindaci).

Vennero creati organismi collettivi, il consiglio superiore di sanità e analoghi provinciali e circondariali che dovevano coadiuvare i vari livelli di responsabilità.

Essi dovevano vigilare sulla "conservazione della sanità pubblica" con particolare riguardo alla vigilanza sulle convivenze (ospedali, carceri, scuole) e sulle professioni e attività attinenti al campo sanitario.

Limite importante: la legge non prevedeva né un medico né un consiglio sanitario comunale che avrebbero potuto affiancare il sindaco, anch'esso dai limitati poteri (vigilanza igienica in materia di alimenti e bevande e di abitazioni e luoghi pubblici).

La legge Rattazzi sull'ordinamento amministrativo non prevedeva inoltre spese obbligatorie per i comuni relativamente al servizio sanitario, in specie il medico condotto.

Ciò penalizzò la Lombardia, dove le condotte erano consolidata esperienza. Nel Lombardo Veneto, infatti, la legge del 30 aprile 1834 aveva imposto ai comuni (anche attraverso consorzi) di stipendiare con il gettito della sovrimposta fondiaria uno o più medici attraverso il sistema della condotta "di servizio caritativa" che prevedeva, a differenza di quella "piena", le cure del medico per i soli poveri iscritti nel "ruolo" compilato dai comuni di concerto con i parroci.

Anche tale ordinamento aveva un difetto: la posizione subalterna, e precaria, del medico rispetto al comune.

In pratica, la legge amministrativa Rattazzi, non imponendo spese per il personale sanitario, bloccò la diffusione delle condotte.

Solo con la legge comunale del 20 marzo 1865 si impose ai comuni l'onere finanziario del servizio sanitario.

Il regolamento esecutivo dell'8 giugno introdusse le commissioni municipali di sanità: elette dal consiglio e presiedute dal sindaco, avevano funzioni consultive, dovevano avere per segretario un medico condotto, vigilavano sull'attuazione di leggi e regolamenti e in particolare su scuole, ospedali e istituti di carità.

L'intervento pubblico rimaneva, quindi, assai limitato. Le commissioni, inoltre, non funzionarono bene, e in 4800 comuni con meno di 1000 abitanti non furono neppure attivate.

Il nuovo regolamento del 1874 affermava essere un dovere dello Stato tutelare la pubblica igiene, in particolare quella dei poveri.

IL NOVECENTO

A seguito dell'unificazione d'Italia nel 1861 si ha la Legge per l'unificazione amministrativa del Regno d'Italia del 20 marzo 1865 n. 2248 che porta all'approvazione della prima "*Legge sulla Sanità Pubblica*" affidata al Ministro dell'interno e subordinatamente ai prefetti, ai sotto-prefetti ed ai sindaci, assistiti dai vecchi consigli, senza giurisdizione sulle armate di terra e di mare.

Nei 29 articoli normativi ricalca pedissequamente la precedente legislazione ma prevede in modo espresso l'abrogazione di tutte le disposizioni adottate dai cessati governi per servizi sanitari eccettuati il commercio e industria farmaceutica, e prescrive i termini per il regolamento di esecuzione che, approvato con R.D. 8 giugno 1865 n. 2322 in un corposo testo di 138 articoli, avrà vigore per oltre un ventennio.

Sono di competenza ministeriale la revisione dei regolamenti comunali d'igiene pubblica, la prescrizione di cautele sanitarie speciali, i provvedimenti di interesse generale.

Prefetti, sotto-prefetti e sindaci, assistiti dal consiglio provinciale o circondariale o dalla commissione municipale di sanità, vegliano sulla salute pubblica, adottano provvedimenti d'urgenza e compilano il rapporto statistico periodico, sorvegliano il servizio medico e farmaceutico, gli stabilimenti sanitari e le quarantene (in modo da migliorare le condizioni sanitarie della classe operaia comunque bisognosa di speciali soccorsi igienici).

La tutela preventiva della sanità pubblica è affidata comunque ai sindaci e si realizza con la disciplina igienica applicata alle case d'abitazione, alle case rurali, alle stalle, ai servizi idro-sanitari, ai presidi sanitari, penitenziari e caritativi, agli alimenti, ai cimiteri.

In esito al voto espresso dalla camera dei deputati per un generale riordino della legislazione sanitaria sulla base dei lavori svolti dalla commissione Rucci, il presidente del consiglio e ministro dell'interno l'on. Lanza presenta al Senato un progetto di legge per l'approvazione del codice sanitario che, non essendo giunto alla votazione, fu riproposto nel 1876 con il titolo di "riforma delle discipline vigenti per la tutela della sanità e della morale pubblica" e nel 1886 dall'on. Depretis.

Lo schema che, con le necessarie varianti richieste dall'urbanizzazione accelerata e dalla rivoluzione industriale si imporrà fino al 1934, nei suoi più significativi articoli, dei 14 titoli totali, contempla:

- La tutela della sanità pubblica, secondo la tradizionale distribuzione di competenze tra centro e periferia, impostata sulla istituzione dei medici condotti ai quali attribuire anche la qualità di ufficiali governativi;
- la composizione e le attribuzioni dei consigli sanitari;
- l'esercizio dei diversi rami dell'arte salutare;
- la salubrità delle abitazioni e dei luoghi abitati;
- la vigilanza governativa sugli stabilimenti sanitari pubblici (opere pie) e gli istituti privati, esclusa ogni ingerenza sull'amministrazione interna, perché nei luoghi deputati

alla cura degli infermi ed alle convivenze collettive non siano trascurate le regole igieniche.

Da questi precedenti discende, dunque, la legge organica 22 dicembre 1888 n. 5849 (Crispi) sulla "tutela dell'igiene e della sanità pubblica" condensata in 6 titoli e 71 articoli, concepita come insieme delle condizioni geo-fisiche, demografiche ed urbanistiche; assistenza medica, farmaceutica ed ostetrica;

profilassi delle malattie sociali.

Al Ministro, ai prefetti ed ai sindaci, quali autorità di governo ai corrispondenti livelli territoriali, si affiancano per le funzioni tecnico consultive il consiglio superiore di sanità e i consigli provinciali, circondariali e municipali sanitari e si prevede la figura del medico provinciale e circondariale, dell'ufficiale sanitario comunale.

Mentre il consiglio superiore predispone direttive di carattere generale, il consiglio provinciale si occupa di tutti i fatti riguardanti l'igiene dei comuni e loro consorzi nel proprio territorio, dei regolamenti, delle prescrizioni per le industrie agricole e manifatturiere e riferisce annualmente sullo stato della popolazione e sui bisogni locali di infrastrutture.

L'organismo comunale, invece, ripete i medesimi compiti con carattere di fiscalità e pertanto utilizza propri servizi ispettivi ed un laboratorio con due sezioni, chimica e medico-micrografica, oltre a provvedere all'assistenza gratuita degli infermi poveri e delle partorienti, assumendosi quindi compiti di assistenza pubblica.

Al medico provinciale sono attribuiti non soltanto funzioni di consulenza tecnica, una specie di ruolo subordinato all'autorità governativa, ma anche di attività autonoma che gli conferisce uno status di pubblico ufficiale per la vigilanza sui servizi e sul personale sanitario dei comuni, sugli istituti sanitari della provincia, sull'esecuzione delle leggi ed il rispetto dei regolamenti ed ogni qualsiasi intervento urgente. All'ufficiale sanitario competono, infine, la polizia sanitaria locale, l'assistenza medica, la tenuta dell'armadio farmaceutico è l'obbligo di assicurare i mezzi minimi di terapia e di pronto soccorso.

Tra le istituzioni di carattere tecnico sono annoverati gli istituti di cura medica, gli stabilimenti per malati o difettosi, le case di cura pubbliche e private per alienati e sono ricompresi gli ospizi, gli stabilimenti per individui sani, i penitenziari, i teatri, gli opifici.

Titoli specifici sono dettati per la sanità marittima ed internazionale, per il servizio coloniale ed il sanitarismo militare (ospedali, ambulanze, servizio di leva e corpi speciali).

Nella struttura del nuovo Stato l'ufficio sanitario si colloca, all'interno del ministero per gli affari dell'interno, nell'ambito della terza direzione generale dell'amministrazione comunale e provinciale, delle opere pie e della sanità continentale, articolata in due divisioni, la prima di nove sezioni (che comprende gli ospedali regi e provinciali) e la seconda di quattro (tra cui stabilimenti insalubri ed esercizio di professioni sanitarie).

Nel 1874 gli affari di sanità sono organizzati in una divisione autonoma ma è con il D.M. 3 luglio 1887 che sarà istituita la direzione di sanità pubblica con tre sezioni: per l'amministrazione dell'assistenza sanitaria, per la polizia sanitaria ed il suolo, per l'igiene pubblica e l'edilizia sanitaria.

Dopo la breve parentesi di un ispettorato generale creato con D.M. 14 gennaio 1900, si tornerà definitivamente all'assetto della direzione generale (D.M. 16 novembre 1902) fino al secondo dopoguerra.

Il secolo si chiude con un'opera grandiosa, vagheggiata in un lungo trentennio di battaglie culturali e parlamentari, quando ormai la coscienza politica delle classi sociali e dell'intera opinione pubblica è matura, cioè con la pubblicazione del codice dell'igiene e della sanità pubblica nel 1896, contenente la legge ed il regolamento riguardo vari temi tra cui: le misure contro le malattie infettive, l'igiene degli abitati e nelle scuole, gli uffici sanitari e i medici provinciali.

VERSO UNA NUOVA POLITICA SANITARIA

Il primo testo unico delle leggi sanitarie (ad opera di Giolitti), che raccoglie e coordina i principi fondamentali, i regolamenti di esecuzione ed il corpo delle disposizioni emanate in date diverse e per settori della vita collettiva, fu approvato con il R.D. 1° agosto 1907 n. 636 (Giolitti).

L'ordinamento dell'amministrazione e dell'assistenza sanitaria ripete la piramide gerarchica tradizionale con al vertice il ministro dell'interno (con una direzione generale di sanità ed il consiglio superiore) e sotto la sua dipendenza i prefetti (con l'ufficio sanitario provinciale ed il consiglio Provinciale di sanità), i sottoprefetti e, ultimo polo del sistema, i sindaci (con il medico ufficiale sanitario).

L'assistenza, vale a dire le opere di soccorso medico chirurgico ed ostetrico, è quindi garantita quantomeno dal personale di condotta appositamente stipendiato e la distribuzione dei medicinali è affidata alle farmacie oppure, ma per le sole prestazioni urgenti, è attuata per mezzo di un armadio farmaceutico custodito dal medico condotto, in modo che anche i centri abitati periferici o i nuclei sparsi nelle campagne non debbano soffrire di elementari deficienze terapeutiche, mentre alla vigilanza igienica attendono

appositi laboratori comunali o consorziali.

Perché territorio, ambiente e società, pur senza soffrire un assurdo isolamento, siano protetti in tutta l'estensione nazionale, negli scali di approdo e nei porti sono ubicati uffici di sanità marittima e lazzaretti ed a tutti i valichi e gli accessi di confine sono assegnati veterinari governativi che controllino animali, carni e prodotti d'origine animale per assicurarne la salubrità.

Riguardo alle strutture personalizzate sono ovviamente sottoposte a vigilanza speciale le professioni sanitarie (medicina e chirurgia, veterinaria, farmacia ed ostetricia) e le professioni affini (come per esempio le drogherie).

IL FASCISMO RIGUARDO LA SANITÀ

In base a un'impostazione filantropica della sanità, l'assistenza sanitaria venne confinata negli interventi di beneficenza e lasciata all'iniziativa dei privati e all'intervento delle organizzazioni religiose.

Per molto tempo infatti il concetto salute fu caratterizzato da contenuti fortemente privatistici, in quanto considerato un bene privato, un bene del singolo; le competenze statali si limitavano a gestire attività di igiene e profilassi delle malattie infettive e gli interventi erogati avevano un carattere lacunoso e gracile nei confronti della collettività.

L'esigenza di migliorare le condizioni dei cittadini cresceva e l'intera sanità dell'epoca chiedeva gli fosse garantito un reale diritto attraverso il dovere dello Stato di provvedere con rigoroso impegno ai bisogni della popolazione.

Lontano da una sostanziale garanzia, che troverà una reale identificazione solo con l'entrata in vigore della Costituzione del 1948, si delinearono con l'avvento del fascismo i primi massicci interventi.

Per il pratico svolgimento della sua larghissima azione assistenziale, il governo fascista, si volse a rielaborare ed integrare la frammentaria legislazione preesistente in materia, per farne un sistema organico, con un indirizzo rispondente a criteri di conservazione, miglioramento e difesa della collettività nazionale.

Questo nuovo indirizzo è particolarmente manifesto nelle leggi che tendono a favorire la formazione di generazioni fisicamente e moralmente forti e sane, mediante la protezione e l'assistenza della maternità e dell'infanzia, l'educazione fisica e la preservazione morale della gioventù.

Quattro sono i provvedimenti fondamentali adottati in questa materia sin dai primi anni del regime fascista:

1. Il regolamento generale 16 dicembre 1923 n. 2900 per il servizio di assistenza degli esposti;
2. La legge 10 dicembre 1925 n. 2277 per la protezione della maternità e dell'infanzia;
3. La legge 3 aprile 1926 n. 2247 per l'educazione fisica e morale della gioventù;
4. Il Regio decreto Legge 8 maggio 1927 n. 798 sul servizio di assistenza dei fanciulli illegittimi abbandonati o esposti all'abbandono.

Nel 1922 vengono inoltre istituiti i primi Dispensari e Consorzi per la profilassi e la copertura assistenziali di particolari malattie sociali diffuse, come malattie veneree (1923) e la tubercolosi (1927).

Solo il 27 luglio 1934, venne approvato con Regio Decreto n. 1265 il Testo Unico delle Leggi Sanitarie che ristrutturava da un punto di vista organizzativo la sanità pubblica.

Il suddetto TU consisteva in un complesso organico di disposizioni che determinavano l'ordinamento sanitario e le funzioni più importanti degli organi dell'amministrazione sanitaria, regolava l'esercizio delle professioni sanitarie, si occupava dei provvedimenti contro le malattie infettive e sociali, tanto da costituire ancora oggi un importante riferimento nel settore sanitario.

Nello stato corporativo fascista anche l'assistenza dei lavoratori è essenzialmente riconnessa a fini di alto interesse sociale e nazionale, e cioè al fine di conseguire, attraverso la tutela della salute e della forza fisica della popolazione operaia, un maggiore e migliore rendimento della prestazione d'opera e a quello di concorrere per mezzo della protezione igienica delle madri occupate nelle aziende industriali e commerciali, alla tutela del normale sviluppo fisico delle nuove generazioni.

A tali finalità mirano in specie il regolamento generale 14 aprile 1927 per l'igiene del lavoro, la legge 26 aprile 1934 n. 653 sulla tutela del lavoro delle donne e dei fanciulli e il Regio Decreto Legge 22 maggio 1934 n. 654 per la tutela della maternità delle lavoratrici.

L'ALTO COMMISSARIO

Subito dopo la fine della Seconda guerra mondiale il 12 luglio 1945 fu istituito l'Alto Commissariato per

l'Igiene e la Sanità pubblica dipendente dalla presidenza del Consiglio dei Ministri.

La materia sanitaria, così, venne sottratta al Ministero dell'Interno e a tale organismo vennero attribuite importanti funzioni quali la tutela della salute pubblica, della vigilanza sulla Croce Rossa, sull'opera nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia istituita con legge n. 2277 del 1925 e, inoltre, ebbe il compito di coordinare e vigilare sulle organizzazioni sanitarie e sugli enti che avevano il compito di combattere e prevenire le malattie sociali.

Dai primi del novecento fino al 1946, furono anche istituiti diversi enti mutualistici con compiti previdenziali e sanitari (INAIL, istituto nazionale per le assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro; INPS, istituto nazionale previdenza sociale; ENPAS, ente nazionale previdenza e assistenza statali; INAM, istituto nazionale di assicurazione contro le malattie) e varie altre mutue con finalità di previdenza ed assistenza per determinate categorie di professionisti: commercianti, artigiani, coltivatori diretti, lavoratori pubblici e privati. Si creò un mosaico vasto e composito di forme assistenziali, talora profondamente diverse tra loro.

COSTITUZIONE E SALUTE

Il primo documento non scientifico ma politico fu elaborato l'8 agosto dalla consulta di sanità del comitato di liberazione nazionale del veneto e ratificato il 15 settembre 1945 dai commissari regionali per la sanità del C.L.N.A.I. o "comitato di liberazione Nazionale dell'alta Italia" ed individuò tre ordini di problemi, programmatico, istituzionale e funzionale, intorno ai quali si svolgerà un nutrito corredo di analisi e di proposte (il documento parte dalla constatazione storica che la regione è un'entità viva e necessaria nella nuova forma della struttura dello Stato.

Che non fosse soltanto una "cosa temporanea" nella quale dover risolvere i problemi della ricostruzione, nei primi mesi della liberazione, ma una base per l'organizzazione dell'assistenza sanitaria è auspicato da una riunione i medici ed igienisti dell'alta Italia promossa dal commissario per l'igiene e la sanità della Lombardia).

Se la discussione sulla riforma dell'ordinamento sanitario prende avvio nella Sicilia occupata dagli alleati da un'organizzazione sanitaria autonoma ed indipendente dall'organizzazione politico-amministrativa, le sue premesse reali risiedono negli inconvenienti e nelle manchevolezze dell'assistenza (in particolare l'INPS e quella medica su base mutualistica, cioè i due settori che saranno investiti dalla riforma tra 30 e 40 anni dopo), per cui si impongono come concetti ispiratori di una radicale riforma dell'ordinamento sanitario ed assistenziale che :

- appoggi la nuova organizzazione igienico-sanitaria su un organo periferico completo nelle attribuzioni e nelle funzioni;
- assorba e fondi in strumenti unitari di norma e di applicazione le varie attività assistenziali;
- garantisca l'indipendenza degli organi igienico-sanitari da quelli politico-amministrativi

Il 15 agosto 1945 termina la seconda guerra mondiale e l'Italia ne esce distrutta, infatti dalle sue ceneri nel 1946 dopo il referendum del 2 giugno 1946 nascerà la Repubblica Italiana con la relativa Costituzione, entrata in vigore il 1 gennaio 1948, composta dai suoi 139 articoli dei quali è bene ricordare il 32 l'articolo 32 che recita:

"La Repubblica Italiana tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana" (che sarà il caposaldo delle future leggi, in materia di sanità, fino ai giorni nostri) e l'articolo 117:

"La potestà legislativa è esercitata dallo Stato e dalle Regioni nel rispetto della Costituzione, nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali. [...] Sono materie di legislazione concorrente quelle relative a: [...] tutela della salute; [...].

Spetta alle Regioni la potestà legislativa in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato. [...]"

Le regioni saranno il fulcro del sistema sanitario nazionale visto che permetteranno quel decentramento decisionale ed organizzativo che porterà ad una migliore efficacia ed efficienza del sistema sanitario oltre che ad una copertura più estesa, in termini quantitativi, della popolazione.

NASCE IL MINISTERO DELLA SANITÀ

Nel 1956 fu istituito il Ministero della Sanità, che assorbì tutte le competenze dell'Alto Commissariato e di tutte le altre amministrazioni in materia di sanità pubblica.

Ad esso furono attribuite le funzioni di provvedere ai servizi sanitari delle amministrazioni dello Stato, di vigilare su tutti gli enti erogatori di assistenza sanitaria e sull'esercizio di tutte le professioni sanitarie, di emanare istruzioni obbligatorie per tutte le amministrazioni pubbliche che si occupavano di sanità.

Quali organi periferici del Ministero della Sanità furono istituiti il Medico Provinciale e gli Ufficiali sanitari comunali.

Il Ministero della Sanità fu la prima vera struttura istituzionale in materia di sanità pubblica.

Per apprezzare la portata del nuovo ordinamento bisogna considerare che le funzioni e gli istituti assistenziali erano ripartiti tra 13 organismi ministeriali o per compiti di gestione e di vigilanza o per compiti di finanziamento e di controllo, che l'apparato mutualistico per l'assistenza previdenziale e sanitaria si era esteso con un intreccio fittissimo di istituti nazionali ed anche locali, che la rete ospedaliera comprendeva 2444 enti con più di 400.000 posti letto ed un movimento di oltre 4 milioni di degenti per anno.

Tale ministero è stato articolato in sette direzioni generali (per gli affari amministrativi e il personale, per i servizi di igiene pubblica, di medicina sociale, veterinari, per igiene degli alimenti e la nutrizione, gli ospedali ed il servizio farmaceutico), si prolunga negli uffici sanitari speciali o di frontiera e si giova della consulenza politica e tecnica di quattro collegi : il Consiglio sanitario nazionale, il Consiglio superiore della sanità, l'Istituto superiore di sanità e l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro.

Il Consiglio Sanitario Nazionale, sorto con la legge 23 dicembre 1978 n. 833, svolge funzioni di consulenza e di proposta nei confronti del governo per la determinazione delle linee generali della politica sanitaria Nazionale e per l'elaborazione e l'attuazione del piano sanitario nazionale, per i programmi di prevenzione anche primaria, per la determinazione dei livelli di prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini, nelle fasi di attuazione del servizio sanitario, nella programmazione del fabbisogno di personale sanitario e nella ripartizione degli stanziamenti finanziari.

Predisporre, inoltre, la relazione sullo stato sanitario del paese, un tempo adempimento del consiglio superiore, su cui il ministro deve riferire al Parlamento entro il 31 marzo di ogni anno.

Tale consiglio è composto dai rappresentanti (un membro effettivo ed uno supplente) di ogni regione e provincia autonoma, dei ministeri della sanità, del lavoro, della pubblica istruzione, dell'interno, della difesa, del tesoro ecc.. oltre che dal direttore dell'Istituto superiore di sanità, dal direttore dell'Istituto superiore per la sicurezza del lavoro, da un rappresentante del C.N.R. (consiglio nazionale delle ricerche), da 10 esperti in materia sanitaria designati dal CNEL (Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro).

Tale organo si ripartisce in quattro sezioni: per l'esame di materie istituzionali organizzative, per i pareri finanziari, per il personale, per lo schema di relazione annuale.

Il Consiglio superiore della sanità, disciplinato dal D.P.R. 11 novembre 1961 n. 257, già predisposto come organo centrale dell'amministrazione sanitaria ma in pendenza di rideterminazione delle attribuzioni con riferimento esclusivo alla natura di organo consultivo tecnico, esprime parere obbligatorio sui regolamenti che interessino la salute pubblica, sulle convenzioni sanitarie internazionali, sui progetti di edilizia ospedaliera, sulle istruzioni obbligatorie ai fini della tutela della salute, sugli insetticidi, sui lavori pericolosi ed insalubri, sulle norme igieniche in materia di lavoro e di ambienti di lavoro, sulle grandi opere di pubblica utilità, sugli attestati di produzione industriale in materia di bevande e commestibili, sugli elenchi degli stupefacenti, sulla registrazione delle specialità medicinali e sull'organizzazione dei servizi di prevenzione dei danni da emanazioni radioattive e da contaminazioni atmosferiche.

L'Istituto superiore di sanità, creato con R.D. 11 gennaio 1934 n. 27, è ristrutturato come organo tecnico scientifico del Sistema sanitario nazionale dotato di strutture e ordinamenti particolari e di autonomia scientifica, dipende dal Ministro della Sanità ed è incaricato della collaborazione con le regioni e, loro tramite, con le unità sanitarie locali, fornisce le informazioni e le consulenze eventualmente necessarie nelle materie di competenza statale. Organizza, in collaborazione con regioni, università ed istituzioni pubbliche, sulla scorta di programmi ministeriali, corsi di aggiornamento e specializzazione per gli operatori sanitari, appronta periodicamente l'inventario nazionale delle sostanze chimiche corredato delle caratteristiche chimico-fisiche il tossicologico necessarie per la valutazione del rischio sanitario connesso alla loro presenza nell'ambiente, svolge attività di ricerca ed è organizzato in laboratori.

L'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, subentrato ai soppressi (ente nazionale

per la prevenzione degli infortuni) e A.N.C.C. (associazione nazionale per il controllo della combustione) , a seguito del D.P.R. 31 luglio 1980 attuativo dell'articolo 23 della L. 833, è organo tecnico scientifico che si colloca nel sistema sanitario nazionale alle dipendenze del ministro ma con autonomia amministrativa, funzionale e tecnico-scientifica.

Gli spettano compiti di ricerca, studio, sperimentazione ed elaborazione dei criteri e delle metodologie per la prevenzione delle malattie professionali e degli infortuni ed inoltre di individuazione dei moduli di sicurezza per la omologazione di macchine, di componenti di impianti, di apparecchi e strumenti di protezione. In particolare, deve uniformarsi ai seguenti principi:

- attendere a tutte le attività tecnico scientifiche e le funzioni consultive in merito alle malattie professionali e gli infortuni sul lavoro;
- svolgere attività di consulenza tecnico scientifica nei confronti degli organi statali agenti nel settore del lavoro e della produzione;
- assolvere alla ricerca, elaborazione e sperimentazione di tecniche per la prevenzione e la sicurezza del lavoro in connessione con l'evoluzione produttiva;
- collaborare con le regioni e le unità sanitarie locali;
- agire secondo criteri di programmazione in collegamento con l'istituto superiore di sanità, il C.N.R. e il C.N.E.L., avvalendosi altresì degli istituti scientifici pubblici e privati
- elaborare criteri per le norme di prevenzione degli incendi interessanti attrezzature e impianti.

Suo organo di consulenza è il comitato tecnico scientifico (composto dal direttore, da 12 esperti in medicina e igiene del lavoro e della prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, da 9 esperti ministeriali, da tre esperti designati dal C.N.R. , C.N.E.N. e

I.N.A.I.L., dai direttori dei dipartimenti) , mentre la sua organizzazione è ripartita per dipartimenti operativi tra loro coordinati ed integrati, per la ricerca, la proposta di regolamentazione, la documentazione e la consulenza per impianti a rischio.

LA PRIMA RIFORMA OSPEDALIERA

Alla fine degli anni 60, un periodo di svolta nel passaggio dal sistema assicurativo a quello sociale dell'assistenza, la politica sanitaria si concentra sul ruolo egemone e sulla dinamica dell'assistenza ospedaliera, sulla dilatazione della tutela mutuo previdenziale, sulla qualificazione delle prestazioni, sulla produttività della spesa ed il contenzioso tre enti attivi (ospedali) e passivi (mutue e comuni) nella determinazione del domicilio di soccorso ed il calcolo della retta ospedaliera, sui primi approcci di programmazione e su ciò che sarà la legge 12 febbraio 1968 n. 132 , un provvedimento settoriale e però propedeutico alla generale riforma del sistema sanitario.

Con la riforma ospedaliera, infatti, fu abbandonato il concetto degli enti di assistenza e beneficenza e il criterio caritativo - assistenziale; gli ospedali vennero scorporati dagli enti pubblici (IPAB, Mutue, Ospedali civili ed altri enti pubblici) per essere costituiti in enti autonomi, tutti con la stessa organizzazione e tutti con il solo scopo del ricovero e della cura.

Questi ospedali furono distinti in categorie: generali e specializzati, per lungodegenti e per convalescenti.

Quelli generali vennero a loro volta distinti in ospedali di zona, provinciali e regionali.

La riforma ospedaliera prevede anche:

- un'attività di programmazione ospedaliera, un piano nazionale ospedaliero, da raccordare con i corrispondenti piani regionali;
- il finanziamento della spesa tramite la retta di degenza e gli stanziamenti del Fondo Sanitario Ospedaliero.

L'assistenza sanitaria comincia quindi a diventare sistema sanitario.

L'AMMINISTRAZIONE AUTONOMA

L'amministrazione autonoma e decentrata, dotata di un proprio potere di organizzazione e di programmazione, ripete l'ordinamento statuito dall'articolo 114 del titolo V della costituzione che ripartisce il territorio dello Stato in regioni o enti autonomi con propri poteri e funzioni, in province e in comuni o enti locali autarchici.

La legislazione ordinaria invece, rispetto al titolo V della Costituzione, disciplina l'associazione tra comuni e la formazione dell'ente intermedio denominato U.S.L. (Unità sanitaria locale).

L'autonomia regionale è vera ed efficace perché esplica facoltà legislative in una scala che va da una sfera di materie di competenza diretta ed esclusiva, ad un'altra di competenza concorrente e suppletiva, perché anche lo stato vi può, quando crede, legiferare, ed infine alla sfera d'integrazione e di applicazione delle leggi statali.

L'attività legislativa regionale, perciò, si muove nei limiti dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato, sempre che le norme stesse non siano in contrasto con l'interesse nazionale e con quello delle altre regioni (art. 117), per un elenco di materie che al quinto punto enumera la beneficenza pubblica ed assistenza sanitaria ed ospedaliera che oggi rappresenta il settore unitariamente integrato dell'igiene, della sanità e dell'assistenza sociale.

Dopo lo stato, quindi, si pone la regione come centro di poteri normativi e di funzioni amministrative (per l'art. 118 della Costituzione) e come livello di ulteriore decentramento perché obbligata sia a rispettare le funzioni di interesse esclusivamente locale e sia ad esercitare normalmente le proprie funzioni delegandole agli enti minori (la regione esercita normalmente le sue funzioni amministrative delegandole alle province, ai comuni e ad altri enti locali o valendosi dei loro uffici).

Le regioni si distinguono in due tipi, quelle a statuto speciale generate con legislazione costituzionale e quelle a statuto ordinario ordinate dalla legge 10 febbraio 1953 n. 62 modificata dalla L. 16 maggio 1970 n. 281 che pongono precisi limiti di competenza (materie e gradi di potestà) e di azione (i cosiddetti principi fondamentali quali risultano da leggi che espressamente li stabiliscono per le singole materie o quali si desumono dalle leggi vigenti).

Nel biennio 1970-71 le regioni hanno atteso alla formazione dei loro statuti, che nell'impianto ricalcano il modello costituzionale compreso il preambolo precettistico, talvolta minuzioso e prolisso, una tavola di valori tra i quali si trova un'esplicita dichiarazione sulla sanità e la salute. Dedicano un articolo a questo specifico tema il Piemonte, che accentua l'intervento nel campo del lavoro, come controllo ambientale e come gestione partecipativa, l'Umbria che privilegia l'edificazione di un sistema di sicurezza sociale e la programmazione, e l'Abruzzo che ricapitola tutti gli aspetti socio-assistenziali legati alla tutela della salute, mentre le altre introducono magari un esplicito inciso nel contesto di una norma precettiva più ampia e complessa, ispirato ad un concetto:

- Di salute come variabile dei servizi sociali, allineata all'abitazione, all'istruzione, ai trasporti, allo sport ecc... (Liguria ; Veneto ; Toscana ; Lazio ; Campania);
- Di salute affermata come un diritto positivo e sociale in un ventaglio di altri diritti civili quali il lavoro, lo studio, la sanità dell'ambiente (Liguria; Marche);
- Di salute in quanto componente della sicurezza sociale (Emilia-Romagna; Calabria);
- Di salute quale oggetto del servizio sanitario trascritto sul glossema della terminologia corrente (Molise; Puglia).

Le funzioni legislative in quella che per consuetudine viene ancora classificata materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, infine, sono state unificate e pareggiate per tutte le regioni dagli art 11 e 80 della legge 23 dicembre 1978 n. 833 .

Il processo di decentramento si è svolto in tre fasi, con il D.P.R. 14 gennaio 1972 n.4, con il D.P.R. 24 luglio 1977 n. 616 e da ultimo con l'istituzione del Sistema sanitario nazionale sono trasferite o delegate o comunque attribuite alle regioni le funzioni già esercitate da organi centrali e periferici dello Stato (consigli provinciali di sanità, il comitato provinciale di coordinamento dell'attività ospedaliera, la commissione di vigilanza sugli ospedali psichiatrici, consorzi e dispensari, ecc...) e quelle classificabili nelle seguenti categorie di interessi:

- la prevenzione e cura di qualunque tipo di malattia;
- la prevenzione delle malattie professionali la salvaguardia della salubrità, dell'igiene e della sicurezza in ambienti di vita e di lavoro;
- la riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità fisica, psichica e sensoriale;
- l'igiene degli insediamenti urbani e delle collettività;
- la tutela igienico sanitaria delle sostanze alimentari e bevande, comprese le acque minerali e termali;
- l'igiene e la tutela sanitaria dell'attività sportive;
- la promozione dell'educazione sanitaria e l'attuazione di un sistema informativo sanitario;

- la formazione degli operatori sanitari, esclusa quella universitaria post- universitaria;
- l'igiene e l'assistenza veterinaria;
- i compiti già assolti da organismi ed uffici statali o pubblici, centrali e periferici, nei settori non riservati all'esclusiva competenza statale.

La polarizzazione finale del decentramento si è perfezionata con la ridistribuzione dei livelli delle competenze e delle funzioni tra i vertici del sistema amministrativo, cioè Stato, Regioni, ed enti locali, e con l'istituzione periferica delle unità sanitarie locali.

IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE SSN

Gli anni precedenti il 1978. Negli anni Sessanta, riconosciuti come una fase d'importanza per lo sviluppo e l'espansione del welfare italiano, il dibattito sulla salute si aprì a nuovi orizzonti, prendendo forma compiuta nel corso del decennio successivo.

Un ruolo decisivo, già dagli inizi degli anni Sessanta, ebbero le riflessioni maturate in seno ai due principali partiti della sinistra, Pci e Psi, e ai sindacati, la Cgil in particolare, alle quali si affiancarono elaborazioni e pratiche portate avanti dai protagonisti della cosiddetta stagione dei movimenti, che ai temi della salute, della medicina e dell'ambiente diedero un contributo di altissimo rilievo, connettendolo alle più complessive istanze di trasformazione sociale e strutturale del Paese.

Maturò progressivamente la convinzione che il diritto alla salute, costituzionalmente sancito dall'art. 32, comportasse scelte politiche nelle quali tutta la popolazione doveva essere attivamente coinvolta, scelte culturali e istituzionali volte a modificare nel profondo gli assetti del Paese, a qualificare la natura stessa della democrazia, dei suoi strumenti e presidi.

Di qui la critica all'impianto assicurativo tradizionale e prevalente, allora dominato dal sistema delle mutue, a uno Stato assistenziale paternalistico, categoriale e frammentato, alle logiche contributive vigenti nel sistema sanitario (e previdenziale) di quegli anni, e a quelle del profitto (largamente vigenti nel settore farmaceutico).

Di qui la necessità di una tutela della salute da realizzarsi in modo capillare tramite la predisposizione di un servizio sanitario pubblico e universale, finanziato tramite il sistema della fiscalità generale, garantito a tutta la collettività nell'accesso e nel suo uso.

Fu la Cgil che nel 1958 approvò un documento nel quale, per la prima volta, si chiedeva l'istituzione di un sistema sanitario nazionale, a fronte della mancanza in Italia di «una politica sociale efficace e, in particolare, di una moderna politica sanitaria».

Dinnanzi alle sperequazioni nella protezione tra le diverse categorie di lavoratori e tra le diverse zone del paese, alla grave situazione degli enti di previdenza e malattia e ai mezzi inadeguati a loro disposizione, al prevalere di principi privatistici e assicurativi e di misure frammentarie e disorganiche nella tutela sanitaria e, infine, a criteri di direzione fortemente accentrata presenti nell'ordinamento di allora, la predisposizione di un nuovo ordinamento diventava centrale per l'iniziativa sindacale.

Nel giugno del 1959, in occasione del convegno nazionale della Cgil dedicato al tema della sicurezza sociale, la questione della riforma sanitaria tornava a essere discussa nel quadro più ampio della riflessione sul passaggio ad un sistema moderno «che superi le tradizionali forme di previdenza e assistenza per configurarsi secondo i criteri della "sicurezza sociale" per tutti i cittadini».

L'obiettivo era quello di garantire l'unità di indirizzo quale condizione per realizzare una politica sanitaria fondata sull'organico impiego di ogni servizio e mezzo tecnicamente e scientificamente specializzato. Coordinamento a livello statale e competenza a livello decentrato/locale avrebbero consentito la difesa e il miglioramento della salute dei lavoratori come di tutta la popolazione, garantendo al contempo quanto ritenuto irrinunciabile dal sindacato: l'«effettivo controllo democratico sugli organi gestori, reale qualificazione della responsabilità dei medici esercenti la professione».

Infine, contro le tradizionali divisioni istituzionali, prevenzione, cura e recupero dovevano costituire gli assi di un intervento sanitario coordinato, interdipendente, unitario.

Di lì a poco si susseguirono numerose iniziative sui temi della salute negli ambienti di lavoro (la fabbrica in primis) e a livello territoriale, secondo un percorso che nel corso degli anni si sarebbe articolato lungo la traiettoria «salute-fabbrica-territorio».

Nel 1961 la prima inchiesta sulla nocività sul luogo di lavoro, condotta presso l'impianto chimico Farmitalia di Settimo Torinese, fu patrocinata dalla Camera del lavoro di Torino, dove si era costituita

una commissione medica che per la prima volta riuniva insieme sindacalisti, lavoratori, medici, assistenti sociali.

Nel 1966 nacque presso l'Inca-Cgil il Centro ricerche e documentazione rischi e danni da lavoro (Crd) – dal 1974 struttura della Federazione Cgil-Cisl-Uil.

Il Crd, che svolse un ruolo fondamentale di raccolta di informazioni e di elaborazione sul tema della salute dell'ambiente di lavoro, fu a lungo punto di riferimento per tutto il movimento sindacale e per quanti al di fuori del sindacato si impegnarono nelle lotte per la salute e la realizzazione della riforma sanitaria.

L'intento di molte iniziative sindacali, come di numerosi interventi pubblicati in varie testate facenti riferimento alla Cgil, fu dunque quello di mettere insieme salute ambientale e organizzazione del lavoro, superandone la scissione; di estendere l'obiettivo della tutela della salute dalla fabbrica alla società intera; di saldare prevenzione e partecipazione; di promuovere conoscenza e informazione (oltre all'impegno nelle vertenze aziendali e locali).

Le condizioni di salute e di sicurezza nei luoghi di lavoro costituirono lo speciale oggetto di inchiesta portata avanti, nel 1968/1969, dal Gruppo di lavoro per la Sicurezza sociale, sotto la guida di Giovanni Berlinguer.

L'inchiesta faceva luce sulla scarsa efficacia di enti e istituzioni (dal medico di fabbrica, all'Ispettorato del lavoro, all'Ente nazionale prevenzione infortuni, ai Comuni) volti a proteggere la salute della popolazione italiana e dei lavoratori in particolare; così come sulla frequente debolezza degli organismi sindacali all'interno delle fabbriche.

In termini generali si registrava un peggioramento netto delle condizioni di lavoro in fabbrica e un conseguente, specificamente, si registravano cattivo ambiente di lavoro, ossia difficili condizioni climatiche delle fabbriche, uso di sostanze inquinanti, fattori di affaticamento fisico, mancanza di adeguata prevenzione e protezione antinfortunistica, alti ritmi di lavoro, impreparazione professionale.

Le stesse trasformazioni tecniche subentrato nel corso degli anni del «miracolo economico» non avevano inciso rispetto alla realtà dello sfruttamento psicofisico delle classi lavoratrici, creando «squilibri gravissimi tra ritmi e rendimento, tra spazio e lavoro», aumentando «notevolmente lo stress produttivo», ritmi e orari di lavoro e accentuando il logorio della forza lavoro soprattutto a livello nervoso.

Una delle figure più rappresentative della sinergia tra impegno medico, ambientalista e politico caratterizzante gli anni Sessanta e Settanta, fu Carla Conti.

Laura Conti metteva in discussione le definizioni consuete della salute: «la salute come rispondenza a un determinato modello ideale, o "normalità"» (e quindi «la malattia come diversità» e «la medicina come restituzione della normalità»), e la salute come «diminuzione della probabilità di sopravvivenza di un determinato individuo».

Di risalto sarà il dibattito ospitato nell'inverno del 1971 sui «Quaderni di Rassegna sindacale» dal titolo Dall'ambiente di lavoro al Servizio sanitario nazionale. In modo significativo si metteva in relazione la necessità di una mobilitazione e di una risposta sindacale su questo tema con la «violenta offensiva padronale sulle questioni delle condizioni di salute in fabbrica», allora scatenatasi in seguito alla conquista dello Statuto dei lavoratori (in specie relativamente alle norme sugli accertamenti sanitari e sulla tutela della salute dei lavoratori).

Nel 1976, a Bologna, nasceva Medicina Democratica, movimento di lotta per la salute, nel corso del congresso costitutivo si tracciavano le linee fondamentali di un nuovo approccio alla salute, confermando l'impegno in direzione di una medicina aperta alle problematiche sociali.

Verso l'istituzione del Servizio sanitario nazionale. Inserito nei documenti della programmazione economica del quinquennio 1971-1975, un primo schema di riforma venne elaborato nell'autunno del 1970 dal socialista Luigi Mariotti, alla guida del dicastero della Sanità.

I conflitti e le tensioni con il ministro del Lavoro e della previdenza Carlo Donat Cattin furono tuttavia decisivi nel determinare dapprima uno stallone e poi un definitivo inabissamento del progetto, ma giocò un ruolo anche lo studio voluto nel 1970 dal direttore generale dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie – Inam –, volto a sottolineare i costi «agghiaccianti» della riforma.

Durante il successivo Governo Andreotti un nuovo testo firmato da Dionigi Coppo e Remo Gaspari (rispettivamente ministri del Lavoro e della Sanità) fu interpretato da più parti come un palese tentativo di controriforma, nella misura in cui prevedeva l'ipotesi di una centralizzazione delle mutue esistenti – di

fatto una loro sopravvivenza –, nella permanenza, in regime di libera concorrenza con le strutture pubbliche, di case di cura religiose e laiche.

Le opposizioni tornarono quindi ad agire da pungolo nei confronti dell'azione del governo con la presentazione di un disegno di legge firmato da Luigi Longo a nome del Pci nel giugno del 1977.

La stessa esplosione, nell'agosto successivo, di una epidemia di colera a Napoli rese ancora più evidente la precarietà della situazione sanitaria in varie zone del paese.

Con i due esecutivi guidati da Mariano Rumor il tema della riforma tornò al centro dell'agenda politica.

Il 17 agosto 1974 fu approvata la legge n. 386, fondamentale antecedente del nuovo Servizio sanitario, *Norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento delle spese ospedaliere e l'avvio della riforma sanitaria*.

Il Tesoro veniva autorizzato a effettuare operazioni di ricorso al mercato finanziario (fino a un ricavo di 2.700 miliardi di lire) per estinguere i pesanti debiti nei confronti degli ospedali degli enti mutualistici, di cui si stabiliva il passaggio alla gestione commissariale dal 1° luglio 1975 e lo scioglimento definitivo entro il 30 giugno 1977.

La discussione sul progetto di legge della riforma sanitaria iniziò nel febbraio del 1975, ma senza giungere alla conclusione dell'iter per il sopraggiungere della fine anticipata della VI Legislatura.

Nel frattempo, più istanze e soggetti andavano rafforzando le proprie convinzioni circa l'urgenza della riforma, gli stessi Pci e Psi si coalizzarono redigendo, nel dicembre 1975, un documento congiunto che si esprimeva contro un suo ulteriore rinvio, mentre le Organizzazioni Sindacali Confederali e segnatamente la CGIL sviluppavano nel Paese numerose iniziative per traghettare la Riforma Sanitaria.

Un evento contingente e dirompente, il disastro di Seveso del luglio 1976, avrebbe contribuito in maniera decisiva a rinsaldare quel nesso, da anni portato avanti nelle lotte per la difesa della salute, tra denuncia delle nocività sul posto di lavoro, difesa dell'ambiente e riforme sanitarie (centrale fu anche il collegamento tra i fatti dell'Incisa e il varo della legge 180 sulla interruzione volontaria di gravidanza).

Nel corso del 1977, alla Camera, furono presentati diversi disegni di legge, poi unificati in sede di Commissione permanente Igiene e sanità della Camera, lo schema passò dall'Aula, che lo approvò il 22 giugno 1978, grazie alla nota convergenza che si registrò in quei mesi tra Dc e Pci.

Trasmesso al Senato, il disegno di legge venne approvato il 21 gennaio di quell'anno.

La legge istitutiva del SSN si compose di ben 83 articoli. L'articolo 1 si richiamava all'articolo 32 della Costituzione e recitava: «*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il Servizio Sanitario nazionale*».

Sempre all'articolo 1 si indicava nel Ssn il «*complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzioni di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio*» (echeggiando la stessa definizione di salute fornita nel 1946 dall'Organizzazione mondiale della sanità).

Principi e Finalità del S.S.N. Istituito con la L. 23 dicembre 1978 n. 833, il servizio sanitario nazionale (S.S.N.) intende realizzare in termini politici o di generale interesse, per via di una condotta democratica di insieme, e con metodologia processuale, mediante lo scorrimento di piani e di adeguamenti graduati ai bisogni ed alle risorse, la sicurezza sociale. ei suoi aspetti essenziali si può affermare che questo sistema, essendo razionale ed organico, è organizzato secondo una logica unitaria ma altrettanto differenziato nelle sue componenti, e pertanto:

- consiste nel complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute psico-fisica, soprattutto come nesso di interazioni tra l'elemento biologico e quello mentale, di tutta la popolazione (cittadini residenti e presenti, stranieri, ecc...);
- assicura il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività in vista del benessere integrazione sociale;
- compete, in una scala di responsabilità, allo stato, alle regioni, agli enti locali territoriali (comuni singoli o associati, province, comunità montane), ed ai cittadini che possono partecipare o intromettersi nella programmazione, nella gestione e nel controllo dei servizi per mezzo di organismi istituzionali (partiti, sindacati, comitati, ecc...) o informali (associazioni, gruppi spontanei

o di pressione, ecc...).

Principi costituzionali del S.S.N. Sono infatti l'obiettivo del pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del paese, la particolare tutela della maternità, dell'infanzia e della gioventù, della salute, del lavoro con garanzie specifiche per le donne lavoratrici e per i minori, e del livello di vita dei lavoratori specie in caso di infortunio, malattia, invalidità, l'assistenza ai cittadini inabili al lavoro ed il recupero dei soggetti minorati.

A lato di una così estesa fascia di lavori, derivati da una ideologia solidaristica della società che è appunto la premessa ad ogni compiuto sistema di sicurezza sociale, si impongono anche gli obblighi relativi al ruolo delle autonomie locali e le competenze amministrative distribuite per bacini o ambiti territoriali comunque facenti capo al decentramento regionale.

Sono, in particolare, principi specifici e finalistici:

- la tutela della salute fisica e psichica, considerata però nella sua globalità;
- il rispetto della libertà e della dignità, della capacità di manifestazione e di significazione proprie della persona umana;
- la condizione di uguaglianza dei soggetti;
- il diritto di partecipazione dei cittadini all'attuazione del servizio;
- il concorso dell'associazionismo volontario o della collaborazione spontanea e non onerosa di gruppi organizzati per motivi di filantropia;
- il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura;
- la non obbligatorietà, il regime ordinario, degli accertamenti e dei trattamenti sanitari

La finalità della salute, negli aspetti, nelle condizioni e nei modi predetti, si conseguono mediante due categorie di obiettivi.

Obiettivi generali o strumentali, non necessariamente pertinenti all'oggettiva realtà della salute ma ad essa indispensabile ed utili, sono quelli rivolti:

- al superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni igienico-sanitarie, in modo che l'intero apparato risulti omogeneo;
- alla sicurezza del lavoro nelle fabbriche e negli altri luoghi di riproduzione;
- alla procreazione pianificata ovvero responsabile e consapevole ed alla protezione della maternità e dell'infanzia (fattori di rischio connessi con la gravidanza ed il parto e tassi di patologia e mortalità perinatale ed infantile);
- allo sviluppo nell'età evolutiva (servizi medico-scolastici);
- alla protezione della salute nelle attività sportive, dell'igiene mentale, del benessere degli anziani;
- all'eliminazione delle cause inquinanti, l'atmosfera, le acque e il suolo.

Di carattere settoriale sono invece gli obiettivi finalizzati:

- alla formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di una pertinente educazione del cittadino anche nell'intreccio delle correzioni sociali;
- alla prevenzione delle malattie e degli infortuni o dei fattori di debilitazione e di invalidazione del soggetto;
- alla diagnosi e cura degli eventi morbosi ed alla riabilitazione somatica e psichica;
- alla protezione della salubrità dell'ambiente di vita e di lavoro;
- alla difesa sanitaria dei patrimoni zootecnici e del rapporto tra animale e uomo;
- alla disciplina del farmaco;
- alla formazione professionale permanente ed all'aggiornamento scientifico del personale.

Al centro di un così vasto processo di riforma si colloca, dunque, la persona umana con le esigenze della sua educazione e della formazione della sua coscienza alle conseguenze dei cambiamenti socio-culturali e tecnico-Scientifici che investono:

- un mutamento dell'azione per la salute di fronte ai crescenti e gravi danni o rischi di danno che il moderno stile di vivere produce;
- il passaggio da una tradizionale patologia infettiva a decorso definito nel tempo a una patologia minorante, cronica e letale, da neoformazione, degenerazione e usura;
- una progressiva medicalizzazione dei problemi esistenziali, di cui si affidano stress, difficoltà e soluzioni alla terapia medica e farmacologica;
- il trasferimento del classico rapporto fiduciario paziente-medico a una organizzazione burocratica,

amministrativa, collettiva, con la conseguente standardizzazione del bisogno sanitario;

- un incombente informazione ipertrofica che prende a complicare e moltiplicare bisogni-consumi sanitari e sovente rimette in discussione presupposti etici vitali per la società.

I livelli di competenza e funzione. Con il termine “livello” generalmente si vuole intendere un volume quali-quantitativo, una categoria di elementi ovvero una graduatoria di modalità diverse, di competenze e di funzioni amministrative.

Sono “competenze” i campi di azione organizzativa e di ordinamento normativo in una specifica materia, distintamente attribuiti a enti capaci di sovranità (Stato) o autonomia (Regioni) o di autarchia (Enti locali).

Sono “funzioni”, invece, i compiti e gli interventi, complessivi o settoriali, di autorizzazione, di esecuzione e di verifica che gli organismi (uffici e servizi) e gli organi (corpi rappresentativi) degli enti assolvono in virtù della propria capacità ad agire.

Per l'attuazione del S.S.N. le competenze e quindi le funzioni sono ripartite tra Stato, Regioni, Enti locali territoriali, fatta però salva e garantita la partecipazione dei cittadini.

In via principale attiene allo Stato di determinare gli obiettivi della programmazione sanitaria sulla cui base vengono fissati i livelli delle prestazioni a favore dei cittadini ed inoltre di imporre un indirizzo generale, sia direttamente verso le regioni che in modo indiretto agli enti strumentali attraverso e per mezzo delle regioni, di azione e di coordinamento.

Gli è anche riservato, come sua esclusiva competenza, tutto quanto concerne i rapporti internazionali, la profilassi, i farmaci, i prodotti alimentari, gli stupefacenti, gli standards dei prodotti industriali, le sostanze chimiche e le fonti energetiche, le acque minerali e termali, l'antinfortunistica, i trapianti, le professioni sanitarie, le organizzazioni speciali ed autonome.

Tutte le funzioni amministrative sono, quindi, assolve dalla regione con l'obbligo:

- di rispettare i principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato e gli interessi delle altre regioni;
- di coordinare l'intervento sanitario con gli altri settori (economici, sociali e territoriali);
- di unificare l'organizzazione sanitaria su base territoriale e funzionale;
- di assicurare la corrispondenza tra costi e benefici;
- di adottare il metodo della programmazione pluriennale e della partecipazione democratica;
- di determinare, sentiti i comuni interessati, gli ambiti territoriali delle unità sanitarie locali in coincidenza con quelli dei servizi sociali;
- di assorbire le funzioni già esercitate dagli uffici del medico e del veterinario provinciale e degli ufficiali sanitari e veterinari comunali o consortili;
- di coordinare con gli organi della sanità militare l'uso delle strutture ospedaliere militari in favore delle popolazioni civili in caso di calamità e l'uso dei servizi di prevenzione delle U.S.L. a favore dei militari.

Alle province spetta approvare, nello schema di piano regionale, la localizzazione dei servizi sanitari ed esprimere parere sulle delimitazioni territoriali; si tratta di una funzione ininfluyente ed accessoria, condizionata nel tempo fino alla riforma delle autonomie locali che deve restituire un ruolo a questo secolare istituto dipartimentale, la quale intende caratterizzare entro i confini delle circoscrizioni amministrative tradizionali i criteri di determinazione delle “zone territoriali” e che dovrebbe essere tecnicamente imperniata sugli elementi concreti in senso economico, etnico e sociologico della omogeneità.

Le funzioni amministrative residue, in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera ma anche in tutto il settore dell'igiene e della sanità pubblica coordinatamente al settore dell'assistenza sociale, sono attribuite ai comuni in forma singola o associata, mediante le unità sanitarie locali, fatto però salvo:

il potere proprio del sindaco quale autorità sanitaria locale, ai sensi della legge comunale, per i provvedimenti urgenti e indifferibili per la salvaguardia dell'igiene e sanità nel territorio di giurisdizione;

- il potere di ordinanza contingibile e urgente del Ministro della Sanità, anche per la polizia veterinaria, con efficacia estesa all'intero territorio nazionale o a una fascia
- interregionale;
- il potere del presidente della giunta regionale nelle medesime materie e per l'intero o parte, comprendente più comuni, territorio regionale;
- le attività d'istituto delle forze armate per le ordinanze, gli accertamenti preventivi, d'istruttoria e di esecuzione di provvedimenti che ricadono sotto la responsabilità
- dell'autorità competenti;

- i poteri degli organi statali preposti alla tutela dell'ordine pubblico;
- il dovere di assicurare la partecipazione sociale in tutte le fasce di programmazione, di gestione e di controllo di rispondenza dei piani alle finalità del servizio.

Le prestazioni assistenziali sono classificate secondo la dimensione territoriale-demografica, la consistenza dei servizi e dei presidi, la probabilità di frequenza e di uso, e sono assegnate a tre istituzioni. I servizi di primo livello e di pronto intervento sono erogati dal distretto sanitario di base, mentre alla gestione dei compiti previsti dal S.S.N. provvedono i comuni per mezzo dell'unità sanitaria locale.

La legge regionale, infine, individua i presidi e i servizi sanitari ospedalieri ed extra-ospedalieri che, per le finalità perseguite e per le caratteristiche specialistiche svolgono attività prevalentemente rivolte a territori la cui estensione includa più di una unità sanitaria locale ed individua anche analoghi "servizi multizonali" di prevenzione in relazione all'ubicazione ed alla consistenza degli impianti industriali ed alle peculiarità dei processi produttivi agricoli, artigianali e di lavoro a domicilio.

Sono inoltre considerati presidi ospedalieri "multizonali", per la sola parte assistenziale, gli istituti che insieme a prestazioni di ricovero e cura svolgono specifiche attività di ricerca scientifica biomedica o Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico riconosciuti con decreto del Ministro della sanità.

I servizi "multizonali" sono definibili in base all'esperienza ed alle caratteristiche del bacino d'utenza, alla specializzazione ed alla frequenza delle prestazioni erogate ed alla peculiarità dei rischi lavorativi nei casi dei centri di igiene e medicina del lavoro, mentre speciale cura è riservata alle attività di rilievo interregionale.

È riservata infine al Ministro della sanità, d'intesa con le regioni e sentito il consiglio sanitario nazionale, la definizione tipologica degli standards qualitativi e quantitativi e della soglia minima di utenza per le funzioni "multizonali" che si allargano oltre l'ambito di una singola regione come è riservato, ad accordi tra le regioni, l'impianto di nuovi presidi o servizi.

L'unità sanitaria locale, U.S.L. L'unità sanitaria locale (U.S.L.), modello amministrativo privo di propria personalità giuridica organizzato nel territorio, poiché affidatari dei compiti del S.S.N. sono i comuni e le comunità montane, è lo strumento per la gestione unitaria della tutela della salute.

Più propriamente, questo presidio di protezione globale della salute è collocato a livello dell'intervento sanitario di base, con funzioni eminentemente preventive, di medicina sociale e di educazione sanitaria in modo da riassumere in una unica struttura tutte le competenze e tutte le funzioni sanitarie ripartite a livello locale.

Già nel 1967, nei documenti propositivi per la riforma sanitaria di base è descritta come unità territoriale dei servizi sanitari di base, riguardanti la prevenzione, la cura e la riabilitazione, la cui dimensione è rapportata ai criteri della consistenza demografica, della conformazione socio-territoriale, dei limiti di efficienza e dei costi dei servizi. Sotto il profilo della configurazione giuridica prevalgono, invece i criteri di utilizzazione delle strutture organizzative del Comune, della rappresentatività democratica nella gestione e della riserva alla dimensione provinciale e a quella regionale dei servizi sanitari cosiddetti di secondo e terzo livello.

Questa specie di codice dei moduli fondamentali della riforma, che dovrà sostituire l'impianto del sistema assicurativo-mutualistico con quello della sicurezza sociale, viene in certo modo omologato nel 1969 dal ministero della sanità con uno schema che ipotizza la U.S.L.:

- come governo di espressione dei poteri degli enti locali, che restano pertanto gli attori della volontà giuridica;
- come articolazione periferica del S.S.N. per assicurare nel territorio gli
- interventi di qualsiasi tipo finalizzato alla protezione globale della salute;
- come unità, e quindi non un ente, o corpo dotato di dimensione territoriale e di un contingente di popolazione;
- come elementi, cioè, ripetibili in distretti (ai quali fanno capo gli ambulatori poli-specialistici) e condotte (sub-unità che assicurano il servizio di assistenza medico-generica e farmaceutica);
- come elementi sovradimensionati, con legge regionale, per la gestione delle attività di sanità pubblica a livello superiore, in modo da formare una piramide di funzioni dello stesso ordine del settore ospedaliero (funzioni regionali, provinciali e zonali, le maggiori integrative delle minori e, viceversa, quelle di base operative anche per le superiori).

È però dopo un decennale largo dibattito di proposte politiche e tecniche promosse dai partiti, dalle organizzazioni sindacali, dalle commissioni di studio e dopo una fioritura di progetti legislativi, che la legge

833 definisce l'unità sanitaria locale mediante un fascio di linee strutturali coordinate secondo:

- un complesso dei presidi, uffici e servizi;
- i comuni, singoli o associati, e le comunità montane;
- un ambito territoriale determinato;
- assolvono ai compiti del S.S.N.;
- la sub-articolazione in distretti sanitari di base, o strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento;
- soggetta alla più ampia partecipazione degli operatori della sanità, delle formazioni sociali e dei cittadini, in tutte le fasi della programmazione delle attività e della gestione sociale dei servizi, del controllo della loro funzionalità rispondenza alle finalità del S.S.N. ed agli obiettivi dei piani regionali;
- integrata con i servizi sociali esistenti nel territorio.

In termini di organigramma si tratta di una dimensione o misura quantitativa, sia totale che articolata, di strutture variamente classificate, strumentali rispetto agli enti autarchici o disposti a consentirne il raggiungimento di specifici fini, distribuite nel territorio, per funzioni di secondo e di primo livello gestite con partecipazione democratica sotto il profilo dei programmi, delle operazioni e dei controlli.

L'ambito territoriale di attività della U.S.L. è delimitato: di regola per gruppi tra i 50 e i 200 mila abitanti, tenuto conto delle caratteristiche geo-morfologiche e socio-economiche della zona, a seconda che la popolazione sia particolarmente concentrata o sparsa.

Tra le sue competenze l'unità sanitaria provvede:

- all'educazione sanitaria, sia in assoluto che mediante la partecipazione degli utenti all'attuazione dei servizi;
- all'igiene ambientale;
- alla prevenzione, individuale e collettiva, delle malattie fisiche e psiche;
- all'assistenza (materno-infantile, scolastica, pediatrica, del lavoro, dello sport, medico-generica, specialistica, infermieristica, ambulatoriale e domiciliare, ospedaliera, farmaceutica);
- alla riabilitazione;
- alla polizia veterinaria;
- alle prestazioni medico-legali;
- all'igiene della produzione e del commercio degli alimenti e delle bevande;
- alla compilazione del libretto sanitario personale, che riporta i dati caratteristici principali della salute dell'assistito, esclusi i provvedimenti relativi a trattamenti sanitari obbligatori, rigorosamente coperti dal segreto professionale, su modello approvato con decreto ministeriale comprendente anche le indicazioni relative all'eventuale esposizione a rischi in relazione alle condizioni di vita e di lavoro.

La legislazione regionale di attuazione delle unità locali si è ovviamente comportata in parte con rigida uniformità, rispetto sia alla generale norma derivativa che alle singole istituzioni autonome, ed in parte ha innovato entro un campo di prevedibili varianti contenute tra i limiti e le deroghe, le proiezioni, gli adeguamenti e le petizioni di principio consentite dalla legge statale.

Riguardo all'identificazione territoriale le 672 unità sanitarie risultano in genere coincidenti con le comunità montane o con le associazioni di comuni e solo in pochi casi con un comune o con le circoscrizioni comunali e risultano proporzionate in conformità alla geo-morfologia di ogni singola regione per cui:

- il 32% (n. 215) servono meno di 50.000 abitanti;
- il 40% (n. 274) servono tra i 50 e i 100.000 abitanti;
- il 19% (n.120) servono tra i 100 e i 200.000 abitanti;
- il 9% (n.63) servono oltre i 200.000 abitanti.

L'aspetto più delicato tocca l'individuazione dei soggetti e le modalità della partecipazione, distribuite a livello tanto di unità che di distretto; ma la casistica è così fitta che non consente tipologie se non per grosse categorie, quali: rispetto ai soggetti: gli enti locali, i consigli di quartiere, le università, le formazioni sociali democratiche, i rappresentanti degli interessi originari degli ospedali, le organizzazioni sindacali, professionali e culturali, gli operatori sanitari, gli organi collegiali della scuola, i cittadini, gli utenti o le collettività; rispetto alle funzioni: la consultazione sugli indirizzi, la proposta di programmi e di piani, la verifica o controllo di gestione, dei risultati e di efficacia.

Per l'organizzazione dei servizi socio-assistenziali è uniformemente previsto, allo stato di azione tendenziale

e fino alla riforma dell'assistenza pubblica, che si debba provvedere anche gli interventi rivolti alla tutela sociale, in particolare di prevenzione e di sostegno ai soggetti in età evolutiva, anziani, emarginati, inabili, handicappati, comunque sollecitati dalle esigenze locali.

LA RIFORMA DELLA PSICHIATRIA

GLI ANNI 80' E 90'

La legge 883 aveva bisogno di un forte consenso politico e sociale per essere approvata.

Nonostante ciò la legge del 1978 trovò subito ostacoli per la sua concreta applicazione a causa della carenza nell'impianto legislativo (per l'incapacità della componente politica e di quella tecnica di arrivare a decisioni comuni).

Negli anni 80 emergono i primi ingenti buchi di carattere finanziario, nella maggior parte dei casi ereditati dagli enti soppressi.

Altro problema di fondo della riforma è rappresentato dalle liste d'attesa, molto lunghe per ogni servizio offerto dal sistema, che creano il fenomeno del clientelismo portando allo scontento dei cittadini.

Nonostante tutti questi problemi il SSN riesce a raggiungere ottimi risultati soprattutto grazie alle regioni che allargano ai settori socio-sanitari e socio-assistenziali le competenze delle Ulss.

In questi anni vengono emanate piccole leggi di modifica della 883 al fine di eliminare alcune distorsioni del sistema.

La più importante novità è rappresentata dai ticket, istituiti per frenare una spesa sanitaria e un consumo che si stanno facendo sempre più pesanti.

Questi provvedimenti non riescono a smuovere l'opinione pubblica, che rimane dell'idea che il servizio sanitario sia uno dei fattori principali del dissesto finanziario nel quale si trova il paese.

Da questi presupposti comincia a prendere forma, nelle menti di molti politici e economisti importanti l'idea di una politica sanitaria "americana" con lo slogan "Meno stato, più mercato".

Questa idea porta il governo, nel 1987, alla presentazione di un progetto di legge, volto a modificare il precedente disegno di legge del 1978, incentrato sull'introduzione del concetto di "aziendale" nella sanità, sull'azione di scorporamento dei grandi ospedali e di trasformazione delle Usl in aziende autonome finanziate dalle Regioni con il contributo integrativo dello Stato.

Negli anni 90 prende vita il suo progetto di trasformazione del SSN in un "mercato sociale" dove esistono i produttori (gli ospedali) e gli acquirenti dei servizi (Usl); tale idea sarà la base del decreto legislativo 502 del 1992 emanato sotto lo stesso ministro De Lorenzo.

Prima della istituzione del Servizio sanitario nazionale, le prestazioni di rilievo sanitario venivano erogate essenzialmente al livello comunale.

Nell'allora prevalente assetto di gestione indiretta dell'assistenza sanitaria, i Comuni riuscivano infatti a ritagliarsi uno spazio autonomo di intervento attraverso il rapporto privilegiato con gli ospedali privati sorti e retti dalle istituzioni di carità; anche nelle forme residuali di assistenza diretta, d'altronde, era principalmente attraverso i Comuni che lo Stato provvedeva ad erogare prestazioni a favore degli indigenti o dei soggetti affetti da talune malattie sociali.

Anche quando, con la cosiddetta "riforma Mariotti" si procedeva alla trasformazione degli ospedali da opere pie ad enti pubblici, ai Comuni veniva riservata una responsabilità diretta in relazione ai cosiddetti "ospedali di zona".

La legge del 1978 attribuiva alle Regioni una limitata competenza legislativa attuativa-integrativa di quella nazionale, poche competenze proprie (tra cui la predisposizione del piano sanitario regionale e la determinazione degli ambiti territoriali delle unità sanitarie locali¹⁶⁰) e alcune competenze delegate dallo Stato, da esercitarsi comunque mediante delega ai Comuni¹⁶¹. Molto limitate erano anche le funzioni attribuite alle Province.

Nella convinzione che solo una riforma organica del modello comunale di gestione della sanità avrebbe potuto migliorare l'efficienza del sistema, l'approvazione della cd. "riforma-bis" della sanità ha rappresentato il primo organico tentativo di porre al centro dello scenario sanitario locale la Regione: titolare della funzione legislativa e amministrativa in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, responsabile della programmazione sanitaria regionale e interfaccia dei livelli erogativi delle prestazioni

anche per quanto attiene alla determinazione dei criteri di finanziamento, la Regione si affermava infatti come il livello territoriale di riferimento nell'organizzazione e nella concreta gestione del servizio sanitario. Nello specifico, rientravano nella competenza delle Regioni le linee dell'organizzazione dei servizi e delle attività destinate alla tutela della salute, i criteri di finanziamento delle USL e delle aziende ospedaliere, le attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle USL ed aziende, anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie. In questo senso, si è individuato nella Regione il vero titolare del servizio pubblico di assistenza sanitaria.

L'USL, da struttura operativa dei Comuni, si trasformava in azienda con riconoscimento di personalità giuridica pubblica.

L'aziendalizzazione delle USL era finalizzata ad evitare che si reiterasse una politicizzazione delle nuove strutture sanitarie locali, destinata ad ostacolare il perseguimento di quegli obiettivi di razionalizzazione delle risorse disponibili che erano alla base della riforma-bis della sanità.

Lo schema di riferimento prescelto, pertanto, non era modulato sulla base di un assetto democratico rappresentativo politicamente dipendente dalla Regione, bensì sulla base di un sistema tecnocratico e monocratico in cui le logiche politiche venivano, almeno in via di principio e di diritto, a essere vincolate al rispetto di determinati requisiti di efficienza ed efficacia gestionale.

L'AZIENDALIZZAZIONE

L'introduzione del principio di aziendalizzazione nel Servizio sanitario nazionale risale al riordino del 1992 e trova origine nelle già accennate difficoltà incontrate dal modello collegiale delle USL come strutture operative dei Comuni.

Il principale compito delle aziende sanitarie è quello di assicurare l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria per conto della Regione, ciò che rende le stesse aziende sanitarie soggetti dotati di una funzione (mission) costituzionalmente insopprimibile.

Le aziende ospedaliere¹⁸⁸, a differenza delle aziende USL, erogano soltanto prestazioni specialistiche, ospedaliere e di riabilitazione e non hanno un ambito territoriale di riferimento e di utenza predeterminata. Ulteriore differenza è data dal sistema di finanziamento.

Con la razionalizzazione del 1998-1999, la conferma della personalità giuridica di diritto pubblico delle aziende sanitarie è accompagnata dall'assorbimento delle sei autonomie originariamente previste (organizzativa, amministrativa, patrimoniale, gestionale, tecnica e contabile) nell'unica e pregnante autonomia imprenditoriale.

Organi dell'azienda sanitaria sono il direttore generale e il collegio sindacale. Il primo è nominato dalla Regione in presenza di requisiti obiettivi di professionalità (esperienza dirigenziale e diploma di laurea) e il suo rapporto di lavoro, che dev'essere esclusivo, è regolato da un contratto di diritto privato della durata minima di tre e massima di cinque anni.

Il direttore generale, sul modello del management privato, ha tutti i poteri di gestione (formula peraltro da contemperarsi con quella, introdotta nel 1999, secondo cui egli ha la responsabilità complessiva della gestione) e deve assicurare l'equilibrio economico dell'azienda, sia essa USL, ospedaliera o ospedaliero-universitaria.

Tra i compiti e le responsabilità attribuitigli si segnalano la nomina dei responsabili delle strutture operative e l'adozione dell'atto aziendale di diritto privato.

Il direttore generale nomina inoltre un direttore sanitario e un direttore amministrativo, che lo coadiuvano, ciascuno per il settore di competenza.

Il Collegio sindacale, composto di cinque membri, ha poteri di ispezione e controllo anche di tipo economico (efficienza aziendale ed efficienza delle strategie), vigila sull'osservanza della legge e sulla regolare tenuta della contabilità e dei bilanci.

L'atto aziendale è la massima espressione della capacità di diritto privato delle aziende sanitarie e, nel rispetto degli indirizzi regionali, determina l'organizzazione e il funzionamento dell'azienda, dando pratica attuazione all'autonomia imprenditoriale.

A seconda della specificità o meno degli indirizzi regionali varia il grado di predeterminazione dei contenuti degli atti aziendali e conseguentemente la reale autonomia aziendale.

La legge statale fissa, in via generale, i principi di organizzazione dei servizi sanitari aziendalizzati, individuando nel dipartimento e nel distretto le due tipologie di riferimento e prevedendo l'istituzione in

ciascuna azienda del dipartimento di prevenzione.

L'organizzazione dipartimentale costituisce il modello ordinario di gestione operativa; che cosa sia il dipartimento non è però predefinito a livello statale (lasciando spazio in tale ambito all'autonomia regionale e, a seconda dei contenuti di questa, aziendale).

Il distretto è l'organizzazione territoriale dell'azienda USL che assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie.

Dotato di autonomia tecnica, gestionale ed economico-finanziaria, il distretto è soggetto a rendicontazione analitica con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale, valuta i bisogni e definisce i servizi necessari relativi ai livelli essenziali di assistenza distrettuale, garantendo alla popolazione di riferimento l'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie; è diretto da un direttore di distretto, responsabile delle risorse assegnate e dell'integrazione tra i servizi e della continuità assistenziale.

Il dipartimento di prevenzione è la struttura operativa preposta all'erogazione di prestazioni e servizi relativi alla sanità pubblica, alla tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro e di sanità pubblica veterinaria, è dotato di autonomia organizzativa e contabile, organizzato in centri di costo e di responsabilità, soggetto a rendicontazione analitica e contabilità separata all'interno del bilancio aziendale.

LA LEGGE 502 DEL 1992 E LA LEGGE 517 DEL 1993

Le premesse della riforma. Negli anni 80 alla domanda crescente di tutela della salute fu risposto in modo illuministico, all'insegna del "tutto, gratuito e subito": ma la spesa corrente per il funzionamento del SSN triplicò il proprio bilancio nel giro di pochi anni.

Ciò permise alle forze politiche contrarie alla riforma di iniziare un'offensiva politica, ispirandosi al modello tatcheriano "meno stato, più mercato" e allo slogan "fuori i politici dalla sanità".

I difetti principali della L. 833 erano: la mancanza di strumenti di governo per i dirigenti e gli operatori per poter servire al meglio la collettività, nel rapporto complesso e difficile tra Enti Locali e USL, nella confusione di ruolo tra organo politico di direzione delle USL (Comitato di Gestione) ed organi tecnici.

C'era la necessità di un riordino del sistema sanitario per poter eliminare tali difetti e per ridurre l'eccessiva spesa sanitaria che aveva provocato grossi buchi finanziari per lo Stato. Un avvicinamento al riordino del sistema sanitario venne effettuato dalla legge 30/12/1991 n. 412 di accompagnamento alla legge finanziaria per l'anno 1992.

I più rilevanti aspetti innovativi riguardavano: l'affidamento al Governo con effetto 1/1/92 della determinazione dei livelli di assistenza sanitaria per assicurare condizioni di uniformità su tutto il territorio, la responsabilizzazione delle Regioni per la ristrutturazione della rete ospedaliera operando le trasformazioni di destinazione, gli accorpamenti e le disattivazioni necessarie; in caso di spesa sanitaria superiore a quella parametrica correlata ai livelli obbligatori d'assistenza, non compensata da minori spese in altri settori, le Regioni devono fronteggiare la situazione con il ricorso alla propria ed autonoma capacità impositiva; il regime di incompatibilità per il personale del SSN.

Quanto appena detto insieme alla crisi economica mondiale del 1992, che in Italia fu anche accompagnata dallo scoppio di Tangentopoli, portò il governo a varare, sul finire dell'anno, una imponente manovra economica tra cui figurava l'approvazione della legge delega 23 ottobre 1992 n. 421 che all'art. 1 prevedeva il riordino della disciplina in materia di sanità. Fu adottato quindi il decreto 30 dicembre 1992 n. 502 che apportò una revisione della legge 833 talmente profonda da essere definita la "riforma della riforma".

La riforma della riforma. I principi fondamentali di "globalità" ed "universalità" del diritto alla tutela della salute sanciti con la legge 833/78, non sono stati messi in discussione con le norme di razionalizzazione introdotte con i Decreti Legislativi 502/92 e 517/93, che tuttavia modificano profondamente la natura giuridica delle USL, la loro "territorializzazione", le loro competenze in riferimento alla materia socio-assistenziale, l'impianto organizzativo, le modalità di finanziamento.

Le principali modifiche introdotte con questo decreto legislativo sono state:

- l'attribuzione allo Stato compiti di pianificazione in materia sanitaria, da attuarsi mediate l'approvazione del Piano Sanitario Nazionale triennale;
- l'individuazione da parte dello stato dei "livelli uniformi di assistenza" sanitaria che debbono essere obbligatoriamente garantiti dal SSN ai cittadini aventi diritto, e definisce annualmente, nel contesto delle leggi finanziarie,

- l'ammontare complessivo delle risorse attribuibili al finanziamento delle attività sanitarie; altre prestazioni sanitarie, non previste dai livelli uniformi di assistenza e comunque costi esorbitanti i finanziamenti previsti debbono essere eventualmente finanziati con risorse delle Regioni;
- la forte regionalizzazione della sanità: alle Regioni sono attribuite funzioni rilevanti nel campo della programmazione sanitaria, nel finanziamento e nel controllo delle attività sanitarie gestite dalle Aziende, nel governo di attività di igiene pubblica anche in raccordo con la neocostituita ARPA (Azienda Regionale per la Protezione Ambientale);
- le aziende USL non sono più strumenti operativi dei Comuni singoli od associati, ma aziende regionali con propria personalità giuridica ed autonomia organizzativa, amministrativa e patrimoniale;
- un nuovo sistema di finanziamento dell'assistenza sanitaria basato sulla remunerazione delle prestazioni effettuate, a tariffe predeterminate dalle Regioni.
- la separazione ai fini contabili e finanziari degli interventi sanitari da quelli socio-assistenziali: le funzioni sanitarie sono a carico dell'Azienda Sanitaria, mentre quelli socio-assistenziali sono di competenza degli Enti Locali; le Aziende Sanitarie possono gestire interventi socio-assistenziali soltanto a seguito di delega da parte degli Enti Locali.

Sicuramente uno dei punti principali del decreto è stata l'aziendalizzazione delle USL e l'istituzione di aziende ospedaliere autonome, per rendere più efficiente la gestione delle risorse.

Ciò fu possibile grazie all'autonomia organizzativa, amministrativa e patrimoniale attribuita alle Aziende Sanitarie (distinte in Aziende USL - ora ASL - Azienda Sanitaria Locale - e ASO - Azienda Sanitaria Ospedaliera), che vengono affidate alla direzione "manageriale" di un Direttore Generale, nominato dalla Giunta Regionale.

Il Direttore Generale sottoscrive un contratto quinquennale con l'amministrazione regionale con il quale si impegna a perseguire gli obiettivi indicati dal Piano Sanitario Regionale e specificamente attribuiti alle singole Aziende Sanitarie.

Il Decreto Legislativo 502/92 prevede inoltre una diversa delimitazione del territorio delle Aziende Sanitarie Locali, che possono coprire quello corrispondente ad una Provincia. Le ASL debbono articolarsi in Distretti Sanitari, realtà spesso coincidente con il territorio delle precedenti USL, dotata di autonomia organizzativa e gestionale e sede dei processi di conoscenza della domanda sanitaria, dell'erogazione delle prestazioni di primo livello, di partecipazione e di integrazione della domanda e delle prestazioni sanitarie con i bisogni e le offerte di servizi socio-assistenziali ed educativi.

Altri punti importanti di tale decreto sono:

- il superamento, con strutture sanitarie private e con l'introduzione del sistema dell'accreditamento, dell'istituto delle "convenzioni" (ai fini dell'accreditamento, verranno definiti, con un atto di indirizzo e coordinamento emanato d'intesa con la Conferenza Stato-regioni, sentito il parere del Consiglio Superiore di Sanità, i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie e la periodicità dei controlli sulla permanenza degli stessi);
- le ASL intratterranno con le strutture accreditate appositi rapporti fondati sulla corresponsione di una tariffa predeterminata, sulla definizione delle modalità di pagamento e sulle verifiche della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate;
- viene introdotta la facoltà di libera scelta da parte dell'assistito della struttura sanitaria (pubblica o privata) accreditata e del professionista erogante la prestazione.

L'Art. 14 di tale decreto introduce infine disposizioni finalizzate a "garantire il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini utenti del SSN".

Per questo fine, è previsto:

- la definizione dei contenuti e delle modalità di utilizzo di "indicatori di qualità" delle prestazioni sanitarie relativi alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, le prestazioni alberghiere, l'andamento delle attività di prevenzione;
- la promozione da parte delle regioni di momenti di consultazione dei cittadini e delle loro organizzazioni al fine di fornire e raccogliere informazioni sull'organizzazione dei servizi;
- la realizzazione da parte delle Aziende sanitarie di un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate, sulle modalità di accesso e sulle tariffe; inoltre, i Direttori Generali, annualmente, convocano un'apposita Conferenza dei Servizi aperta alla popolazione per verificare l'attuazione degli obiettivi di sviluppo che l'azienda sanitaria si è data;

- possibilità di presenza ed attività, nell'ambito delle strutture sanitarie, degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti.
- Inoltre gli organi previsti dal decreto 502/92 sono:
- un Direttore Generale;
- un Sindaco o la Conferenza dei Sindaci;
- il rapporto pubblico-privato è ricondotto all'interno della programmazione regionale.

LA LEGGE 229 DEL 1999

Nel 1996 le elezioni di aprile portano al potere un governo di centro sinistra, che decide di riformare nuovamente la sanità.

Tale discussione si protrae nel tempo e solamente nel 1998 viene promulgata la legge n. 419 "Delega al governo per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo n. 502/1992", che porterà al decreto legislativo 19 giugno 1999 n. 229 "Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998 n. 419".

Tale decreto legislativo conosciuto anche come leggi Bindi o Riforma-ter, che mantiene inalterati i punti cardine della legge 833 del 1978, punta alla razionalizzazione dell'impianto organizzativo del sistema sanitario spingendolo verso principi di efficienza, qualità ed equità.

I punti principali del decreto sono:

- La conferma dei principi fondamentali della legge 833 del 1978 infatti l'art. 2 del D.Lgs. 229 del 1999 riporta che: *"Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso risorse pubbliche e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse"*.

- L'assegnazione di un nuovo ruolo per il Servizio Sanitario Nazionale che assume funzioni di controllo e di coordinamento dei servizi sanitari a livello regionale; con lo Stato quindi posto a garante dei livelli essenziali di assistenza mentre le regioni come garanti del sistema di garanzie di promozione della salute e di prevenzione, cura e riabilitazione nei livelli essenziali di assistenza.

- L'istituzione di una Commissione nazionale per la formazione continua (ECM), tale formazione comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente per ogni operatore sanitario in modo tale da adeguare le conoscenze per tutto l'arco della sua vita professionale.

Infatti, l'Art. 16-bis comma 1 del decreto riporta: *"la formazione continua comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente."*

L'aggiornamento professionale è l'attività successiva al corso di diploma, laurea, specializzazione, formazione complementare, formazione specifica in medicina generale, diretta ad adeguare per tutto l'arco della vita professionale le conoscenze professionali.

La formazione permanente comprende le attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali ed i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza alla assistenza prestata dal Servizio sanitario nazionale" mentre il comma 2 dice che: *"la formazione continua consiste in attività di qualificazione specifica per i diversi profili professionali, attraverso la partecipazione a corsi, convegni, seminari, organizzati da istituzioni pubbliche o private accreditate ai sensi del presente decreto, nonché soggiorni di studio e la partecipazione a studi clinici controllati e ad attività di ricerca, di sperimentazione e di sviluppo"*.

- L'introduzione del principio dell'appropriatezza per l'erogabilità dei servizi da parte del SSN, disciplinato dall'Art. 15-decies del decreto che recita al comma 1, *"i medici ospedalieri e delle altre strutture di ricovero [...] quando prescrivono o consigliano medicinali o accertamenti diagnostici a pazienti all'atto della dimissione o in occasione di visite ambulatoriali, sono tenuti a specificare i farmaci e le prestazioni erogabili con onere a carico del Servizio sanitario nazionale"* e al comma 2, *"si applicano anche ai sanitari di cui al comma 1 il divieto di impiego del ricettario del Servizio sanitario nazionale per la prescrizione di medicinali non rimborsabili dal Servizio, nonché le disposizioni che vietano al medico di prescrivere, a carico del Servizio medesimo, medicinali senza osservare le condizioni e le limitazioni previste dai provvedimenti della"*

Commissione unica del farmaco, e prevedono conseguenze in caso di infrazione”.

- L'introduzione dell'atto aziendale di diritto privato per quanto riguarda l'organizzazione e il funzionamento delle unità sanitarie locali, menzionato nell'Art. 3 di cui il comma 1-bis recita: *“in funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione e funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri stabiliti con la legge regionale di cui all'articolo 2, comma 2-sexies. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica”*

- Il rafforzamento del potere del direttore generale e la specificazione del potere e delle competenze dei direttori sanitario e amministrativo, disciplinato dall'Art 3-bis.

- L'introduzione del collegio sindacale, organo di controllo che sostituisce le funzioni svolte dal collegio dei revisori, con compiti di amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico e di vigilanza sull'osservanza della legge, Art 3-ter.

- Il potenziamento del distretto, che attraverso l'articolazione in distretti dell'unità sanitaria locale, che assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie, Art 3-quater-quinquies-sexies.

-La promozione della ricerca scientifica, Art 12-bis.

-L'accreditamento istituzionale disciplinato dall'Art. 8-quarter di cui il comma 1 recita, *“l'accreditamento istituzionale è rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private ed ai professionisti che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti”.*

Il D.Lgs. n. 229/1999 ha introdotto ulteriori norme per accentuare la connotazione aziendalistica delle aziende sanitarie:

- autonomia imprenditoriale con la quale trova affermazione la più ampia forma di autonomia giuridica (come quella goduta dalle persone fisiche e giuridiche, secondo i dettami del codice civile) ovvero quella di
- perseguire i propri interessi, sfruttando gli strumenti e l'organizzazione imprenditoriale
- organizzazione e funzionamento definiti con atto aziendale di diritto privato
- appalti o contratti per le forniture di beni e servizi, il cui valore sia inferiore a quello stabilito dalla normativa comunitaria in materia, definiti direttamente secondo le norme del diritto privato
- attività orientata a criteri di efficacia, efficienza ed economicità con rispetto del vincolo di bilancio attraverso l'equilibrio di costi e di ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie
- il rafforzamento del ruolo dei Comuni nella fase di programmazione e anche di controllo: la concertazione con gli Enti Locali si sviluppa a vari livelli con particolare riferimento alla stesura del Piano Sanitario Nazionale, del Piano Sanitario Regionale, dei Piani Attuativi Locali e del Programma delle Attività Territoriali
- l'articolazione in Distretti delle Aziende USL, con indicazione alle Regioni di individuare gli ambiti territoriali di riferimento garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo deroghe in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente
- l'integrazione socio-sanitaria mediante percorsi assistenziali integrati che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale ed attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative
- l'istituzione dei fondi integrativi sanitari che sono destinati a potenziare l'erogazione di prestazioni aggiuntive ovvero superiori ai livelli di assistenza garantiti dal SSN
- la riforma della dirigenza sanitaria senza suddivisione in livelli, ma collocata in unico ruolo distinto per profili professionali e con un rapporto di lavoro caratterizzato dall'esclusività tra professionista e SSN
- le sperimentazioni gestionali attraverso l'articolazione di veri e propri programmi aventi ad oggetto nuovi modelli di gestione che prevedono forme di collaborazione tra strutture del SSN e soggetti privati, anche mediante la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato (la

partecipazione societaria dei privati non può superare la soglia del 49% e sono esclusi subappalti a terzi estranei alla sperimentazione per la fornitura di servizi connessi all'assistenza alla persona)

LE PRINCIPALI NORME SUCCESSIVE ALLE TRE RIFORME

Il Decreto legislativo n. 517/1999. Pochi mesi dopo la “riforma della riforma” del Decreto Legislativo n. 229, viene emanato un nuovo Decreto Legislativo, n. 517 del 21 dicembre 1999, col quale si ridefiniscono in parte i rapporti tra il Servizio Sanitario Nazionale e l'Università.

Il fine è quello di precisare e migliorare la cooperazione tra il Servizio Sanitario Nazionale e i Policlinici Universitari.

Questo Decreto, in sintesi, prevede:

- La stipula di protocolli di intesa tra Regioni ed Università per definire le linee generali della partecipazione delle Università alla programmazione sanitaria regionale, i volumi ottimali di attività, i posti letto, le strutture assistenziali, i criteri per l'adozione dell'atto aziendale di diritto privato;
- Il riconoscimento delle aziende ospedaliero – universitarie come strutture attraverso le quali si realizza la collaborazione;
- L'organizzazione di tali aziende in Dipartimenti, Strutture Complesse e Strutture Semplici; l'individuazione del Direttore Generale, del Collegio Sindacale e dell'Organo di indirizzo, quali organi delle aziende ospedaliero – universitarie. L'Organo di indirizzo è una novità; esso sovrintende all'attività dei cosiddetti “Dipartimenti ad attività integrata” – attività assistenziale ed attività didattica – proponendo misure per assicurare la coerenza di queste due attività con la relativa programmazione generale;

La presenza nel Collegio di Direzione anche dei Direttori dei Dipartimenti ad attività integrata.

Il Decreto legislativo n. 254/2000. Con questo ulteriore Decreto, che integra e corregge il Decreto Legislativo 229 si stabilisce, fra l'altro, il compito per le Regioni di programmare la realizzazione di strutture sanitarie per l'attività libero professionale intramuraria.

Viene anche prorogato al 31 luglio 2003 l'uso degli studi professionali privati per questa attività. Viene stabilito, infine, che il responsabile di struttura complessa si chiami “Direttore” ed il responsabile di struttura semplice si chiami “Responsabile”.

IL NUOVO TITOLO V DELLA COSTITUZIONE

La riforma del Titolo V della Costituzione, intervenuta con la legge n. 3/2001, nel ridefinire all'articolo 117 le competenze di Stato e regioni, ha ridisegnato anche le competenze in materia sanitaria.

I principi su cui si fonda il nostro Servizio sanitario nazionale sono: l'unitarietà dei livelli di assistenza su tutto il territorio, l'equità d'accesso ai servizi per tutti i cittadini e la solidarietà fiscale quale forma fondamentale di finanziamento del sistema. Tali principi sono attuati mediante l'erogazione delle prestazioni e dei servizi ricompresi nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

I livelli essenziali di assistenza (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini con le risorse pubbliche in modo completamente gratuito o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket).

Le prestazioni e servizi ricompresi nei LEA sono erogati uniformemente su tutto il territorio nazionale (ad esempio: trattamenti oncologici, come l'adroterapia; prestazioni per la procreazione medicalmente assistita, etc.)

Ad oggi, i livelli essenziali di assistenza (LEA) sono definiti con DPCM, d'intesa con la Conferenza Stato-regioni.

Nel complesso il nuovo articolo 117 della Costituzione determina l'ampliamento delle materie di competenza esclusiva dello Stato, la soppressione della competenza concorrente tra Stato e Regioni e l'individuazione di materie di competenza legislativa regionale.

Viene ampliata la competenza esclusiva statale, in quanto la soppressione della competenza concorrente determina la redistribuzione delle materie tra competenza esclusiva statale e competenza regionale, con una preponderanza della prima.

Viene, inoltre, introdotta la “clausola di supremazia”, che consente alla legge dello Stato, su proposta del

Governo, di intervenire in materie non riservate alla legislazione esclusiva quando lo richieda la tutela dell'unità giuridica o economica della Repubblica, ovvero la tutela dell'interesse nazionale.

L'art. 117 della Costituzione stabilisce che lo Stato mantiene la competenza legislativa esclusiva in una serie di materie specificamente elencate, mentre il comma 3 dello stesso articolo decreta che le Regioni possono legiferare nelle materie di competenza concorrente, nel rispetto dei principi fondamentali definiti dallo Stato.

In realtà tale "concorrenza" ha perso il suo significato di complementarietà, configurando un'antitesi proprio sui principi fondamentali e generando un federalismo sanitario atipico e artificioso, non solo per le dinamiche istituzionali messe in campo (legislazione concorrente), ma anche per la sua genesi anomala visto che di norma i federalismi nascono da stati autonomi che si uniscono e non il contrario, come accaduto in Italia.

In altre parole, la riforma del Titolo V che – delegando a Regioni e Province autonome l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari – puntava ad un federalismo solidale, ha finito per generare una deriva regionalista, con 21 differenti sistemi sanitari dove l'accesso a servizi e prestazioni sanitarie è profondamente diversificato e iniquo.

A fronte di un diritto costituzionale che garantisce "universalità ed equità di accesso a tutte le persone" e alla L. 833/78 che conferma la "globalità di copertura in base alle necessità assistenziali dei cittadini", i dati smentiscono continuamente i principi fondamentali su cui si basa il SSN.

Infatti, le inaccettabili disuguaglianze regionali e locali documentano che l'universalità e l'equità di accesso ai servizi sanitari, la globalità di copertura in base alle necessità assistenziali dei cittadini, la portabilità dei diritti in tutto il territorio nazionale e la reciprocità di assistenza tra le Regioni rappresentano oggi un lontano miraggio.

Inoltre, la stessa attuazione dei principi organizzativi del SSN è parziale e spesso contraddittoria: infatti, la centralità della persona, la responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute, la collaborazione tra i livelli di governo del SSN, la valorizzazione della professionalità degli operatori sanitari e l'integrazione socio-sanitaria presentano innumerevoli criticità.

La riforma del 2001 avrebbe potuto rappresentare per le Regioni una straordinaria opportunità di autonomia organizzativa dei servizi sanitari: in realtà il processo federalista si è limitato ad una delega al controllo della spesa e non ha costituito un incentivo a riorganizzare i SSR con il duplice obiettivo di migliorare la qualità dei servizi (spendere meglio) e ridurre i costi (spendere meno).

Due le ragioni che verosimilmente hanno portato a sottovalutare l'opportunità delle autonomie regionali: da un lato l'eccessiva enfasi sul controllo della spesa sanitaria posta dallo Stato (dove il Ministero dell'Economia e Finanze ha preso il sopravvento su quello della Salute), dall'altro – salvo alcune lodevoli eccezioni – la limitata capacità delle Regioni nella (ri)organizzazione dei servizi sanitari.

Se in linea di principio le responsabilità della situazione attuale non possono essere attribuite esclusivamente all'impianto federalista, è indubbio che il sistema non ha funzionato anche a causa di un incerto senso di responsabilità e l'incapacità di alcune Regioni, a fare buona politica e buona gestione della sanità.

In queste molte regioni si assiste a un inaccettabile paradosso caratterizzato dalla coesistenza di livelli inadeguati di erogazione dei LEA, che contribuiscono alla mobilità sanitaria passiva, e deficit finanziario che genera aliquote IRPEF più elevate per i cittadini.

A fronte del malgoverno di alcuni SSR, lo Stato è intervenuto solo con lo strumento dei Piani di Rientro, assolutamente inadeguato per la riqualificazione dei servizi e la sostenibilità a medio-lungo termine, ma soprattutto non è stato in grado di intervenire in alcun modo sui fattori che condizionano il binomio cattiva politica/cattiva sanità.

Oggi da un punto di vista sanitario l'Italia si caratterizza come il Paese più eterogeneo d'Europa, con sacche di inefficacia, inefficienza, ingiustizia che in un federalismo disegnato male e gestito peggio sono destinate ad aumentare, di pari passo con le disuguaglianze.

I LEA

Con la riforma del Titolo V della Costituzione, spetta al Ministro della salute - sentita la Conferenza Stato-Regioni, con regolamento adottato di concerto con il Ministro dell'economia - fissare gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi, di cui ai livelli

essenziali di assistenza.

L'articolazione dei LEA in tre macro-aree di assistenza. Le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni comprese nei LEA si articolano in tre macro-aree di offerta:

1) l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro: al primo livello di assistenza sono attribuite le attività e le prestazioni erogate per la promozione della salute della popolazione.

In particolare, vi sono comprese le attività di prevenzione rivolte alla persona, quali vaccinazioni e screening, la tutela della collettività e dei singoli dai rischi sanitari negli ambienti di vita e dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro, la sanità pubblica veterinaria e la tutela igienico-sanitaria degli alimenti.

La struttura operativa dell'azienda USL preposta alla tutela della salute collettiva, alla prevenzione degli stati morbosi, al miglioramento della qualità della vita, attraverso la conoscenza e la gestione dei rischi per la salute negli ambienti di vita e di lavoro è rappresentata dal Dipartimento di prevenzione;

2) l'assistenza distrettuale: il secondo livello di assistenza comprende le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica convenzionata erogata attraverso la farmacie territoriali, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi (assistenza domiciliare integrata e assistenza programmata) ai servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, SERT, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, ecc.), dall'emergenza sanitaria territoriale alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche; attività sanitarie e sociosanitarie rivolte alle persone con problemi psichiatrici, ai soggetti con disabilità fisiche, psichiche o sensoriali, ai soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o da alcool, ai pazienti nella fase terminale, ai soggetti con infezione da HIV, attività sanitarie e sociosanitarie rivolte agli anziani non autosufficienti).

E' questo un settore di intervento che sta assumendo sempre maggiore rilievo: l'esigenza di ripensare la tradizionale sanità ospedalocentrica ha richiesto un potenziamento dei servizi alternativi al ricovero, tra cui, in particolare, le cure primarie e l'assistenza domiciliare.

Dal punto di vista delle cure primarie sono infatti in atto sul territorio nazionale sperimentazioni volte a promuovere l'associazionismo tra i medici di medicina di base e i pediatri di libera scelta al fine di garantire, con il consulto degli specialisti del settore, un'assistenza continuativa 24 ore su 24 e a carattere specialistico; tali iniziative di potenziamento delle cure primarie possono offrire consistenti vantaggi anche in termini di riduzione degli accessi inappropriati al pronto soccorso e al servizio territoriale di emergenza-urgenza.

Sotto il profilo dell'assistenza domiciliare, particolare rilievo assume l'assistenza domiciliare integrata (ADI), rivolta soprattutto agli anziani o ai pazienti in condizioni di notevole dipendenza sanitaria, e realizzata grazie alla collaborazione tra le aziende USL ed i Comuni e all'integrazione dei servizi sociali e sanitari necessari, sia sociali sia sanitari;

3) l'assistenza ospedaliera: il terzo livello di assistenza comprende le prestazioni erogate in regime ordinario e in day hospital o day surgery, sia nelle discipline per acuti, sia per la riabilitazione e la lungodegenza.

Sono inoltre comprese le prestazioni erogate in pronto soccorso e gli interventi di ospedalizzazione domiciliare.

Le regioni assicurano l'erogazione dell'assistenza ospedaliera avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché degli altri soggetti accreditati.

Le prestazioni ed i servizi sottoposti a tale regime sono individuati dallo stesso decreto di definizione dei LEA, con il quale si elencano le prestazioni e le attività che il S.s.n. non fornisce, o perché queste prestazioni non hanno come fine diretto la tutela della salute, o perché la loro efficacia non è sufficientemente provata in ambito scientifico o, ancora, perché il bilancio complessivo dei loro benefici in rapporto al costo risulta sfavorevole:

a) le prestazioni totalmente escluse dai LEA: sulla base delle predette valutazioni sono stati esclusi dai LEA: gli interventi di chirurgia estetica, la circoncisione rituale maschile, le medicine non convenzionali, le vaccinazioni eseguite in occasione di soggiorni all'estero, le certificazioni mediche richieste per un interesse prevalentemente privato (escluse quelle per la riammissione a scuola o al lavoro e quelle per l'attività sportiva effettuata nell'ambito della scuola), alcune prestazioni di fisioterapia ambulatoriale richieste per

problemi transitori o di scarso rilievo (tali prestazioni, tuttavia, restano incluse nei LEA quando organicamente inserite all'interno di un progetto riabilitativo individuale volto al recupero di disabilità importanti);

b) le prestazioni parzialmente escluse dai LEA: trattasi delle prestazioni che potranno essere fornite ai cittadini solo a condizione che venga rispettato il principio dell'appropriatezza clinica e organizzativa. In particolare, devono essere soddisfatte le seguenti condizioni: - che lo stato di salute del paziente sia tale per cui quella specifica prestazione può portare un effettivo beneficio (appropriatezza clinica); - che il regime di erogazione della prestazione (ricovero ordinario, day hospital, day surgery, ambulatorio) sia quello che garantisce l'uso più efficiente delle risorse in rapporto alle caratteristiche dell'intervento ed alle condizioni del paziente.

Nel merito, sono soggette a tali limitazioni le prestazioni di assistenza odontoiatrica e protesica, le prestazioni di densitometria ossea (MOC), le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa, la chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri. Spetta al Ministero della salute e/o alle Regioni, con successivi provvedimenti, individuare le condizioni ed i casi particolari nei quali il Servizio sanitario nazionale continuerà ad assicurare l'erogazione di tali prestazioni con oneri a carico del S.s.n.;

c) le prestazioni ad alto rischio di inappropriately: in questa categoria sono ricompresi 43 interventi e procedure "ad alto rischio di inappropriately" (organizzativa), cioè interventi troppo spesso eseguiti in ricovero ordinario quando, per la loro relativa semplicità di esecuzione, potrebbero essere eseguiti in day hospital o in day surgery (dalla decompressione del tunnel carpale, alla legatura e stripping di vene, all'asportazione delle tonsille e delle adenoidi). Per questi casi, spetta alle Regioni individuare un "valore percentuale/soglia di ammissibilità" ed adottare gli interventi opportuni per ricondurre il numero dei ricoveri entro la soglia stabilita.

PROGRAMMAZIONE SANITARIA STATALE - PIANO SANITARIO NAZIONALE

Il metodo della programmazione pluriennale costituisce un principio della materia "tutela della salute" nonché uno degli elementi qualificanti del S.s.n., in grado di orientare e coordinare gli obiettivi e l'attività dei diversi livelli istituzionali coinvolti nel garantire la tutela della salute.

A livello statale, il principale strumento di pianificazione è il Piano sanitario nazionale i cui principali contenuti sono:

- a) le aree prioritarie di intervento, anche ai fini di una progressiva riduzione delle disuguaglianze sociali e territoriali nei confronti della salute;
- b) i livelli essenziali di assistenza sanitaria da assicurare per il triennio di validità del Piano;
- c) la quota capitaria di finanziamento per ciascun anno di validità del Piano e la sua disaggregazione per livelli di assistenza;
- d) gli indirizzi finalizzati a orientare il Servizio sanitario nazionale verso il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, anche attraverso la realizzazione di progetti di interesse sovra regionale;
- e) i progetti obiettivi, adottati dal Ministro della salute con decreto di natura non regolamentare, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e con gli altri Ministri competenti per materia, d'intesa con la Conferenza unificata, da realizzare anche mediante l'integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali;
- f) le finalità generali e i settori principali della ricerca biomedica e sanitaria, prevedendo altresì il relativo programma di ricerca;
- g) le esigenze relative alla formazione di base e gli indirizzi relativi alla formazione continua del personale, nonché al fabbisogno e alla valorizzazione delle risorse umane;
- h) le linee guida e i relativi percorsi diagnostico-terapeutici allo scopo di favorire, all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e di assicurare l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza;
- i) i criteri e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza assicurati in rapporto a quelli previsti

Il P.S.N. viene predisposto dal Governo su proposta del Ministro della salute, previo parere (obbligatorio ma non vincolante) delle competenti commissioni parlamentari e delle confederazioni sindacali maggiormente rappresentative, tenuto conto delle proposte provenienti dalle Regioni.

Il Piano sanitario nazionale ha durata triennale, è adottato dal Governo entro il 30 novembre dell'ultimo anno di vigenza del Piano precedente e può essere modificato nel corso del triennio.

LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA REGIONALE E IL PIANO SANITARIO REGIONALE

Il Piano sanitario regionale rappresenta il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale anche in riferimento agli obiettivi del Piano sanitario nazionale.

Le Regioni, entro centocinquanta giorni dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale, adottano o adeguano i Piani sanitari regionali, prevedendo forme di partecipazione delle autonomie locali, attraverso il parere obbligatorio della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale che può formulare osservazioni e che garantisce il coinvolgimento delle autonomie locali in sede di programmazione, nonché delle formazioni sociali private non aventi scopo di lucro impegnate nel campo dell'assistenza sociale e sanitaria, delle organizzazioni sindacali degli operatori sanitari pubblici e privati e delle strutture private accreditate dal S.s.n.

La legge regionale disciplina il rapporto tra programmazione regionale e programmazione attuativa locale, definendo in particolare le procedure di proposta, adozione e approvazione del Piano attuativo locale e le modalità della partecipazione ad esse degli enti locali interessati.

Il raffronto tra le diverse programmazioni regionali evidenzia strategie di fondo sostanzialmente condivise, con indicazioni attuative differenziate sotto il profilo organizzativo, calibrate sulle diverse specificità e sui diversi bisogni di salute dei singoli territori.

IL FINANZIAMENTO

All'inizio, nel 1980, costava solo 9,3 miliardi di euro/lire e gravava sul Pil per il 4,7 per cento; oggi costa 117 miliardi di euro e pesa per il 6,8 per cento sul Pil. Il Servizio sanitario nazionale (Ssn) ha compiuto 40 anni lo scorso dicembre (L 833/78) e da allora molte cose sono successe.

Sul piano finanziario sono quattro le tendenze emerse:

- il passaggio dalla parafiscalità alla fiscalità generale;
- il crescente ruolo fiscale delle regioni;
- un forte spostamento dell'onere dalle imprese alle famiglie;
- il costante finanziamento in deficit

Fino al 1978 la sanità pubblica era organizzata sul modello delle assicurazioni sociali "categoriali" (come le casse mutue malattia per i lavoratori dipendenti, gli statali, i lavoratori autonomi), dove il diritto alle prestazioni scaturiva da prelievi sulla busta paga e da contributi dei datori di lavoro. Solo i lavoratori attivi o in pensione e i loro familiari ne avevano diritto; non potevano accedervi i disoccupati o i poveri, come invece accade oggi con un sistema universalistico. Il sistema mutualistico andò in crisi e accusò il primo deficit – e il primo intervento dello stato a ripiano – nel 1966.

Nel 1983, alla liquidazione dei circa 300 enti mutualistici, lo stato era intervenuto per un totale di 6,5 miliardi di euro/lire (48,7 miliardi attualizzati). Furono anche ragioni finanziarie a richiedere un cambio di sistema.

Le imposte regionali. Nonostante la legge 833 prevedesse la fiscalizzazione dei contributi di malattia, si dovette attendere fino alla riforma di Vincenzo Visco del 1997, che trasformò nell'Irap i contributi dei datori di lavoro (aliquota 4,25 per cento) e nell'addizionale regionale Irpef (0,9 per cento) quelli dei lavoratori.

Furono le prime due imposte "regionali".

Una seconda riforma fiscale, nel 2000, destinò parte dell'Iva ad alimentare un fondo perequativo nazionale, per coprire la differenza tra il fabbisogno regionale di spesa e il gettito delle nuove imposte. Il Ssn risulta oggi finanziato da otto fonti diverse, anche se Iva e Irap rappresentano il 70 per cento del totale.

La Costituzione del 1948 (articolo 117) prevedeva quale competenza delle regioni "l'assistenza sanitaria ed ospedaliera", processo che iniziò nel 1974 e fu completato nel 1978.

Tuttavia, le regioni non disponevano di propria capacità impositiva, che fu attribuita solo nel 1997, appunto con l'Irap e l'addizionale Irpef.

Da allora, le due imposte rendono evidente qual è lo sforzo fiscale autonomo e quali i "trasferimenti perequativi" dello Stato.

Ad esempio, nel 2017 in Lombardia il primo era del 40 per cento, in Lazio del 37 per cento, in Emilia-

Romagna del 35 per cento, mentre in Calabria e Basilicata solo dell'8 per cento e in Campania e Puglia del 16 per cento. In altri termini, nelle quattro regioni meridionali i trasferimenti statali coprono rispettivamente il 92 e l'84 per cento dei costi del Ssn e senza questi trasferimenti non vi sarebbe una sanità regionale al Sud (dove oltretutto si registrano i maggiori deficit).

Oggi solo il Veneto e altre cinque regioni e province a statuto speciale applicano ancora l'aliquota-base. Un possibile aumento di 0,5 punti dell'addizionale Irpef produce un gettito di 630 milioni in Lombardia, solo di 135 in Campania, di 51 in Calabria e di 19 milioni in Basilicata.

Viene chiamato "federalismo sanitario", ed è un federalismo molto sperequato e a volte irresponsabile, dove è più facile essere virtuosi (e vantarsi) se si dispone di maggiore gettito.

Meno contributi dalle imprese. Quando nel 1942 propugnò il welfare state, Lord William Beveridge era mosso anche dal proposito di sgravare dai contributi sociali l'industria britannica – addossandoli alle famiglie con le entrate fiscali (tax revenues) – per renderla più competitiva.

Esattamente ciò che è avvenuto più tardi anche in Italia. I contributi sanitari a carico delle imprese (e della pubblica amministrazione) negli anni Ottanta e Novanta finanziavano il 40 per cento circa del sistema sanitario.

Percentuale scesa con l'Irap al 35 per cento, tra il 1997 e il 2009, poi ancora al 26 per cento e ora stabilizzata al 18 per cento.

Oggi, l'Irap grava sulle imprese e la Pa per 20 miliardi circa, quando dieci anni prima pesava per 30-33 miliardi.

Si è registrato quindi un forte spostamento del carico fiscale dalle imprese alle famiglie, che oggi finanziano almeno il 65-70 per cento del Ssn.

Negli ultimi 40 anni il Ssn è stato segnato da cambiamenti radicali nel prelievo e nella distribuzione dei fondi hanno.

Solidarietà – tra ricchi e poveri, tra Nord e Sud – decentramento, federalismo, sforzo fiscale, vincolo di bilancio, sono il nuovo lessico della sanità di oggi.

Le disuguaglianze tra i diversi servizi regionali sono in aumento e sempre più cittadini del Sud devono "emigrare" al Nord per ricevere cure adeguate.

Il sistema è nel suo complesso di bassa qualità e i finanziamenti dello Stato del tutto inadeguati rispetto alle necessità e in raffronto ad altri paesi europei.

A fine del triennio (2018-2020) il rapporto rispetto al PIL sarà del 6,4%, al di sotto di quella soglia del 6,5% che l'OMS ritiene critica ai fini del mantenimento di un buono stato di salute della popolazione.

Il sistema è sotto finanziato e a questo si devono aggiungere le numerose incursioni legislative che, di volta in volta, erodono i fondi messi a disposizione.

Secondo il Censis le persone che in un anno hanno rinunciato e/o rinviato almeno una prestazione sanitaria per ragioni economiche: sono state 12,2 milioni con un incremento di 1,2 milioni (+10,9%) rispetto al dato 2016.

Una condizione allarmante e che si accompagna a un coevo incremento della spesa sanitaria privata arrivata ora a quota 35,2 miliardi di euro, in crescita più della spesa per consumi in generale nel 2013- 2016 (+4,2% di contro a +3,4%).

Gli italiani ormai devono ricorrere sempre più spesso all'acquisto di tasca propria di servizi e prestazioni sanitarie appropriate per esigenze che non trovano nel pubblico risposte adeguate, a causa della lunghezza delle liste di attesa che non smettono di allungarsi, o perché risiedono in un territorio in cui certe prestazioni non sono erogate o hanno una qualità inadeguata.

Dimostrazione evidente di un "universalismo diseguale" e di come il fabbisogno sanitario degli italiani non trovi piena copertura nell'offerta di servizi e prestazioni del servizio sanitario pubblico.

Il procedimento di riparto dei finanziamenti. Il sistema cosiddetto di "federalismo fiscale" introdotto dalla riforma del 2000 ha mantenuto in vigore alcune delle caratteristiche fondamentali del precedente meccanismo di riparto: nonostante la prevalenza delle cosiddette "entrate proprie", la fissazione del fabbisogno sanitario ed il riparto delle risorse ad esso strumentali continuano infatti ad avvenire al livello statale.

La procedura di riparto delle risorse disponibili si articola, infatti, nelle seguenti fasi:

a) annualmente, la legge finanziaria individua il fabbisogno sanitario nazionale, che tecnicamente viene determinato sulla base di una stima preventiva delle risorse disponibili necessarie per il finanziamento dei livelli essenziali di assistenza;

b) fissato il fabbisogno nazionale, si procede alla determinazione del fabbisogno regionale con un Accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni, successivamente recepito dal CIPE.

La determinazione delle risorse da erogare a ciascuna Regione a copertura della spesa sanitaria viene effettuata tenendo presenti più aspetti: il fabbisogno sanitario; la popolazione residente; la capacità fiscale; la dimensione geografica di ciascuna regione.

Nella prassi, il riparto avviene sulla base del criterio della quota capitaria ponderata, per cui la quota capitaria (che non è altro che il valore medio pro capite nazionale necessario per assicurare la copertura del fabbisogno finanziario dei livelli essenziali di assistenza) viene corretta sulla base di alcune variabili destinate a rappresentare il bisogno di assistenza di ogni singolo individuo (età; genere, limitatamente alla sola assistenza farmaceutica; tasso di mortalità perinatale e di mortalità infantile; densità abitativa) e poi moltiplicata per il numero di residenti in ciascuna Regione.

COMPARTECIPAZIONE DEI CITTADINI AL COSTO DELLE PRESTAZIONI

Tra le risorse che affluiscono alle Regioni per il finanziamento dei livelli essenziali di assistenza vanno computate – oltre agli ordinari trasferimenti statali – anche le compartecipazioni dei cittadini al costo delle prestazioni. Il gettito annuale corrispondente alle quote di partecipazione al costo delle prestazioni dovute dagli assistiti concorre, infatti, alle disponibilità finanziarie complessive per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale.

Il principio della compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria è stato introdotto fin dai primi anni '80 nel duplice dichiarato intento di consentire allo Stato di provvedere alla copertura dei non indifferenti costi derivanti dal funzionamento del Servizio sanitario nazionale e di prevedere per i cittadini una forma di responsabilizzazione nei confronti dell'appropriatezza del consumo sanitario.

Secondo la legislazione statale antecedente alla riforma del Titolo V della Costituzione - i cui principi sono da intendersi tuttora vincolanti - l'introduzione di un pagamento diretto, da parte dell'assistito, di una quota limitata di spesa per la fruizione delle prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza deve essere finalizzata a promuovere la consapevolezza del costo delle prestazioni stesse.

In particolare, la partecipazione è strutturata in modo da evitare l'uso inappropriato dei diversi regimi di erogazione dei servizi e delle prestazioni.

A livello nazionale, sono soggette alla partecipazione al costo le seguenti prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza:

- a) prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
- c) prestazioni erogate in regime di ricovero diurno finalizzato ad accertamenti diagnostici;
- d) prestazioni di assistenza termale;
- e) prestazioni di assistenza riabilitativa extraospedaliera erogate in regime domiciliare, ambulatoriale, semi-residenziale e residenziale.

Per le prestazioni di assistenza farmaceutica, a seguito della soppressione dei previgenti ticket nazionali sui farmaci di fascia A e B135, non è al momento prevista – a livello statale - alcuna misura di compartecipazione alla spesa.

Il che, tuttavia, non esclude che specifici ticket sulla farmaceutica possano essere introdotti a livello regionale.

A seguito della riforma del Titolo V della Costituzione, è stata infatti formalmente riconosciuta la possibilità anche per le Regioni di introdurre misure di compartecipazione alla spesa sanitaria, ivi inclusa l'introduzione di forme di corresponsabilizzazione dei principali soggetti che concorrono alla determinazione della spesa, al fine di provvedere alla copertura di eventuali disavanzi di gestione accertati o stimati.

A livello operativo, tuttavia, tale facoltà per le Regioni di introdurre misure di compartecipazione al costo delle prestazioni trova distinte applicazioni nel settore farmaceutico e in quello delle altre forme di assistenza sanitaria (come la specialistica ambulatoriale o il Pronto soccorso).

Nel settore farmaceutico, la soppressione dei ticket nazionali consente alle Regioni un ampio margine di manovra nell'introduzione di nuovi ticket, riferiti ora alle ricette, ora alle singole confezioni, e di entità variabile a seconda delle prescrizioni.

A decorrere dall'anno 2002, infatti, l'onere a carico del Servizio sanitario nazionale per l'assistenza farmaceutica territoriale non può superare, a livello nazionale ed in ogni singola regione, il 13 per cento

della spesa sanitaria complessiva.

Per le prestazioni di diagnostica strumentale e specialistica ambulatoriale, è dovuta una partecipazione al costo pari all'85% della corrispondente tariffa determinata dalla regione di appartenenza del soggetto erogatore, fino ad un importo massimo di spesa di 51,65 euro per singola ricetta. Ogni ricetta può contenere un massimo di 8 prestazioni della stessa branca specialistica.

Prestazioni di branche specialistiche diverse devono essere prescritte su ricette diverse.

Tutte le Regioni, ad eccezione della Lombardia, hanno fissato in 36,15 euro il limite massimo della compartecipazione per ricetta (in Lombardia, il tetto massimo è stato invece fissato in 46,15 euro).

A decorrere dal 1° gennaio 2007, tutti i cittadini, anche se esenti dal pagamento della quota di partecipazione alla spesa sanitaria, che non abbiano ritirato i risultati di visite e/o esami diagnostici e di laboratorio entro i 30 giorni dalla data di effettuazione della prestazione sono inoltre tenuti al pagamento per intero del costo della prestazione usufruita.

Per le prestazioni erogate in regime di pronto soccorso non seguite da ricovero, effettuabili in regime ambulatoriale senza pregiudizio del paziente e per le quali non si riscontra carattere di emergenza o urgenza, le regioni possono fissare una partecipazione al costo in relazione alle prestazioni erogate, fino ad un importo massimo di 51,65 euro per accesso (ridotto a 30,99 euro per gli assistiti che hanno diritto all'esenzione parziale).

L'accesso al Pronto soccorso da parte dei cittadini non esenti la cui condizione è stata classificata come "codice bianco" è inoltre subordinato al pagamento di un ticket statale di 25 euro; sono comunque esenti dal pagamento del ticket i bambini di età inferiore ai 14 anni.

Esenzioni. Sono esentati dalla compartecipazione i cittadini di età inferiore a 6 anni o superiore a 65, purché appartenenti a nucleo familiare fiscale con reddito lordo complessivo non superiore a 36.151,98 euro, riferito all'anno precedente. Sono inoltre esentati i pensionati sociali e i titolari di pensioni al minimo di età superiore a 60 anni - se appartenenti a nucleo familiare con reddito complessivo (riferito all'anno precedente) inferiore a 8.263,31 euro (se senza familiari a carico) e a 11.362,05 euro (se coniugati; per ogni figlio a carico, il reddito va incrementato di 516,46 euro) – e i disoccupati a prescindere dall'età se il reddito rientra nei limiti previsti per i titolari di pensioni al minimo.

L'area dell'esenzione per patologia o condizione è circoscritta all'interno delle 51 condizioni e gruppi di malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione generale o solo per alcune prestazioni correlate.

In particolare, è prevista l'esenzione totale a favore degli invalidi civili al 100%, dei ciechi assoluti, dei grandi invalidi del lavoro, degli invalidi di guerra dalla I alla V categoria, degli invalidi di servizio della I categoria, invalidi civili con un grado di invalidità superiore a 2/3, degli invalidi del lavoro con un grado di invalidità superiore a 2/3, degli invalidi di servizio dalla II alla V categoria, dei ciechi parziali e sordomuti, delle persone affette da neoplasie maligne, delle persone in attesa di trapianto d'organo.

Anche per i soggetti affetti da malattie rare, è prevista una specifica area di esenzione per le prestazioni efficaci ed appropriate per il trattamento, il monitoraggio e la prevenzione degli ulteriori aggravamenti.

Sono inoltre escluse dal ticket alcune prestazioni finalizzate alla diagnosi precoce dei tumori (mammografia ogni 2 anni per le donne tra 45 e 69 anni, e tutte le prestazioni di secondo livello qualora l'esame mammografico lo richieda; pap test ogni 3 anni per le donne tra 25 e 65 anni; colonscopia ogni 5 anni oltre i 45 anni di età e per i gruppi a rischio; accertamenti specifici per neoplasie in età giovanile, secondo criteri determinati dal Ministero della Sanità).

Sono infine escluse dal ticket le prestazioni erogate a fronte di particolari condizioni di interesse sociale, quali:

- prestazioni specialistiche rese nell'ambito di programmi organizzati di diagnosi precoce e prevenzione collettiva (screening);
- prestazioni (diagnostiche e strumentali) finalizzate alla tutela della maternità
- prestazioni finalizzate all'avviamento al lavoro derivanti da obblighi di legge;
- prestazioni finalizzate alla promozione delle donazioni di sangue, organi e tessuti, limitatamente alle prestazioni connesse alle attività di donazione (ivi comprese le prestazioni finalizzate al controllo della funzionalità dell'organo residuo);
- prestazioni finalizzate alla tutela della salute collettiva obbligatorie per legge o disposte in caso di epidemie;
- prestazioni volte alla tutela dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di

vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati, limitatamente alle prestazioni di cui alla legge n. 210/1992;

- vaccini per le vaccinazioni non obbligatorie (antimorbillosa, antirosolia, antiparotite, anti Haemophylus influenzale di tipo B), nonché vaccini previsti da programmi approvati con atti formali delle regioni nell'ambito della prevenzione delle malattie infettive nell'infanzia¹⁵⁰;
- prestazioni finalizzate alla prevenzione della diffusione dell'infezione da HIV;
- vittime del terrorismo e delle stragi di tale matrice

L'ultima legge finanziaria (2020) ha introdotto, tra le altre, anche l'abolizione del superticket sanitario.

L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

L'accREDITAMENTO istituzionale costituisce il presupposto per l'esercizio di attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale, ma l'avvenuto accREDITAMENTO, di per sé, non comporta alcun automatismo o vincolo in relazione alla remunerazione delle prestazioni erogate, remunerazione alla quale si potrà accedere esclusivamente nell'ambito degli accordi contrattuali.

L'accREDITAMENTO istituzionale è rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche ed equiparate, alle strutture private lucrative e non lucrative e ai professionisti che ne facciano richiesta, in presenza di ulteriori requisiti di qualificazione, della funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e della verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.

Alla luce del nuovo Titolo V della Costituzione, spetta a ciascuna regione, nell'ambito dei principi ricavabili dall'art. 8-quater (compresi quelli relativi all'emanazione dell'atto di indirizzo e coordinamento, oggi non più configurabile e le cui clausole possono essere adottate soltanto nella forma dell'accordo o dell'intesa), la determinazione dei requisiti ulteriori necessari per l'ottenimento dell'accREDITAMENTO istituzionale, così come la fissazione del procedimento ed i termini per il relativo rilascio.

Gli accordi contrattuali. Gli accordi contrattuali consentono alle strutture che risultino previamente autorizzate ed oggetto di accREDITAMENTO istituzionale, l'esercizio di attività sanitarie a carico del Servizio sanitario nazionale.

La stipula di tali accordi attribuisce ai soggetti potenziali erogatori per conto del S.s.n. la qualifica di erogatori (recte: concessionari) del pubblico servizio sanitario.

Sono contenuti essenziali di tali accordi/contratti:

- a) gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi;
- b) il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima unità sanitaria locale, si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza;
- c) i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica e organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;
- d) il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extra-tariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte;
- e) il debito informativo delle strutture erogatrici per il monitoraggio degli accordi pattuiti e le procedure che dovranno essere seguite per il controllo esterno della appropriatezza e della qualità della assistenza prestata e delle prestazioni rese.

I RAPPORTI TRA IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E L'UNIVERSITÀ

La nascita dei rapporti tra gli Ospedali e le Facoltà di medicina si inquadra in un periodo di molti anni antecedente la nascita del Servizio sanitario nazionale.

Risalgono infatti alla fine del XIX secolo le prime regole atte ora a garantire l'accesso degli universitari agli ospedali retti da opere pie o congregazioni di carità, ora a regolare l'obbligo per l'Università di corrispondere agli ospedali dediti alla didattica un'indennità equivalente alle maggiori spese connesse al servizio per gli insegnamenti.

Ulteriori principi in tema di rapporti tra l'attività ospedaliera e quella universitaria, risalenti ai primi decenni del '900, devono la loro origine alla costruzione del primo policlinico universitario, il Policlinico Umberto I di Roma.

Con riferimento alle città sede di Facoltà di Medicina e chirurgia, viene disciplinato per legge il rapporto tra

gli ospedali clinici (fino a 600 posti letto) e gli ospedali solo parzialmente clinicizzati ed i bisogni dell'insegnamento, al fine di individuare gli oneri di contribuzione e le nomine di competenza universitaria. Il principio fondamentale che governa tale rapporto tra Ospedali ed Università – in larga misura ad oggi tuttora vigente - coincide con il riconoscimento dell'inscindibilità dei rapporti formazione medica-attività clinica e l'obbligo di rendere disponibile la casistica clinica ospedaliera per la formazione degli studenti in medicina.

Con l'istituzione degli enti ospedalieri, tali isolati principi in materia di rapporto Ospedali-Università trovano una prima sistemazione giuridica unitaria.

Da un lato, nel percorso di nazionalizzazione della rete ospedaliera, viene formalizzata la fondamentale regola del temperamento delle esigenze didattiche e scientifiche delle Università.

Dall'altro lato, la formazione del medico viene riconosciuta come di interesse sostanziale per il sistema sanitario pubblico, il quale accetta di finanziarne la parte finale applicativa (tirocinio) attraverso il riparto del Fondo nazionale ospedaliero.

Con la legge istitutiva del S.s.n., la convenzione con le cliniche universitarie diviene lo strumento chiave per realizzare un idoneo coordinamento tra le funzioni istituzionali del servizio sanitario e delle Università.

Il principio del rapporto su base convenzionale assume, infatti, una validità generale, indipendentemente dai concreti modelli organizzativi di riferimento, pur realizzandosi in due distinti schemi-tipo di convenzioni, rispettivamente definiti per gli ospedali misti e per i policlinici e le cliniche gestite dall'Università.

In virtù di tale distinzione, le Facoltà mediche finiscono per assumere due diversi regimi giuridici, che vanno oltre l'aspetto amministrativo-gestionale, dal momento che alle Università che gestiscono policlinici universitari viene comunque concessa una autonomia nell'articolazione delle unità operative non riscontrabile nel caso degli ospedali misti.

Con le riforme del Servizio sanitario nazionale degli anni '90, il criterio della duplicità del modello organizzativo-gestionale degli ospedali misti o clinicizzati e dei policlinici universitari viene messo per la prima volta in discussione.

Con la riforma del 1992, pur riconoscendosi ad entrambe queste tipologie di strutture il ruolo di "ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione", si mantiene in un primo momento una distinta regolazione per i due modelli²⁸¹.

I policlinici universitari vengono, infatti, classificati come "aziende dell'università dotate di autonomia organizzativa, gestionale, patrimoniale e contabile", mentre le relative modalità organizzative e gestionali, nel rispetto dei fini istituzionali in analogia a quanto previsto per le aziende ospedaliere, sono affidate allo statuto dell'università.

La gestione di tali policlinici viene informata al principio dell'autonomia economico-finanziaria e dei preventivi consuntivi per centri di costo²⁸².

Per i presidi ospedalieri clinicizzati, viceversa, è prevista la possibilità di costituirsi in azienda ospedaliera, e quindi di dotarsi del relativo modello gestionale, con alcune deroghe relative: alla nomina del direttore generale (che deve avvenire d'intesa con il rettore dell'Università); all'esigenza di informare la gestione dell'azienda all'esigenza di garantire le funzioni istituzionali delle strutture universitarie che vi operano; all'opportunità di acquisire – in determinati casi (stabiliti dall'Università e dall'azienda) – il parere delle facoltà di medicina per le decisioni che si riflettono sulle strutture universitarie; all'esigenza di assicurare nella composizione del consiglio dei sanitari la presenza delle componenti universitarie in rapporto alla consistenza numerica delle stesse.

Con la riforma del 1999 si impone conseguentemente l'esigenza di armonizzare tale duplicità di sistemi organizzativi gestionali in materia di rapporti S.s.n.-Università e di rafforzare i processi di collaborazione tra Università e Servizio sanitario nazionale, anche mediante l'introduzione di nuovi modelli gestionali. In risposta a tali istanze di riforma, i rapporti tra Università e S.s.n. vengono affidati ad una speciale disciplina di settore, autonoma ed organica rispetto alla normativa generale sul S.s.n.

A seguito della riforma del Titolo V della Costituzione, tali linee guida non assumono più natura vincolante per le Regioni, in quanto la relativa disciplina va ricondotta alla competenza regionale in materia di tutela della salute, essendo conseguentemente esclusa la possibilità per lo Stato di intervenire in materia con atti normativi di rango sublegislativo.

Le norme contenute nelle richiamate linee guida statali, conseguentemente, possono essere sostituite, nei limiti delle competenze regionali, da un'apposita normazione regionale. In forza del principio di continuità, tuttavia, tale atto mantiene la propria vigenza nell'ordinamento, sia pure con carattere di cedevolezza

rispetto all'eventuale intervento normativo regionale.

Tutta la disciplina residuale delle aziende ospedaliere universitarie riprende in sostanza il modello delle norme gestionali delle aziende ospedaliere, con alcune differenze legate all'esigenza di concordare con l'Università alcune fondamentali decisioni legate alla vita aziendale. In particolare, le aziende ospedaliere universitarie si differenziano dalle aziende ospedaliere:

- nelle procedure di assunzione dei provvedimenti più importanti, tra cui l'adozione dell'atto aziendale e la nomina del Direttore generale da parte della Regione, per i quali è necessaria l'intesa con il rettore dell'Università;
- per l'obbligo di istituire non solo i Dipartimenti assistenziali (con funzioni prettamente connesse ad attività sanitarie), ma anche i Dipartimenti ad attività integrata (per assicurare, in forma integrata, lo svolgimento delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca) e le strutture che li costituiscono.
- per la presenza di un apposito organo di indirizzo, composto da un massimo di cinque componenti esperti in programmazione ed organizzazione dei servizi sanitari, tra i quali è membro di diritto il Preside della Facoltà di medicina; la composizione dell'organo di indirizzo è stabilita dai Protocolli di intesa; spetta a tale organo il compito di proporre iniziative e misure per assicurare nei Dipartimenti ad attività integrata la coerenza tra la programmazione generale dell'attività assistenziale dell'azienda e la programmazione didattica e scientifica delle università, verificando la corretta attuazione della programmazione;
- per le specifiche disposizioni in tema di personale, dal momento che presso le aziende ospedaliere universitarie svolgono attività assistenziale integrata con quella didattica e di ricerca i professori e i ricercatori individuati con atto del Direttore generale, d'intesa con il rettore: per l'attività assistenziale, il rapporto con l'azienda e con il direttore generale, si applicano loro le norme dettate per il personale del S.s.n.

GLI ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO (IRCCS)

Gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) sono enti nazionali ospedalieri che riunificano, all'interno della medesima struttura, sia attività diagnostiche terapeutiche che attività di ricerca di elevatissimo livello. Struttura fondamentale del S.s.n., gli IRCCS sono fondati sull'assunto che non esiste soluzione di continuità fra ricerca di base, ricerca applicata e trasferimento delle conoscenze del laboratorio sperimentale al letto dell'ammalato.

Sotto il profilo prettamente scientifico e sanitario, gli IRCCS rappresentano ospedali di eccellenza sia dal punto di vista della ricerca biomedica che dal punto di vista dell'assistenza al malato. Introdotti dalla legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, gli IRCCS sono stati inizialmente configurati come istituti aventi personalità giuridica di diritto pubblico o di diritto privato e caratterizzati dal riconoscimento del carattere scientifico, attribuito con decreto del Ministero della sanità, di intesa con il Ministero della pubblica istruzione, sentite le Regioni interessate e il Consiglio Sanitario Nazionale.

Fin dalla legge istitutiva del S.s.n., la disciplina di tali Istituti si è connotata in termini di "specialità" rispetto alla normativa generale sull'organizzazione ed il funzionamento del S.s.n..

Tale deroga è giustificata – sotto il profilo gestionale – dalla duplice natura degli enti in esame quali organismi di ricerca e soggetti che svolgono attività di cura e di assistenza.

Con la legge istitutiva del S.s.n. gli IRCCS di diritto pubblico sono stati qualificati (per la parte assistenziale) presidi ospedalieri multizonali delle Unità Sanitarie Locali competenti per territorio, mentre gli IRCCS di diritto privato sono stati chiamati a stipulare con le Regioni convenzioni per l'assistenza sanitaria, sulla base degli schemi tipo approvati dal Consiglio dei Ministri.

Tutti gli ulteriori aspetti della disciplina degli IRCCS (la composizione degli organi di amministrazione interni, i sistemi di controllo sugli atti relativi all'attività non assistenziale, le procedure per la formazione dei programmi di ricerca ed i relativi finanziamenti, la disciplina dello stato giuridico e del trattamento economico del personale) sono invece stati affidati ad una disciplina speciale, caratterizzata da principi e regole distinte rispetto alla normativa generale sul S.s.n..

Tale specialità nella disciplina degli IRCCS ha fatto sì che tali Istituti fossero sottoposti per molto tempo a procedure di controllo molto penetranti da parte sia dello Stato che delle Regioni.

Con l'inizio degli anni '90, anche gli IRCCS sono stati coinvolti nel generale processo di riforma della sanità volto ad uno snellimento dell'apparato amministrativo e ad un decentramento delle relative funzioni.

A partire dal 1° luglio 1994, gli IRCCS di diritto pubblico sono stati pertanto commissariati, con conseguente

allontanamento dagli obiettivi di riforma perseguiti e profonda alterazione degli equilibri originari di competenze, giacché, in quanto compatibili con le regole sul commissariamento, continuavano ad applicarsi l'originaria disciplina adottata in attuazione della legge istitutiva del S.s.n..

Per ovviare a tale situazione di estrema incertezza amministrativa e giuridica, a seguito della riforma del 1999 gli IRCCS sono stati inclusi tra gli enti che possono essere costituiti o confermati in aziende "per specifiche esigenze assistenziali, di ricerca scientifica, nonché di didattica del Servizio Sanitario Nazionale".

A differenza di quanto previsto dalla Costituzione del 1948, il riparto costituzionale della potestà legislativa come modificato dalla riforma del Titolo V include anche la ricerca scientifica tra le materie di potestà legislativa concorrente.

Tale sostanziale innovazione impone di rileggere l'originaria scelta di configurare in termini di specialità la disciplina degli IRCCS rispetto alla disciplina generale del S.s.n..

Nella legge istitutiva del S.s.n. e nelle riforme ad essa successive, tale specialità degli IRCCS era infatti giustificata e motivata non solo dalla più ristretta competenza regionale in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, ma anche dalla riconduzione della ricerca scientifica alla potestà esclusiva dello Stato.

Anche a seguito della riforma del Titolo V continua ad essere legittimato un intervento statale in materia di ricerca scientifica, fondato sul presupposto dell'irrinunciabilità della garanzia delle istanze unitarie connesse a tale ambito di intervento.

L'INTEGRAZIONE TRA ASSISTENZA SANITARIA E ASSISTENZA SOCIALE

L'integrazione sociosanitaria è disciplinata come modalità di coordinamento delle prestazioni sociosanitarie, intese come tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

Nell'ambito delle prestazioni sociosanitarie vengono in rilievo:

- a) le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;
- b) le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute;
- c) le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria, caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria che attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

Tale partizione tenta di fare chiarezza in relazione ad uno dei nodi centrali della disciplina in materia di assistenza sociosanitaria, quello delle competenze sia in materia gestionale, sia a livello di programmazione, sia con riferimento agli oneri finanziari, risultando tradizionalmente cointeressati alle relative funzioni sia il Servizio sanitario regionale per gli aspetti più propriamente sanitari, sia i Comuni per i profili più strettamente legati all'assistenza sociale.

Ciascuna tipologia, infatti, è attribuita ad uno specifico livello istituzionale: la prima e la terza sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dai piani nazionali e regionali, nonché dai progetti-obiettivo nazionali e regionali, mentre le prestazioni afferenti alla seconda categoria sono di competenza dei Comuni che provvedono al loro finanziamento negli ambiti previsti dalla legge regionale.

L'individuazione delle prestazioni da ricondurre alle tre tipologie sopra menzionate sulla base dei criteri della natura del bisogno, della complessità ed intensità dell'intervento assistenziale e della relativa durata, nonché la precisazione dei criteri di finanziamento delle stesse per quanto compete alle unità sanitarie locali e ai comuni, con espressa e puntuale attribuzione alle une o agli altri della correlata responsabilità, è avvenuta con l'emanazione del D.P.C.M. 14/02/2001.

Il d.lgs. 229/99 e la legge quadro istitutiva del sistema integrato dei servizi sociali hanno introdotto disposizioni volte a chiarire gli ambiti delle diverse prestazioni, e le relative competenze, tentando così di

superare la frammentarietà del percorso assistenziale nell'ambito del sistema sanitario e sociale.

Il compito di garantire l'integrazione sociosanitaria è attribuito al Distretto, articolazione organizzativa dell'azienda USL attraverso l'organizzazione e l'erogazione dei servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie, nonché mediante l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria ove delegate dai Comuni.

Tra le numerose attività indefettibili del distretto elencate dalla legge 322, le seguenti appaiono integrare la tipologia delle prestazioni sociosanitarie: attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze; attività o servizi rivolti a disabili e anziani; attività o servizi di assistenza domiciliare integrata (vera leva per rendere effettivo l'obiettivo della continuità tra ospedale e territorio); i servizi alla persona relativi al dipartimento di salute mentale ed al dipartimento di prevenzione.

Alle Regioni è demandata la concreta disciplina dei criteri e delle modalità mediante i quali Comuni e aziende sanitarie garantiscono l'integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni sociosanitarie di rispettiva competenza, individuando gli strumenti e gli atti per garantire la gestione integrata dei processi assistenziali sociosanitari.

Tra le diverse modalità volte a promuovere l'integrazione socio-sanitaria si segnala sia la coincidenza territoriale degli ambiti territoriali ottimali sociali con i distretti sanitari, sia la programmazione integrata, incentivata mediante diversi strumenti: l'intesa sulle attività socio-sanitarie del Programma delle attività territoriali (PAT) che determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria, nonché la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza; il concorso del comitato dei Sindaci alla verifica del raggiungimento degli obiettivi di salute; gli accordi di programma aziende USL/Comuni e/o le convenzioni che recepiscono i contenuti sociosanitari del PAT e del Piano di Zona.

La legge 328/2000 in particolare, si è posta il problema del raccordo tra distretto sanitario e zona sociale, imponendo, sul piano organizzativo, la creazione di ambiti adeguati, attraverso il coordinamento o la coincidenza delle due articolazioni territoriali, così da favorire una reale integrazione socio-sanitaria; sul versante della programmazione, il coordinamento tra pianificazione zonale e distrettuale, in quanto i Comuni afferenti al distretto sanitario predispongono il Piano di zona d'intesa con l'azienda USL.

Tra i contenuti ricorrenti della pianificazione socio-sanitaria, la previsione di percorsi integrati socio-sanitari in grado di garantire la continuità delle cure nell'ambito di una capillare rete di servizi caratterizzati dalla "presa in carico" sanitario-assistenziale del paziente.

UNO SGUARDO AL FUTURO: LA SANITA' DIGITALE

La sanità italiana tra eccellenza e ritardo - Il sistema sanitario italiano è universalmente riconosciuto come uno dei migliori al mondo.

Tuttavia, si registra un ritardo sul fronte digitale che rischia di pesare negativamente nel lungo termine. Stando all'Associazione Italiana Sistemi Informativi in Sanità, GGallery e NetConsuting cube, l'innovazione tecnologica della sanità si è fermata a quota 1,6 miliardi nel 2017 (2,4% del mercato digitale complessivo italiano), con tassi di crescita annui attorno al 2% per una spesa equivalente di 27,3 euro per abitante.

Parliamo però di una spesa frammentata in numerosi centri di costo, di una quota parte destinata alla gestione dell'esistente che drena tra il 75 e l'80% del budget, di una spesa Ict che non raggiunge l'1,5% delle entrate e di una ridotta componente innovativa (13% della spesa sanitaria digitale) insufficiente a fungere da volano alla crescita.

La sfida digitale coinvolge necessariamente qualsiasi struttura, da quella pubblica a quella privata, dalla piccola alla grande.

L'innovazione tecnologia rappresenta un valore aggiunto, e può intervenire su moltissimi aspetti dell'attività quotidiana.

Si pensi alla necessità di garantire la leggibilità delle etichette e dei braccialetti identificativi, tramite stampanti in grado di garantire la resistenza ai liquidi, la protezione dai batteri e la difesa dalle abrasioni. Oppure alla digitalizzazione dei documenti del paziente che passano di mano tra infermieri, medici, reparti e strutture ospedaliere: scansione non significa infatti solo più spazio in ospedale, in clinica o in farmacia, ma semplicità nel reperimento delle informazioni e condivisione più semplice e immediata.

O ancora all'utilità per un medico di base di avere una stampante portatile, utilizzabile tanto nello studio quanto a domicilio in caso di visita a un paziente.

Sono solo alcuni di come sia possibile abilitare un processo virtuoso e graduale di adozione del digitale per sfruttare le enormi offerte del progresso tecnologico al mondo della sanità.

Non solo industria 4.0. Oggi si parla molto di innovazione digitale riferendosi soprattutto all'industria 4.0, secondo cui, grazie alle tecnologie digitali, le imprese industriali e manifatturiere aumenteranno la propria competitività ed efficienza tramite l'interconnessione e la cooperazione delle proprie risorse (impianti, persone, informazioni), sia interne alla Fabbrica sia distribuite lungo la catena del valore.

Sanità 2.0. L'innovazione digitale non riguarda però solo le industrie ma anche la sanità, con la definizione Sanità 2.0.

Con questa guida cercheremo di fornire elementi di conoscenza di base, senza entrare nel merito di un mondo complesso, da esperti del settore digitale.

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) si trova oggi a fronteggiare uno scenario complesso caratterizzato da profondi mutamenti demografici, epidemiologici e socioeconomici.

L'insieme di tali fattori richiede una profonda modifica dello scenario di cura, che deve essere necessariamente sempre più focalizzato sulla gestione del cittadino che avrà una maggiore possibilità di vivere con una patologia nelle diverse età della sua vita (cronicizzazione) e quindi la misura sarà quella sulla capacità di prendere in carico l'individuo nel lungo termine, oltre che sulla sistematica messa in atto di modelli diagnostico-terapeutici innovativi.

Farmaci innovativi o diagnosi precoci cambiano la storia della malattia così come era conosciuta fino a pochi anni fa.

Sanità digitale: definizione. Per definizione, quando parliamo di Sanità Digitale vogliamo indicare quel insieme di interventi che vengono condivisi dalle amministrazioni pubbliche al fine di promuovere il processo di innovazione digitale all'interno del settore sanitario.

Questo è da intendere a livello nazionale, regionale e locale, ma mi spingerei ad allargare il concetto anche ad ambiti internazionali che possono essere quello dell'Unione Europea e del Mondo intero.

Sanità digitale e lavoro. Le competenze digitali dei leader del SSN nazionale sono un tema chiave.

La eLearndship (capacità di guidare la trasformazione digitale) delle direzioni strategiche, si dovrà operare perché di attivino competenze digitali certificate ed obbligatorie per i direttori di struttura e per gli operatori del SSN.

La sanità digitale porta con sé anche profonde modifiche sulle competenze professionali dei vari operatori del sistema, non solo quelli strettamente sanitari e tecnici.

In questo ambito la formazione è centrale, accanto competenze tecnico-professionali si affianca la formazione digitale determinando un salto di qualità da parte del mondo sanitario nel panorama del processo di abilitazione e competenza professionale.

Già oggi sono disponibili vari corsi per diventare un operatore digitale, ma la formazione e l'aggiornamento continuo sulle competenze digitali in sanità hanno una distribuzione non disomogenea nelle università e nelle aziende sanitarie o Irccs.

Per tali motivi occorrerebbero atti d'indirizzo nazionali (conferenza Stato-Regioni, ministero della Salute, Miur) vincolanti e verificabili sui progetti formativi dedicati al personale socio-sanitario, che devono interessare anche l'obbligo formativo Ecm, che nel dossier formativo del professionista della salute deve prevedere una parte obbligatoria relativa alla sanità digitale.

L'innovazione digitale in sanità inciderà sui modelli organizzativi delle aziende, sull'organizzazione del lavoro, nasceranno nuove professioni con competenze molto avanzate e in continuo mutamento.

Ciò richiederà un salto anche di natura culturale per il Sindacato, vuoi nell'inquadramento iniziale che nel percorso di riconoscimento professionale, vuoi nel sistema di relazioni sindacali.

Lo "tsunami" in corso. L'aspettativa di vita in Italia, 82.8 anni nel 2013, è la quarta più alta nell'area OCSE.

Tuttavia gli indicatori di salute all'età di 65 anni sono peggiori di quelli in altri paesi OCSE e l'aspettativa di vita in buona salute all'età di 65 anni in Italia è tra le più basse nei paesi OCSE, con 7 anni senza disabilità per le donne e circa 8 anni per gli uomini.

Al contempo, l'offerta di assistenza di lungo termine agli anziani è inferiore rispetto alla maggior parte dei paesi OCSE.

Inoltre la quantificazione delle risorse utilizzate risulta difficile non essendo prevista una rilevazione apposita. Pertanto il calcolo posiziona l'Italia a media classifica pur investendo molto in questo periodo della vita dei cittadini.

Come agire. Per affrontare e "governare" questo tsunami si deve partire da dematerializzare le procedure

per consentire la presa in carico del cittadino sul territorio in modo efficiente, efficace ed economicamente sostenibile mettendo a disposizione “dati” strutturati e non strutturati che consentano una previsione di dove si va e come ci si va.

Le tecnologie digitali possono pertanto svolgere un ruolo fondamentale nel trasformare la sanità in un sistema più efficiente e focalizzato sul paziente, in cui le persone e i sanitari abilitati possano avere accesso istantaneo alle informazioni cliniche e a validi strumenti di supporto alle decisioni cliniche che permettano percorsi di cura partecipati e condotti in un rapporto medico paziente sempre più integrato.

In sostanza le tecnologie sanitarie fanno recuperare efficienza ma anche, e soprattutto, abilitare nuovi modelli di cura che vedano coinvolti tutti gli attori del sistema sanitario e inevitabilmente sociale.

Per garantire equità di accesso ai servizi sanitari è necessario definire nuovi modelli di cura che siano assicurati ad una rete organizzata per intensità assistenziale nella quale esistano pochi poli di alta specializzazione ed una rete assistenziale sul territorio, comprendendo come elemento estensivo assistenziale, il domicilio dei pazienti.

La vera sfida sarà quella che consentirà l'equità di accesso non lasciando soli i cittadini e solamente l'inclusione del territorio come parte omogenea del SSN potrà soddisfare questa aspirazione.

Inoltre la sanità digitale può incrementare la domanda di soluzioni applicative e di servizi professionali, incentivando investimenti, occupazione e sviluppo del mercato di riferimento.

Crescita economica ed occupazionale da un lato, e miglioramento della qualità e della sostenibilità del SSN dall'altro, sono i due assi portanti, tra loro sinergici, della sanità digitale.

La situazione attuale. La situazione attuale sulla dematerializzazione sul territorio parte dal fascicolo sanitario. Nove Regioni sono ormai adempienti, altre 9 sono in fase conclusiva altre tre hanno affidato al sistema tessera sanitaria la realizzazione secondo quanto previsto nell'ultima finanziaria. Il sistema si è messo in moto in modo irreversibile.

Ovviamente non tutte le strutture territoriali sono completamente attrezzate per questa esigenza ma si dovranno adeguare in tempi ragionevoli.

Passi avanti sono stati fatti in merito ad alcuni aspetti relativi al fascicolo come il reperimento del consenso all'alimentazione o ai certificati di laboratorio, ciò nell'ottica dell'adozione di protocolli standard valevoli per tutti i soggetti e che rendano il fascicolo sanitario realmente inter operativo su tutto il territorio nazionale.

La ricetta dematerializzata è ormai esecutiva su tutto il territorio nazionale come i certificati di malattia.

Per avanzare nel processo di innovazione nel settore sanitario sono state individuate azioni e direzioni in una “Strategia per la crescita digitale” e nel Piano Triennale per l'informatica nella Pubblica Amministrazione. In questi documenti troviamo gli interventi che possono andare a migliorare l'ecosistema della sanità digitale rendendolo più agile e veloce e minimizzando gli sprechi.

Gli obiettivi delle soluzioni ad oggi proposte sono da un lato migliorare l'efficienza dei servizi sanitari e dall'altra ottimizzare il rapporto costo-qualità riducendo le differenze tra differenti aree del Paese, problema in Italia molto sentito e impattante sotto molti punti di vista.

Nel piano triennale troviamo in evidenza tre particolari progetti che riguardano l'ecosistema Sanità:

- il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE),
- Il Centro unico di prenotazione (CUP)
- ricetta digitale
- la Telemedicina.

Il futuro. Il futuro dell'innovazione sarà delle applicazioni sotto riportate per titoli; non saranno delle incredibili innovazioni ma la normalità è ciò che rende sostenibile il SSN pubblico.

- Telemedicina
- Neuro riabilitazione
- Robotica
- Biga Data
- Genomica
- Farmaci Biotecnologici
- Androterapia
- Wearable devices
- Stampe RD

Proviamo a dare una definizione minima di questi campi di innovazione.

Telemedicina 2.0. In estrema sintesi la telemedicina è la comunicazione di dati medici a fini diagnostici e terapeutici a distanza e oggi avviene in due modi.

Il primo riguarda lo scambio, fra ospedali o reparti, di referti medici, lastre, tracciati, esami: niente più carta, ma file compressi che circolano, con l'obiettivo di avere maggiori valutazioni su una certa patologia.

Il secondo riguarda i pazienti con problemi cronici.

In questo caso, il medico, in carne e ossa, ha già fatto la sua diagnosi, ha già visitato il paziente e può continuare ad acquisire nel tempo altri dati (valori del sangue, lastre) sull'evoluzione della malattia, seguendo la persona a distanza.

È quello che si definisce "telemonitoraggio": collegarsi con il paziente a distanza per commentare una Tac, confermare o rivedere una terapia è un vantaggio anche per il paziente: se è anziano, per esempio, può essere più difficoltoso per lui spostarsi.

Per chiarire: non è telemedicina la ricetta dettata al telefono dopo che una persona ha contattato uno specialista descrivendo certi sintomi.

Lo è invece il consulto sull'evoluzione della malattia, anche a distanza. Il rapporto medico-paziente mai potrà essere sostituito dal pc.

Neuro riabilitazione. La riabilitazione neurologica si rivolge alle persone con danno focale o patologia degenerativa del sistema nervoso centrale seguendo le più avanzate indicazioni scientifiche internazionali. Ogni trattamento è concepito con un approccio sempre attento alla ricerca scientifica più recente ed alla innovazione tecnologica.

I programmi sono mirati al recupero o alla stabilizzazione delle funzioni lese, siano esse motorie o cognitive, al rinforzo della capacità residue ed allo sviluppo di strategie adattive, avvalendosi di strumenti tecnologici specifici e della supervisione e della assistenza continua di professionisti esperti.

Sistemi robotizzati di movimento, interfacce cervello-computer (BCI), realtà immersive virtuali sono alcune delle tecnologie oggi già in uso sebbene non in modo diffuso.

Robotica. Possiamo definire i robot come macchine intelligenti dotate di sensori e programmate per l'assistenza ai pazienti.

La rivoluzione della robotica in sanità è iniziata negli anni '90 con lo sviluppo e il lancio dei primi prodotti sul mercato ed è progredita fino ad oggi dove le principali società operanti nel settore contano migliaia di brevetti atti a proteggere l'unicità dei loro prodotti.

La crescente disponibilità di robot e lo sviluppo dell'intelligenza artificiale possono essere strumenti di grande impiego in sanità.

La scienza dei materiali, infatti, sta progressivamente evolvendo verso esoscheletri "soft" e "ultra soft" che promettono migliori prestazioni terapeutiche rispetto agli esistenti rigidi e potrebbero addirittura portare ad un ripensamento del concetto di corpo sano.

Tra alcune soluzioni allo studio, tute riabilitative per monitorare e assistere i movimenti, braccialetti sonori per persone con disabilità visive, guanti robotici che "leggono" i segnali bioelettrici direttamente dai muscoli per comprendere le intenzioni e indirizzare i movimenti, alcuni esempi che non solo incidono sulla qualità di vita dei pazienti con disabilità, ma anche sulla sostenibilità a lungo termine dei sistemi di assistenza sanitaria.

Si va diffondendo il timore che l'uomo sarà sostituito dalle macchine nella maggior parte dei lavori oggi conosciuti si fa strada ogni qualvolta si parla di robot o intelligenza artificiale.

Secondo i ricercatori di Oxford in un recente studio, sarebbero 158 le professioni in cui le macchine sostituiranno l'uomo, ma quelle a rischio sostituzione sono solo 9 e si riferiscono a robot per di più per applicazioni che richiederanno molto tempo per essere sviluppate ad un livello e con dei costi che ne permettano l'accesso al mercato, se mai sarà possibile.

In qualche caso si tratta di robot industriali, in altri casi, si tratta di veicoli autonomi, in qualche caso si tratta di professioni sociosanitarie, in cui il robot potrà forse affiancare operatori umani, ma difficilmente potrà sostituirli con la stessa efficacia, almeno in tempi brevi e con costi compatibili con il mercato, sia per motivi fisici e sia per la qualità dell'interazione che ha un ruolo terapeutico rilevante.

Big Data. La mancanza di una cultura sull'utilizzo dei Big Data non permette ancora di creare nuovo valore nell'organizzazione dei servizi sanitari e verso il cittadino, che potrebbe re-impossessarsi dei suoi dati di salute-malattia e 'negoziare' le condizioni del loro utilizzo sociale ed economico.

E' quanto mai necessaria una svolta culturale ma anche istituzionale per ribaltare l'attuale approccio economicistico ai temi della sanità e della salute e superare le criticità che impediscono di trarre valore

dalla miniera di dati dei cittadini-pazienti.

Una delle definizioni date dalla Commissione Europea sui Big Data nella Sanità, nel 2016, è ancora la seguente: “I Big Data in sanità si riferiscono a grandi set di dati raccolti periodicamente o automaticamente, che vengono archiviati elettronicamente, riutilizzabili allo scopo di migliorare le prestazioni del sistema sanitario”.

Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e il Taccuino dell'assistito, il dossier Sanitario e la cartella clinica elettronica dei medici, i sistemi Cup 4.0, sono i nuovi aggregatori di questi dati, raccolti in forma dematerializzata nei repository di Asl e ospedali.

Per fare un esempio dell'utilizzo dei dati: si possono conoscere in qualsiasi istante la mappa geografica della glicemia della popolazione della città, rapportata a quella della cura dei malati di diabete, alle modalità di presa in carico del paziente, all'assistenza farmaceutica, ai tempi di attesa per visite ed esami, ai comportamenti dell'utente registrati dai Cup di ultima generazione, ecc.

Possono rapportare tutto questo con la valutazione soggettiva dei pazienti) e l'opinione generale dei cittadini sulla patologia e i suoi rischi (percezione del fenomeno sotto l'aspetto sociale o comportamentale).

A cosa serve dematerializzare i dati

Oggi questa massa di dati dematerializzati è essenziale per rispondere a una domanda impellente di: medicina di complessità e di precisione;

- presa in carico dei pazienti, a partire da quelli cronici e comunque con particolari patologie e continuità assistenziale in generale;
- medicina predittiva e di prevenzione;
- continuità assistenziale socio-sanitaria;
- riorganizzazione complessiva dei processi sanitari
- open innovation, per portare il mercato e l'insieme degli operatori del Welfare a concertare gli interventi in modo sinergico e a produrre innovazione.

Il passaggio ad un uso esteso degli eData e big data è quindi il tema più urgente nell'ambito della attuazione della Agenda Digitale italiana, particolarmente in sanità dove il processo di dematerializzazione ha raggiunto, con l'FSE, importanti traguardi.

Genomica. La genomica è un'area all'interno della genetica che interessa l'ordinamento e l'analisi del genoma di un organismo.

La genomica comprende lo studio di tutti i geni al DNA, al mRNA ed al livello del proteome come pure al livello del tessuto o cellulare.

Tecnologie d'avanguardia e soluzioni robotiche, applicate all'intero processo analitico, contribuiscono ad elevare il livello qualitativo degli esami, garantendo la massima affidabilità dei risultati ottenuti.

Il tutto viene coordinato ed integrato da moderni sistemi informatici che costituiscono il tessuto connettivo di tutta l'attività, in grado di gestire la pianificazione e l'organizzazione del lavoro in ogni sezione, la stampa dei referti e di ogni tipo di statistica, la gestione amministrativa e contabile.

Farmaci Biotecnologici. Un farmaco è biotecnologico quando contiene un principio attivo costituito/derivato da un organismo vivente o da sue parti.

Ne esistono di varie tipologie, tra cui proteine ricombinanti e/o da colture cellulari, anticorpi monoclonali, prodotti da sangue/plasma, enzimi, prodotti cellulari/tissutali, peptidi, vaccini.

La rivoluzione biotech in medicina è iniziata negli anni ottanta. Nel 1982, tramite l'introduzione del gene codificante l'insulina, si cominciarono a produrre i primi farmaci biotecnologici, che hanno rivoluzionato la cura di milioni di diabetici.

I farmaci biotecnologici, oltre a rappresentare il futuro delle terapie, rappresentano ad oggi il 20% di quelli in commercio e il 50% di quelli in sviluppo, costituendo in molti casi l'unica possibilità di cura per patologie rilevanti e diffuse come l'anemia, la fibrosi cistica, l'emofilia, la leucemia, alcune forme di tumore e diverse malattie rare, per lo più di origine genetica.

Androterapia. La radioterapia convenzionale è ampiamente adoperata nel trattamento dei tumori ma presenta alcuni limiti, come l'impossibilità di risparmiare i tessuti sani.

L'introduzione dell'adroterapia offre una soluzione a questo problema, aprendo la strada verso un nuovo modo di combattere il cancro.

L'adroterapia rappresenta una nuova frontiera per la radioterapia dei tumori in quanto – rispetto ad un trattamento convenzionale – non solo consente di risparmiare i tessuti sani o gli organi vitali, ma rende anche possibile il trattamento di alcuni particolari tumori che risultano resistenti alla radioterapia

convenzionale.

Wearable devices. Si tratta di tutti i 'dispositivi che si indossano'. L'esempio tipico, perché in rapida diffusione sono gli smartwatch, ossia piccoli computer che ognuno di noi può indossare al polso. Ma non è questo l'unico caso.

In ambito sanitario trovano le applicazioni dei dispositivi indossabili possono essere pressoché infinite, in generale, nel monitoraggio quotidiano e continuo di parametri biomedici e motori riveste particolare importanza in ottica di prevenzione, riabilitazione e controllo evolutivo di deficit e malattie, e di valutazione dell'efficacia terapeutica.

I dispositivi indossabili risultano particolarmente utili nell'assistenza ospedaliera, nel monitoraggio da remoto, nella prevenzione.

Stampe 3D. I produttori di modelli di stampa 3D hanno cercato di renderli facilmente disponibili per un'ampia gamma di realtà sanitarie.

Per fare qualche esempio, in alcuni ospedali europei sono stati sviluppati e utilizzati diversi modelli visivi stampati in 3D per aiutare i bambini nati prima del termine di una gravidanza a termine e che hanno un sistema visivo sottosviluppato.

Ricercatori nel Regno Unito hanno prodotto le prime cornee umane stampate in 3D da utilizzare negli interventi chirurgici di sostituzione.

Anche se la ricerca ha ancora molta strada da fare, la stampa 3D sta cambiando il volto dell'industria sanitaria.

AICA. AICA, Associazione Italiana per l'Informatica e il Calcolo Automatico, è l'associazione italiana senza scopo di lucro di cultori e professionisti ICT.

Ha come finalità lo sviluppo delle conoscenze digitali nel nostro Paese: la diffusione della cultura digitale e la costruzione della società digitale sono requisiti essenziali per il progresso della collettività.

All'interno dell'AICA è stato costituito un osservatorio permanente sulle competenze digitali in Sanità, che vede coinvolte associazioni mediche di settore, professionisti della Sanità, ordini professionali e istituzioni che fossero interessate al tema. Infatti, la nostra associazione da alcuni anni ha avviato diverse iniziative e realizzato pubblicazioni volte a valutare gli impatti delle nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione sul mondo della sanità, nonché qualificare e valorizzare le competenze ICT degli operatori sanitari.

Nel 2016 è stato erogato un questionario volto ad una ricerca sullo sviluppo delle "competenze digitali" in Sanità, utilizzando risposte multiple e/o in gradazioni per rilevare la consapevolezza, il livello di diffusione, il trend di evoluzione a livello complessivo e nei principali ambiti di innovazione digitale, quali sono gli ostacoli principali e le conseguenti azioni attivabili, i contenuti necessari, le migliori pratiche.

Sarebbe lungo in questa sede dare conto dei risultati dell'indagine, va però evidenziato, anche ai fini dell'attività sindacale, come i dati del questionario evidenziano che la formazione in ambito digitale è considerata alla pari della formazione di altre competenze nonché fortemente correlata alle esigenze individuali, come giustamente deve essere la formazione.

Infatti la formazione consente di acquisire conoscenze e soprattutto imparare "a fare"; perciò è collegato alle attitudini, capacità ed interessi individuali.

Rappresenta il processo più delicato per la costituzione di un professionista, non solo rispondente ad un profilo giuridico ma anche deontologico e tecnico.

Aver affiancato la formazione digitale alle altre competenze tecnico-professionali rappresenta un importante salto di qualità da parte del mondo sanitario nel panorama del processo di abilitazione e competenza professionale.

Dalla formazione discendono le competenze; programmare una formazione in sanità digitale, significa pianificare una generazione di competenze nuove, evolute ed in grado di garantirci ulteriore progresso.

Sempre analizzando le risposte al questionario, la sensibilità di medici e infermieri verso il trattamento dei dati sanitari è singolarmente molto elevata in quanto prevista nei codici deontologici.

Mentre altrettanto non si può dire della conoscenza del Codice della Privacy.

Le leggi e i regolamenti entrati in vigore negli ultimi anni stanno richiedendo agli operatori del settore sanitario maggiori competenze in settori quali le normative privacy e l'informatica giuridica.

Centro unico di prenotazione (cup). Per Centro Unico di Prenotazione, si intende il sistema centralizzato informatizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie, deputato a:

- gestire l'intera offerta (SSN, regime convenzionato, libera professione intramoenia) con efficienza;

- strutturare in modo organizzato l'attività delle unità eroganti per ciò che attiene l'erogazione delle prestazioni;
- interfacciare le diverse procedure di gestione dell'erogazione, degli accessi e delle relative informazioni;
- supportare modalità di programmazione dell'offerta e comunicazione ai cittadini finalizzate al contenimento dei tempi di attesa.

Esistono numerose e variegata modalità di classificare i sistemi CUP esistenti, considerando tanto l'ambito territoriale di riferimento, quanto l'insieme delle risorse sanitarie gestite (sia in termini quantitativi: numerosità di prestazioni e agende; sia in termini qualitativi: tipologia di prestazioni e d'accesso – 1° e 2° livello), nonché diversi regimi di erogazione.

Generalmente viene adottata una distinzione in base all'ambito territoriale classificando CUP Aziendali e Interaziendali.

La situazione attuale. La situazione in termini di disponibilità, copertura e caratteristiche dei sistemi CUP è estremamente eterogenea. Si osserva in particolare una proliferazione di sistemi CUP a livello territoriale a cui si aggiunge una significativa diversificazione in termini di soluzioni applicative, tecnologiche ed infrastrutturali adottate.

Laddove siano presenti sistemi CUP regionali/provinciali, si è rilevato, nella maggior parte dei casi, che il sistema CUP non ha un'adeguata copertura in termini di prestazioni effettivamente prenotabili attraverso lo stesso.

I CUP esistenti operano spesso in modalità isolata e con canali differenziati.

Per quanto concerne la diffusione dei sistemi CUP con copertura regionale/provinciale, a livello nazionale si osserva come 8 Regioni/Province Autonome abbiano un sistema di CUP regionale/provinciale, 4 Regioni/Province Autonome dichiarano di avere dei progetti in corso oppure un sistema CUP con copertura sub-regionale/sub-provinciale, mentre 9 Regioni/Province Autonome descrivono di non avere, al momento della rilevazione effettuata dal Ministero della Salute, implementato un sistema di prenotazione unico a livello regionale/provinciale, né progetti in corso in tale ambito.

Modalità di prenotazione

Per quanto riguarda le modalità di prenotazione, si evidenzia che il canale più diffuso sia la prenotazione da un punto CUP posto all'interno dell'azienda, seguito dal call-center.

La prenotazione presso i punti CUP posti in strutture convenzionate e presso i medici sono abbastanza diffuse (si registrano, rispettivamente, nel 76% e nel 67% dei casi).

In alcune realtà (il 50% delle Regioni/Province Autonome) è stata implementata anche la possibilità di prenotare mediante altri canali (fax, portale internet, e-mail e/o totem posti all'interno dei comuni o dei supermercati nonché presso le farmacie).

Linee guida

Nell'ottica di definire un modello di riferimento a livello nazionale, attraverso il quale consentire una visione completa e pienamente integrata della rete di offerta dei servizi sanitari, sono state predisposte dal Ministero della salute, in collaborazione con le Regioni, apposite Linee guida nazionali.

Tali Linee guida sono finalizzate all'armonizzazione dei sistemi CUP, attraverso la definizione di caratteristiche minime ed uniformi relative a tali sistemi a livello nazionale.

Le Linee guida si focalizzano in prima istanza su aspetti di natura organizzativo-gestionale e informativo-semantiche, oltre che su aspetti di tipo funzionale, quali necessarie precondizioni all'efficace impiego delle nuove tecnologie.

Le Linee guida forniscono una disamina dei possibili canali di accesso attraverso i quali il cittadino può fruire dei servizi di prenotazione, tra i quali rientrano lo sportello presidiato, il telefono, l'accesso tramite internet, nonché le farmacie territoriali etc.

Cura e gestione del paziente cronico, il ruolo della tecnologia. I modelli organizzativi di presa in carico e continuità di cura per la gestione della cronicità non possono essere pensati escludendo la tecnologia, che deve essere integrata fin dall'inizio nella progettazione dei nuovi processi di cura.

L'innovazione digitale ha una duplice applicazione: da una parte, offre oggi soluzioni e strumenti di supporto avanzato per le cure dei pazienti, dall'altra è un elemento abilitante per la gestione multidisciplinare del paziente cronico che coinvolge diversi attori e richiede l'integrazione tra ospedale e servizi territoriali.

La velocità con cui si muove l'innovazione tecnologica ha permesso di sviluppare strumenti sempre più

avanzati e precisi per le cure dei pazienti.

Esistono infatti dispositivi “wearable” e strumenti di misurazione dei parametri vitali che consentono di monitorare e indirizzare i bisogni specifici dei pazienti, così come assistenti vocali che permettono di supportare e verificare l’aderenza terapeutica.

Secondo la Ricerca dell’Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità del Politecnico di Milano, si stima che nel 2017 le strutture sanitarie italiane abbiano investito circa 24 milioni di euro in progetti di telemedicina (in aumento rispetto ai 20 milioni dello scorso anno), ma, nonostante ormai se ne parli da molti anni, solo il 38% dei Direttori delle aziende sanitarie italiane lo reputa come un ambito molto rilevante.

La tecnologia è anche un fattore abilitante per la gestione della presa in carico, le cui potenzialità devono essere sfruttate nella progettazione dei processi di presa in carico; il supporto tecnologico per la gestione delle attività di presa in carico del paziente risulta diffuso soprattutto per le attività gestionali e amministrative, come la gestione dei dati anagrafici dei pazienti e la gestione delle prenotazioni delle prestazioni.

L’informatizzazione stenta, invece, a diffondersi come strumento per la messa in atto di percorsi individualizzati secondo il principio della presa in carico stabile del paziente: solo il 9% dei medici di medicina generale utilizza strumenti informatici per redigere il Piano di Assistenza Individuale da condividere poi con il pazienti, se la maggior parte dei piani di cura viene redatto su “carta”, la condivisione delle informazioni tra gli attori coinvolti nei processi risulta più difficile e questo rende quasi impossibile la gestione efficace del paziente in una prospettiva di continuità di cura.

Fascicolo elettronico. Quando si parla di Fascicolo sanitario elettronico si intende uno strumento, ovviamente digitale, quindi non un plico di fogli, dove ciascuno di noi può tener traccia della propria storia sanitaria, consultarla e farla consultare dai medici con cui ha a che fare e condividerla se è opportuno e utile farlo.

Nel 2004 sono state emanate le linee guida per la i piani regionali dei fascicoli elettronici, ad oggi sono operativi in 17 regioni, con caratteristiche e implementazioni molto diverse.

Il nucleo minimo dei dati e documenti del Fascicolo è costituito da:

- dati identificativi e amministrativi dell'assistito;
- referti;
- verbali pronto soccorso;
- lettere di dimissione;
- profilo sanitario sintetico;
- dossier farmaceutico;
- consenso o diniego alla donazione degli organi e tessuti.

Dati facoltativi.

Le differenze regionali a cui si faceva cenno, derivano dal fatto che alcuni dati sono inseriti facoltativamente, e, come si può osservare nell’elenco sotto riportato, sono dati la cui mancanza rendono non poco difficoltosa la definizione di quadro chiaro ed esaustivo:

- prescrizioni (specialistiche, farmaceutiche, ecc.);
- prenotazioni (specialistiche, di ricovero, ecc.);
- cartelle cliniche;
- bilanci di salute;
- assistenza domiciliare: scheda, programma e cartella clinico-assistenziale;
- piani diagnostico-terapeutici;
- assistenza residenziale e semiresidenziale: scheda multidimensionale di valutazione;
- erogazione farmaci;
- vaccinazioni;
- prestazioni di assistenza specialistica;
- prestazioni di emergenza urgenza (118 e pronto soccorso);
- prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di ricovero;
- certificati medici;
- taccuino personale dell'assistito;
- relazioni relative alle prestazioni erogate dal servizio di continuità assistenziale;
- autocertificazioni;
- partecipazione a sperimentazioni cliniche;

- esenzioni;
- prestazioni di assistenza protesica;
- dati a supporto delle attività di telemonitoraggio;
- dati a supporto delle attività di gestione integrata dei percorsi diagnostico-terapeutici;
- altri documenti rilevanti per i percorsi di cura dell'assistito

Interoperabilità U.E. Al fine di garantire l'assistenza sanitaria transfrontaliera tra gli Stati Membri dell'Unione Europea anche attraverso strumenti digitali, la Commissione Europea sta realizzando la rete informatica in grado di assicurare l'interoperabilità dei servizi di sanità elettronica attraverso il programma europeo Connecting Europe Facility (CEF).

I primi servizi ad essere attivati saranno quelli a sostegno dell'interoperabilità comunitaria del Patient Summary e dell'ePrescription/eDispensation mediante la realizzazione di una infrastruttura dedicata e connessa alla rete nazionale di interoperabilità dei fascicoli sanitari regionali.

Il progetto per la sua realizzazione "Deployment of generic cross border eHealth services in Italy" è iniziato ufficialmente nel gennaio 2017.

Attualmente le regioni partecipanti sono 11.

Ricetta digitale. La trasformazione da ricette cartacee a prescrizioni elettroniche è un passaggio obbligato nell'automazione dei processi di comunicazione sia all'interno delle stesse strutture di ricovero e cura, sia tra i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta e gli erogatori di servizi.

Il Sistema Tessera Sanitaria effettua in tempo reale i controlli che consentono:

- la corretta identificazione dell'assistito in fase di prescrizione;
- l'esistenza del diritto dell'assistito alle esenzioni per reddito;
- l'esistenza del farmaco da erogare (grazie all'interconnessione con la banca dati del prontuario AIFA) nonché la verifica che la medesima confezione non sia stata già venduta in precedenza;
- l'esistenza della prestazione specialistica sulla base dei nomenclatori tariffari e dei cataloghi forniti da ogni singola Regione.

Con la ricetta digitale c'è la possibilità di controllare l'appropriatezza prescrittiva e la sicurezza della richiesta in funzione delle allergie del paziente, delle terapie in corso, verificando ad esempio le possibili interferenze farmacologiche, delle linee guida e dei profili di cure nonché, più in generale, del quadro clinico complessivo.

Con il DPCM del 26 marzo 2008 sono state disciplinate le modalità di trasmissione telematica dei dati delle ricette da parte dei medici del SSN. In attuazione del citato DPCM, il Ministero della salute ha partecipato alle attività per la definizione dei Piani Regionali attuativi.

Tessera sanitaria. Carta nota a tutti i cittadini per il suo utilizzo nelle prestazioni sanitarie o per essere usata nelle farmacie al fine di gestire il monitoraggio della spesa sanitaria con la verifica e registrazione del codice fiscale del titolare.

La tessera sanitaria è anche utilizzata per esempio in settori finanziari, come evidenza per il Codice Fiscale.

Il Tessera Sanitaria (TS) presenta a vista un micro chip e ci si può chiedere a cosa serve questo dispositivo elettronico.

Questo serve a far diventare la TS una Carta Nazionale dei Servizi che dal punto di vista normativo (è definita nel Codice dell'amministrazione digitale) è il documento rilasciato su supporto informatico per consentire l'accesso per via telematica ai servizi erogati dalle pubbliche amministrazioni.

La Tessera Sanitaria permette di fruire dei servizi sanitari: va esibita quando il cittadino fa richiesta di un esame e va presentato insieme all'impegnativa del medico di base.

Oltre a dover essere esibita al personale competente per la prenotazione di visite mediche, la Tessera Sanitaria deve essere mostrata anche in farmacia al momento dell'acquisto dei medicinali dietro prescrizione, ma è valida anche per poter fruire delle cure termali messe a disposizione dall'INPS.

Con lo scontrino fiscale emesso dal farmacista, viene certificato l'acquisto di un determinato farmaco da parte di quel cittadino.

Gli scontrini per spese mediche dovranno poi essere conservati e saranno validi per la detrazione Irpef della dichiarazione dei redditi.

La Tessera Sanitaria, che ha una validità di 6 anni, contiene i dati personali del cittadino, compreso il codice fiscale in formato "barcode" e la data di scadenza. Stando alle ultime notizie inoltre, la tessera sanitaria potrebbe essere lo strumento sul quale verrà accreditato il reddito di cittadinanza a partire dal 1° aprile

LE PRINCIPALI LEGGI

- Costituzione della Repubblica: art. 32
- Legge 12 febbraio 1968, n. 132. Riforma ospedaliera
- DPR 14 gennaio 1972 n. 4. Trasferimento alle regioni le funzioni amministrative statali in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, inclusi il personale e gli uffici.
- Legge 17 agosto 1974 n. 386. Estinzione dei debiti che le mutue: istituzione del Fondo Nazionale per l'Assistenza Ospedaliera
- Legge 29 giugno 1977 n. 349. Soppressione delle mutue
- DPR 24 luglio 1977 n. 616. Trasferimento alle regioni di funzioni amministrative in materia sanitaria, esercitate dagli enti diversi dallo Stato.
- Legge 23 dicembre 1978 n. 833. Riforma Sanitaria
- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502
- Decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999 n. 229. Riforma del Servizio Sanitario Nazionale.
- Decreto legislativo 21 dicembre 1999 n. 517. Ridefinizione dei rapporti tra il Servizio Sanitario Nazionale e l'Università
- Decreto legislativo 28 LUGLIO 2000N°254. Potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari
- Decreto 8 giugno 2001 Ripartizione delle risorse finanziarie destinate alla realizzazione delle strutture

Atti normativi riguardanti la Salute:

- Legge 180/1978: Legge Basaglia,
- Legge 194/1978: Interruzione di gravidanza.
- Decreto Balduzzi, Legge 189/2012
- Legge Gelli 8 marzo 2017 n. 24

SCARICA LA APP

<http://www.abcodeiritti.it/website/>



**ABC
DEI
DIRITTI**



**ABC
DEI
DIRITTI**



**GUIDE
TEMATICHE**



**L'ESPERTO
RISPONDE**



CONTATTI

LE ULTIME USCITE

ABC DEI