

su abcdei diritti c'è te l'avevo detto

ABCDEIRITTI. TUTTI I TUOI DIRITTI IN UNA SOLA APP. SCARICALA DA GOOGLE PLAY O APP STORE.

Download on the App Store | **ABCDEIRITTI. Per tutti. Tutti i giorni.** | **FP CGIL**

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

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

<https://youtu.be/XPZM21er7uQ>

LA SANITA' IN ITALIA DALLE SUE ORIGINI AD OGGI

Antonio Marchini

INDICE

- Premessa
- Storia degli ospedali
- La sanità pubblica prima dell'unità d'Italia
- Le società di mutuo soccorso
- L'ottocento
- Dopo la Seconda guerra mondiale
- La prima riforma ospedaliera
- Il processo di decentramento
- La riforma della psichiatria
- Il sistema sanitario nazionale SSN
- Gli anni 80' e 90'
- 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
- Le strutture del SSN
- Il sistema dei controlli sulle aziende sanitarie
- I LEA
- L'assistenza sociosanitaria
- Programmazione sanitaria statale - piano sanitario nazionale
- La programmazione sanitaria regionale e il piano sanitario regionale
- Il finanziamento
- Compartecipazione dei cittadini al costo delle prestazioni
- Le strutture sanitarie private
- I rapporti tra il servizio sanitario nazionale e l'università
- La ricerca sanitaria
- Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, province e regioni
- Uno sguardo al futuro: la sanità digitale

- Croce Rossa Italiana
 - Lega italiana per la lotta contro i tumori (LILT)
 - Gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS)
 - Istituti zooprofilattici (IZS)
 - Agenzie regionali di protezione dell'ambiente
 - Piano sanitario nazionale
 - Piano nazionale della prevenzione (PNP)
 - Patti per la salute
 - Enti di rilievo internazionale
 - Le responsabilità in ambito sanitario
 - Le professioni sanitarie
 - La pandemia da Covid-19
-

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.

STORIA DEGLI OSPEDALI

Anticamente

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 Cenasio).

Successivamente, apparvero, in contemporanea con il movimento delle crociate, gli Ordini ospedalieri: 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.

In questo contesto assai articolato si collocano numerosi ospedali promossi dagli ordini ospedalieri, essi praticavano un ampio spettro di forme di soccorso come dimostra l'ordine di San Giovanni in Gerusalemme.

Riconosciuto ufficialmente come ordine religioso nel 1153 da papa Eugenio III, l'attività assistenziale dell'ordine ricalca quella di altri gruppi aderenti alla medesima spiritualità agostiniana, che contemplava l'aiuto ai poveri, ai pellegrini, alle vedove, ai vecchi, agli esposti, nonché interventi manutentivi alle strutture riservate all'ospitalità e alla viabilità.

Finalità più circoscritte, almeno originariamente, qualificarono l'ordine di San Giacomo d'Altopascio, sorto intorno al 1080 ad Altopascio, non lontano da Lucca sulla via Francigena, che rappresentava la via obbligata per i numerosi pellegrini per raggiungere Roma per visitare la tomba di San Pietro, l'ordine garantiva ospitalità e protezione a chi si avventurava lungo questo impervio cammino.

Attenti prevalentemente agli aspetti medico-sanitari furono gli Antoniani, impegnati nella cura dell'ergotismo, affezione meglio conosciuta col nome di fuoco di Sant'Antonio, e i Lazzariti, specializzati nella cura della lebbra.

Per la precoce attenzione all'infanzia abbandonata merita di essere menzionato l'ordine di Santo Spirito, al quale papa Innocenzo III affidò la direzione dell'ospedale romano di Santa Maria in Sassia.

La fondazione e la gestione di questi istituti non furono sempre pacifiche.

Sovente si scatenarono tensioni tra i rettori degli stessi e i poteri locali, religiosi e civili, che vedevano in questi luoghi strumenti di affermazione territoriale e di preminenza sociale.

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.

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.

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; 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.

I malati non disponevano di "letti" singoli, le persone giacevano sui pagliericci in un numero di tre persone di grande corporatura, quelle di corporatura media in un numero di quattro e quelle di taglia più piccola 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'analogia 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.

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 prevarrà 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.

LE SOCIETÀ DI MUTO SOCCORSO

Tra il 1700 e il 1800, la Rivoluzione Industriale fu all'origine dello sconvolgimento dei precedenti assetti sociali: la meccanizzazione del lavoro non necessitava più di competenze, abilità e capacità creative. I lavoratori inurbati di estrazione contadina vivevano nelle fabbriche l'intera giornata, in condizioni di precarietà igienica e di insicurezza.

Ma è proprio dal quotidiano contatto e dal sentimento di condivisione dei bisogni che spontaneamente

presero corpo relazioni interpersonali forti, vincolate da patti associativi e solidaristici di autodifesa.

Nei primi decenni dell'800 nelle officine e negli opifici maggiori del nord Italia erano limitatamente diffuse le collette, casse-deposito alimentate dai lavoratori e gestite dal padrone che doveva provvedere a sostenerli in caso di malattia.

Mancava pressoché ovunque una legislazione sociale. Le imprese potevano disporre della manodopera liberamente, senza alcun vincolo.

Previdenza, prevenzione degli infortuni e tutela dei diritti dei lavoratori erano concetti non contemplati nel ciclo produttivo.

Gli scioperi e le manifestazioni di piazza di fine Ottocento e inizio Novecento furono sostenute dal Partito socialista, sorto nel 1892, dalle Camere del lavoro, dalle Leghe di resistenza e scossero a tal punto lo stato liberale da indurlo ad assumere il ruolo di garanzia e tutela del lavoro e dei salari attraverso l'emanazione di nuove leggi.

Il 29 ed il 30 giugno 1900 si tenne a Milano il Congresso nazionale della previdenza fra le società di mutuo soccorso d'Italia.

Nell'occasione, fu la Lega nazionale delle cooperative italiane, nella persona di Antonio Maffi, direttore de "La Cooperazione Italiana", a lanciare l'idea di una organizzazione comune tra le società di mutuo soccorso la quale potesse, pur salvaguardando l'autonomia di ogni singolo sodalizio e prescindendo da ogni ragione politica, promuovere ed indirizzare le istanze di interesse generale del mutuo soccorso.

Il 5 settembre 1900 nacque la Federazione italiana delle società di mutuo soccorso, che, nel 1912 assunse il nome di "Federazione italiana delle società di mutuo soccorso e delle casse e degli istituti di previdenza".

Le società di mutuo soccorso nacquero per fare fronte ai bisogni di assistenza e di previdenza manifestatisi nel nuovo contesto sociale che si andava affermando nel corso dell'Ottocento.

Con il pagamento di una piccola quota mensile, garantivano sussidi in caso di malattia, di invalidità o di morte a chi si trovava in una situazione di bisogno.

Occorre tenere presente che non esisteva all'epoca nessuna forma di servizio sanitario, come non esisteva la pensione: quindi non vi era né previdenza né assistenza e i salari operai erano fermi al puro sostentamento.

In caso di malattia del capo famiglia, moglie e figli erano ridotti alla fame, o nella migliore delle ipotesi erano costretti a chiedere aiuto a parenti e amici.

Dopo alcuni progetti di legge che non ebbero esito positivo, fu avviato un vivace dibattito interno al mutualismo che portò nel 1882 le società a sostenere un primo disegno di legge proposto dal ministro Domenico Berti.

Ripresentata successivamente dal ministro Bernardino Grimaldi la legge n. 3.818 fu poi approvata dal Parlamento il 15 aprile 1886, ed è rimasta in vigore fino ai giorni nostri, con modifiche apportate soltanto nel 2012.

Gli anni che seguirono l'approvazione della legge sul mutuo soccorso del 1886 furono particolarmente difficili, contrassegnati da una forte conflittualità popolare culminata nei moti dei Fasci siciliani (1891-1894) che il governo represses nel sangue, ponendo l'isola in stato d'assedio.

A Milano, Torino, Piacenza sorgevano le prime camere del lavoro mentre nel 1892 nasceva a Genova il Partito socialista. In breve tempo sarebbero state fondate pure le federazioni di mestiere, portando al definitivo affermarsi del sindacato.

Anche la chiesa, con l'enciclica Rerum Novarum del 1891, tese a dare una spinta a tutto il movimento cattolico, confutando le teorie marxiste.

Nella nuova visione ecclesiale le società di mutuo soccorso cattoliche dovevano moltiplicare la loro presenza e il loro apostolato.

Laiche o cattoliche, profondamente divise le une dalle altre e su versanti opposti in temi focali come quello dell'istruzione (che molti cattolici intransigenti non volevano obbligatoria), le società di Mutuo soccorso parevano unanimi nel rifiutare il controllo del governo, al punto che, un decennio dopo la legge del 1886, soltanto il 20% di esse aveva chiesto il riconoscimento giuridico.

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.

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 la precedente legislazione ma prevede l'abrogazione di tutte le disposizioni adottate dai precedenti 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 testo di 138 articoli, che resterà in vigore per oltre vent'anni.

IL NOVECENTO

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.

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 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.

Negli scali di approdo e nei porti sono ubicati uffici di sanità marittima e lazzeretti 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.

GLI ANNI DEL FASCISMO

L'assistenza sanitaria venne confinata negli interventi di beneficenza e lasciata all'iniziativa dei privati e all'intervento delle organizzazioni religiose.

Infatti, 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, in quanto il concetto salute era caratterizzato da contenuti fortemente privatistici.

Nello stato fascista l'assistenza dei lavoratori è impostata al fine di tutelare la salute e la forza fisica della popolazione operaia e dei contadini, con lo scopo di migliorare ed aumentare il rendimento del lavoro, oltre che la protezione igienica delle madri occupate nelle aziende industriali e commerciali.

Il regime fascista sviluppa e articola le mutue in un sistema unico gestito dallo Stato. In linea con quanto avviato dal governo Crispi, interviene strutturando organizzativamente secondo quanto è in embrione e secondo quanto è necessario alle masse popolari in un paese che il regime vuole portare al livello degli altri paesi imperialisti, ma mette a disposizione risorse finanziarie minime: delega il loro reperimento alla beneficenza, a enti locali che le dovrebbero trovare autonomamente, ai lavoratori nel caso delle Casse mutue di malattia che istituisce con la Carta del Lavoro del 21 aprile 1927.

Sono stabilite nei contratti collettivi di lavoro, dice la Carta e "con il contributo delle imprese e dei lavoratori, amministrato da loro rappresentanti sotto la vigilanza degli organismi corporativi".

Le casse mutue forniscono copertura sanitaria a circa il 35% della popolazione italiana, principalmente lavoratori del settore privato, a cui si aggiungono verso la fine della guerra lavoratori dello Stato, degli enti locali e loro familiari.

Uno degli obiettivi principali è la lotta contro la tubercolosi: l'assicurazione obbligatoria contro questa malattia copre tutti i lavoratori del settore privato tra i 15 e 65 anni (con l'eccezione degli impiegati considerati benestanti) e garantisce ricovero in sanatori e istituti convenzionati, mentre i Dispensari istituiti da Comitati Provinciali Antitubercolari provvedono a profilassi e ricoveri per chi non ha assicurazione.

Nel ventennio fascista nascono diversi enti che ritroveremo nell'Italia repubblicana e che molto lentamente saranno oggetto di prime timide "ristrutturazioni":

- l'unione Italiana Ciechi nel 1923,
- l'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e Infanzia (ONMI) nel 1925 (resterà in funzione fino al 1975)
- i Consorzi Provinciali Antitubercolari nel 1927
- l'Ente Nazionale per la Protezione e l'Assistenza ai Sordomuti nel 1932,
- l'Istituto Nazionale Fascista per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INFAIL, divenuto INAIL dopo la caduta del regime) nel 1933
- l'Istituto Nazionale Fascista per la Previdenza Sociale (INFPS, divenuto INPS dopo la caduta del regime) nel 1933
- gli Enti Comunali di Assistenza (ECA) nel 1937, da cui nasceranno le IPAB (sebbene in parte già presenti verso la fine dell'800)
- l'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza per i Dipendenti Statali nel 1942,
- l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie (INAM) nel 1943 (soppresso con l'entrata in vigore della legge 833/78 del 23 dicembre 1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale.

Il processo della creazione di istituzioni pubbliche (alcune delle quali tuttora esistenti e tra le maggiori del paese, come l'INPS) fa parte dello sforzo per rafforzare la struttura economica e politica del paese.

In termini generali il regime fascista tenta di rendersi pienamente politicamente autonomo dalla Chiesa, che non intende perdere terreno in campi quali la sanità, l'assistenza e la previdenza.

Il contrasto con la Chiesa spiega il ritardo nell'istituzione dell'INAM, l'11 gennaio 1943, quindi nel pieno della guerra e come mezzo per cercare di mantenere il consenso delle masse popolari.

Quanto al fattore economico, l'assistenza ai poveri inseriti negli elenchi subirà restrizioni in proporzione alla penuria finanziaria dei Comuni, con norme limitanti l'accesso agli ospedali e pressioni sui medici condotti da parte delle prefetture per limitarlo ulteriormente.

Nel 1938 con la legge Petragliani gli ospedali sono distinti dalle infermerie e sono classificati in tre categorie in base alle dimensioni, misurate come presenza media giornaliera di ricoverati.

Infermerie ed ospedali di terza categoria costituiscono l'85 % delle strutture specialmente nelle aree rurali e al Sud.

Gli ospedali di prima categoria con più di mille posti letto sono nelle grandi città, al Nord come al Sud.

Il finanziamento è affidato a benefattori che sono anche dirigenti degli enti che essi finanziano.

Le altre entrate sono quelle delle casse mutue che pagano per i loro iscritti e quelle dei Comuni che pagano per i poveri.

Per clienti paganti è previsto un servizio di eccellenza rispetto a quello delle mutue e ancor più rispetto a quello di chi non ha la mutua.

Questa situazione si protrae ben oltre la caduta del fascismo, fino all'istituzione del Servizio Sanitario

DOPO LA SECONDA GUERRA MONDIALE

Un Paese stremato moralmente, socialmente, democraticamente, economicamente. Un sistema sanitario a pezzi e la salute degli italiani a rischio, senza tutele e garanzie.

Sotto le macerie del nazi-fascismo, quel 25 aprile del 1945, 70 anni fa, l'Italia si trovò a ripartire da zero.

Vent'anni di fascismo, la sconcia missione in Africa con tutte le sue scorie, la seconda guerra mondiale al fianco di Hitler, l'occupazione nazista.

Poi la liberazione, il 25 aprile 1945.

Descrivendo nel dicembre 1944 la condizione sanitaria nelle zone liberate dell'Italia del Sud, il capo della delegazione medica americana Myron Taylor aveva segnalato che *“se dovesse scoppiare un'epidemia qui, spazzerebbe via tutti, tanto basse sono le resistenze di tutta la popolazione. Le medicine sono molto scarse e, fino a poco tempo fa, praticamente inesistenti”*

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. “comitato di liberazione Nazionale dell'alta Italia” ed individuò tre ordini di problemi, programmatico, istituzionale e funzionale, intorno ai quali si svolgerà un intenso dibattito.

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 all'Alto Commissario vennero attribuite le funzioni di tutela della salute pubblica, della vigilanza sulla Croce Rossa, sull'opera nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia.

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.

La gravissima epidemia di tifo che aveva colpito la città di Napoli descritta da Curzio Malaparte nel suo romanzo *“La pelle”* (Curzio Malaparte), mise in grande allarme le forze armate alleate che la combatterono con un massiccio spargimento di DDT sulle persone e sulle cose.

Le istituzioni sanitarie versavano in una profonda crisi finanziaria e strutturale.

Gli Enti ospedalieri, inegualmente distribuiti nel territorio nazionale fra nord e sud e fra città e campagna, duramente provati dalle distruzioni e dalle requisizioni subite durante la guerra, vedevano i loro patrimoni falcidiati dalla svalutazione e dall'inflazione.

L'apparato previdenziale, di cui erano parte integrante anche le casse mutue sanitarie anarchicamente proliferate durante il regime, alla crisi strutturale si erano aggiunti gli eventi congiunturali della disoccupazione, dell'inflazione dei prezzi e della svalutazione della moneta che avevano determinato una crisi finanziaria all'intero settore previdenziale che si sarebbe protratta fino agli anni '50.

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.

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 era 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) inoltre, gli uffici sanitari speciali o di frontiera.

Sono inoltre quattro: 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 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.

L'agenzia italiana del farmaco (AIFA). Nasce nel 2003 nella consapevolezza che essendo i farmaci preziosi strumenti di tutela della salute e che essi siano erogati dal SSN in quanto inclusi nei livelli essenziali di assistenza (LEA), occorre garantire l'unitarietà delle attività in materia farmaceutica e favorire in tutta Italia gli investimenti di ricerca e sviluppo.

In particolare, all'agenzia spettano compiti di consulenza tecnica in materia di:

- autorizzazione all'immissione in commercio dei farmaci
- monitoraggio continuo di beneficio-rischio
- sperimentazione clinica
- ispezioni
- informazione
- promozione ricerca
- governo della spesa farmaceutica

L'agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS)

Sottoposta alla vigilanza del Ministero della salute è istituita nel 2003. L'agenzia, fungendo da raccordo fra centro e organismi territoriali, ha compiti di supporto delle attività regionali, di valutazione comparativa dei costi e dei rendimenti dei servizi resi ai cittadini e di segnalazione degli sprechi nella gestione delle risorse personali e materiali e nelle forniture, di trasferimento delle innovazioni e delle sperimentazioni in materia sanitaria.

Un'ulteriore competenza dell'agenzia consiste nella gestione dei programmi di educazione continua in medicina (ECM) rivolti a tutto il personale sanitario per l'aggiornamento e la formazione post-laurea.

L'INMP

L'istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto alla povertà è nato nel 2007, è un ente di riferimento per l'assistenza socio-sanitaria delle popolazioni migranti e alle fasce più deboli della società e riveste un ruolo di centro nazionale di mediazione trans-culturale in ambito sanitario.

LA PRIMA RIFORMA OSPEDALIERA

Successivamente all'istituzione del Ministero della sanità in qualità di sede istituzionale delle competenze in materia di sanità pubblica, si pervenne in base al principio introdotto dalla Costituzione alla tutela sanitaria intesa come diritto del cittadino ed interesse prioritario dello Stato.

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.

La riforma sarà attuata nel 1968 con la legge delega 132 (Legge Mariotti), attraverso successivi decreti attuativi.

- DPR 129/1969 che riguardava l'ordinamento dei servizi negli ospedali
- DPR 129/1969 sull'ordinamento interno dei servizi
- DPR 130/1969 sullo stato giuridico del personale

Nasce con la legge l'Ente ospedaliero dotato di personalità giuridica di diritto pubblico, e si realizza il passaggio da un'assistenza volontaristica all'assistenza ospedaliera quale servizio pubblico dello Stato, quindi per tutti i cittadini.

Erano previste due tipologie di ospedali:

- gli ospedali generali
- gli ospedali specializzati

con queste distinzioni:

- ospedali per acuti
- ospedali per lungodegenti
- ospedali per convalescenti

Con la nascita dell'ente ospedaliero si realizza il passaggio da un'assistenza su base volontaristica, all'assistenza ospedaliera quale servizio pubblico diretto a tutti i cittadini.

La legge 132 intendeva realizzare un primo momento di decentramento istituzionale del settore, delegando l'individuazione degli enti ospedalieri alle Regioni, le quali diventavano titolari della funzione di vigilanza in materia, lasciando al Ministero della sanità la tutela degli interessi generali dello Stato.

Nonostante questa riforma avesse degli obiettivi ben precisi e delle conseguenze rilevanti, non fu in grado di risollevare dal dissesto finanziario le mutue, che furono commissariate e poi liquidate. Questo primo cambiamento radicale ha dato il via al successivo e definitivo cambiamento, cioè l'istituzione dell'attuale Servizio Sanitario Nazionale SSN.

Il trasferimento delle competenze alle Regioni

Una tappa molto importante verso la riforma sanitaria è rappresentata dal DPR 14 gennaio 1972 n. 4 che ha avviato il processo di "regionalizzazione"

Verranno trasferiti alle Regioni:

- gli uffici medici provinciali
- gli uffici dei veterinari provinciali
- gli uffici sanitari dei Comuni
- gli uffici sanitari dei consorzi comunali
- i consigli provinciali di sanità
- i consorzi provinciali antitubercolari
- i dispensari antivenerei

Il trasferimento delle funzioni così operato non era privo di lacune e di discrasie, esso infatti non comprendeva il settore dell'assistenza mutualistica.

IL PROCESSO DI DECENTRAMENTO

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.

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 redistribuzione 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.

La scomparsa degli enti mutualistici

Gli enti mutualistici in crisi organizzativa e finanziaria anche a causa dei debiti accumulati dagli stessi enti ospedalieri furono soppressi nel 1977 con la legge 349.

Le prestazioni di assistenza ospedaliera venivano affidate alle Regioni che le fornivano ai soggetti assistiti in forma diretta e senza limiti di durata avvalendosi degli enti ospedalieri nonché, a seguito di convenzioni, di altre strutture eroganti assistenza ospedaliera privata.

In tal modo gli ospedali diventano enti strumentali delle Regioni, finanziati dalle stesse attraverso la ripartizione effettuata dal Ministero della Sanità, con un fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera costituito dai contributi che pagavano i lavoratori e i datori di lavoro.

LA RIFORMA DELLA PSICHIATRIA

Nell'antichità la malattia, soprattutto mentale, veniva spesso ricondotta all'intervento di forze soprannaturali, divine, per questo veniva "curata" attraverso riti mistico-religiosi.

Nel Medioevo, invece, le persone che manifestavano comportamenti ritenuti "bizzarri", venivano considerate possedute; in questo caso la "cura" era affidata ad esponenti della Chiesa, tentando di combattere la possessione e, soprattutto le donne venivano messe al rogo, con l'idea che l'anima si allontanasse o si rimuovesse il più rapidamente possibile.

Nel XVII secolo, con la nascita della psichiatria, si iniziò a denunciare il sistema correttivo capendo che la maggior parte delle persone rinchiuso non aveva bisogno di alcun trattamento.

Tuttavia, la malattia mentale continuava ad essere considerata incomprensibile, ed i metodi restavano disumani.

Le condizioni di vita, in un manicomio, erano ben peggiori di quelle di un qualsiasi penitenziario.

Le terapie applicate erano la segregazione nei letti di contenzione, la camicia di forza, l'elettroshock praticato in maniera selvaggia, le docce fredde, l'insulina-terapia, la lobotomia.

Questi trattamenti si basavano sulla speranza di modificare qualcosa nel paziente creandogli uno shock ed un malato di mente vi entrava come "persona" per poi diventare una "cosa".

Gli ospedali psichiatrici istituiti in Italia dal XV secolo furono, regolati per la prima volta, in Italia nel 1904. rimanendo in vigore fino al 1978.

Furono chiamati "manicomi", "frenocomi" o con altri nomi caratterizzanti

Nei manicomi provinciali italiani, sparsi in tutto lo stivale, entravano malati affetti da disturbi mentali ma anche persone che avevano la colpa di rappresentare un pericolo per la società, un rischio, un semplice imbarazzo (senza tetto, sbandati e principalmente oppositori politici).

Il manicomio divenne il più pratico strumento per “togliere” di mezzo persone scomode, bypassando lunghi e complessi iter giuridici.

L’istituzione manicomiale vede negli anni ’50 oltre 100mila cittadini internati. I manicomi svolgono una funzione prevalente di contenitore sociale di una serie di problemi diversificati, la popolazione è costituita non soltanto da persone con disturbi mentali, ma anche da disabili gravi e gravissimi, disadattati sociali, emarginati, alcolisti.

C’è perfino chi nasce in manicomio e vi trascorre tutta la vita. Il ricovero, quasi sempre deciso da altri, è obbligatorio e spesso dura fino alla morte, in quanto non esistono stimoli o soluzioni alternative.

con la scoperta del primo neurolettico-la clorpromazina, antagonista della dopamina, comincia a cambiare anche il trattamento del “folle”.

Già in quegli anni la società iniziò a condannare i manicomi come luoghi in cui le persone perdevano la loro identità.

Negli anni ’60 si inaugurarono i primi governi dove affermavano l’aspettativa di un cambiamento e di apertura anche sulla psichiatria.

Vi era l’intento di trasformare i manicomi in ospedali psichiatrici dove poter curare, se non addirittura guarire, i malati di mente; si cominciò a parlare, anche, di Unità Sanitaria Locale.

Il 1968 fu l’anno della svolta, vi fu l’occupazione dell’Ospedale di Colorno per richiamare l’attenzione della città sui problemi della reclusione manicomiale; in Italia vennero approvate alcune modifiche normative iniziando a prevedere il ricovero volontario e si cominciarono ad istituire i centri di igiene mentale a livello provinciale.

Si abbatteva la regola dell’annotazione nel casellario giudiziario il paziente non perdeva più i diritti civili (come quello di votare); il paziente aveva la possibilità di effettuare un ricovero volontario; nascono le cliniche private, i pazienti potevano avere una via d’uscita dal manicomio.

L’idea, comunque, non cambiava e i manicomi rimanevano sempre luoghi di aberrazione.

Nel 1977 si cominciò a considerare la tutela della salute quale diritto fondamentale della persona e interesse della collettività, sottolineando la necessità di creare un Servizio Sanitario, in grado di affrontare la malattia mentale in un’ottica completamente differente.

Nel 1978 arriverà la legge 833 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale dove il cittadino era garantito e non vi era nessuna distinzione di ceto o etnia, per il recupero della salute fisica e psichica.

Pian piano le persone cominciarono a rendersi conto della realtà del manicomio ed è in questo clima che nasce la legge 180 il 13 maggio 1978.

Una vera rivoluzione storica grazie al suo promotore, Basaglia, che in molti ritengono che sia stata proprio questa legge a far sì di chiudere i manicomi, anche se in realtà rappresentava soltanto l’inizio di un processo culturale e politico molto complesso.

Franco Basaglia è uno dei più noti psichiatri moderni, le cui idee innovative sancirono la fine della vecchia concezione di psichiatria e, soprattutto, del vecchio concetto di cura psichiatrica.

A Basaglia si deve la Legge 180, detta anche “Legge Basaglia”, che trasformò il vecchio ordinamento degli ospedali psichiatrici italiani, promuovendo un nuovo trattamento e cura dei disturbi mentali e, soprattutto, sostenendo il rispetto della persona umana.

Solo sul finire degli ’80, a seguito della definitiva applicazione della legge Basaglia, i manicomi furono definitivamente chiusi.

I punti cruciali della Legge 180/78:

- Eliminazione del concetto di pericolosità per sé e gli altri: trattamento sanitario in psichiatria basato sul diritto della persona alla cura e alla salute
- Rispetto dei diritti umani (ad esempio, diritto di comunicare e diritto di voto)
- Disposizione di chiusura degli OP su tutto il territorio nazionale
- Costruzione di strutture alternative al manicomio
- Servizi psichiatrici territoriali come fulcro dell’assistenza psichiatrica
- Istituzione dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (Spdc) all’interno degli ospedali generali per il trattamento delle acuzie
- Trattamento sanitario di norma volontario: prevenzione, cura e riabilitazione

- Interventi terapeutici urgenti in caso di rifiuto di cure e mancanza di idonee condizioni per il trattamento extra-ospedaliero: Trattamento sanitario obbligatorio (TSO)
- Introduzione del concetto di “correlazione funzionale” tra Spdc o strutture di ricovero e servizi territoriali, sulla scia del principio di continuità terapeutica.
- creazione di nuove competenze professionali che mettano in grado gli operatori di lavorare sia nella struttura ospedaliera, che in ambulatorio, che al domicilio e nelle strutture di accoglienza intermedia fra l’ospedale e la famiglia
- Introduzione di concetti quali il decentramento, la territorialità, la continuità terapeutica tra ospedale psichiatrico e territorio, il lavoro in équipe.

Nell’ambito dell’assistenza distrettuale, a livello domiciliare e territoriale, il SSN assicura ai soggetti affetti da disturbi mentali, interventi sanitari e, se necessario, sociali, lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include prestazioni di tipo medico-specialistico, diagnostico, terapeutico, psicologico, psicoterapeutico e riabilitativo.

A livello residenziale e semiresidenziale, in collaborazione con i centri di salute mentale, il SSN garantisce interventi diretti di trattamento:

- terapeutico-riabilitativo ad alta intensità riabilitativa ed elevata tutela sanitaria
- terapeutico-riabilitativo a carattere estensivo, rivolti a pazienti stabilizzati in situazione di gravità moderata
- socioriabilitativo per pazienti con quadri variabili di autosufficienza e bassa intensità riabilitativa

Il SSN copre interamente i trattamenti terapeutici riabilitativi, mentre i socioriabilitativi sono coperti fino al 40% della spesa giornaliera.

Ospedali psichiatrici giudiziari. Con la legge 9/2012 si è operato per il superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari, con la previsione di strutture territoriali protette: residenze per l’esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), a gestione esclusivamente sanitaria,

La norma sancisce che tutti i diritti della persona internata nelle REMS siano disciplinati dalla normativa penitenziaria, ma la custodia è affidata al Dipartimento dell’Amministrazione penitenziaria.

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 Farnitalia 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 subentrare 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 stallo 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 1971.

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 traguardare 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'Icmesa 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 un'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 zonal, 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 sollecitata dalle esigenze locali.

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 sociosanitari 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.

LA LEGGE 502 DEL 1992 E LA LEGGE 517 DEL 1993

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 n. 412/1991 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 socioassistenziale, 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 socioassistenziali: le funzioni sanitarie sono a carico dell'Azienda Sanitaria, mentre quelli socioassistenziali sono di competenza degli Enti Locali; le Aziende Sanitarie possono gestire interventi socioassistenziali 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 socioassistenziali e 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 carta dei servizi sanitari

La carta dei servizi sanitari rappresenta uno strumento di cui si avvalgono i cittadini.

Essa è stata introdotta con DPCM 19.5. 1995 al fine di migliorare i rapporti tra il cittadino e il SSN e di garantire la tutela dei diritti degli assistiti.

Essa simboleggia una sorta di patto tra l'azienda ospedaliera e i rispettivi assistiti, lo strumento ufficiale di tutela dei cittadini, caratterizzato dall'adozione di criteri qualitativi e quantitativi dei servizi erogati.

La carta si articola in sezioni:

- principi fondamentali cui deve essere uniformata l'erogazione dei servizi: eguaglianza, imparzialità, continuità, diritto di scelta, partecipazione, efficienza ed efficacia
- prima informazione dei cittadini ed accessibilità dei dati e documenti
- metodologie di controllo e verifica di qualità generali, impegni e programmi
- meccanismi di tutela dei diritti dei cittadini/utenti

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,

- 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 sociosanitarie

-La promozione della ricerca scientifica

-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 sociosanitaria 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.

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.

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.

L'evoluzione dell'Azienda sanitaria locale (ASL)

Le Unità Sanitarie Locali (USL) hanno rappresentata indubbiamente l'innovazione principale della Legge 833/1978, che erano disegnate per servire un bacino d'utenza da 50.000 a 200.000 abitanti, a seconda delle caratteristiche socioeconomiche e morfologiche della zona.

La legge precisava *che alla gestione unitaria della tutela della salute si provvede in modo uniforme su tutto il territorio nazionale mediante una rete completa di USL e, ancora, è il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei Comuni singoli o associati e delle Comunità montane, i quali in un ambito territorialmente determinato assolvono ai compiti del SSN.*

Per garantire l'interazione con il territorio, vale a dire la dimensione sociale e quella sanitaria, le USL potevano articolarsi in distretti sanitari di base strutture tecnico-funzionali per garantire le prestazioni di primo livello come, ad esempio: tutela sanitaria dell'ambiente di vita e di lavoro, degli alimenti, delle attività fisico ricreative.

Oltre a ciò, i distretti dovevano garantire il primo intervento: distribuzione dei farmaci, attività diagnostiche e terapeutiche a domicilio e ambulatoriali.

Dalle USL si è passati alle ASL.

L'introduzione del principio di aziendalizzazione nel Servizio sanitario nazionale risale al riordino operato con il D.lgs 502 del 1992 .

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 ospedaliere, 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 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.

I presidi ospedalieri

I presidi ospedalieri sono gli ospedali non costituiti in Azienda ospedaliera. Essi realizzano a livello territoriale la distribuzione di presenza di servizio sanitario (si pensi ai piccoli Comuni) erogando prestazioni di servizi sanitari specialistici non erogabili nell'ambito della rete territoriale.

Le Aziende ospedaliere.

Le aziende ospedaliere sono gli ospedali incorporati dalla ASL e costituiti in aziende autonome dotate di personalità giuridica e autonomia imprenditoriale.

Generalmente nella maggior parte delle Regioni esistono queste strutture che fanno capo al SSN, sono distinte dalle ASL e rispondono direttamente alla Regione e al Ministero.

Le aziende ospedaliere devono possedere precisi requisiti:

- a) organizzazione dipartimentale di tutte le unità operative presenti nella struttura
- b) disponibilità di un sistema di contabilità economico-patrimoniale e di una contabilità per centri di costo
- c) presenza di almeno tre unità operative di alta specialità
- d) dipartimento di emergenza di secondo livello
- e) ruolo di ospedale di riferimento in programmi integrati di assistenza su base regionale e interregionale
- f) attività di ricovero in degenza ordinaria
- g) disponibilità di un proprio patrimonio immobiliare

I requisiti di cui alle lettere C) e D) non si applicano agli ospedali di alta specializzazione che sono presidi che erogano prestazioni specialistiche di diagnosi, cura e riabilitazione afferenti una disciplina medico-chirurgica o più discipline medico-chirurgiche, fra loro strettamente complementari in relazione all'attività svolta.

Regolamento degli standard qualitativi dell'assistenza ospedaliera

Il D.M 70/2015, ha definito le condizioni necessarie per garantire livelli di assistenza ospedaliera omogenei su tutto il territorio nazionale, in termini di adeguatezza delle strutture, delle risorse umane impiegate in rapporto al numero dei pazienti trattati, fissando standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi.

La classificazione delle strutture ospedaliere è individuata in:

- presidi ospedalieri di base, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti
- presidi ospedalieri di 1° livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti, sono strutture sede di Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA9 di 1° livello)
- presidi ospedalieri di 2° livello, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, sono strutture di DEA di 2° livello. Tali presidi sono riferibili alle Aziende Ospedaliere, alle Aziende Universitarie, a IRCCS e a presidi di grandi dimensioni (ASL)

All'interno delle reti ospedaliere è prevista un'articolazione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale.

- rete infarto;
- rete ictus;
- rete traumatologica;
- rete neonatologica e punti nascita;
- rete medicine specialistiche;
- rete oncologica;

- rete pediatrica;
- rete trapiantologica;
- rete terapia del dolore;
- rete malattie rare.

Inoltre, nell'ambito di tali reti vengono evidenziate le reti infarto, ictus e traumatologica come le tre reti in riferimento alle quali la dimensione "tempo" assume un ruolo determinante.

In tale contesto organizzativo, il regolamento in esame dispone che la programmazione regionale deve attribuire le funzioni di lungodegenza e di riabilitazione entro il limite di 0,7 posti letto per mille abitanti, di cui almeno 0,2 per la lungodegenza.

La continuità ospedale-territorio.

Il punto 10 dell'Allegato I del D.M. n. 70/2015, è dedicato alla continuità tra le reti dell'assistenza ospedaliera e quella del territorio.

Vi si afferma espressamente che la riorganizzazione della rete ospedaliera sarà insufficiente se, in una logica di continuità assistenziale, non verrà affrontato il tema del potenziamento delle strutture territoriali, la cui carenza, o mancata organizzazione in rete, produce forti ed immediate ripercussioni sull'utilizzo appropriato dell'ospedale.

L'ospedale di comunità.

In virtù di questa importante affermazione di principio, il D.M. qualifica il c.d. ospedale di comunità, come la struttura che può fungere da elemento d'unione tra la rete ospedaliera e quella del territorio.

Nello specifico gli ospedali di comunità devono essere strutture capaci di erogare una serie di cure che, pur non richiedendo il ricovero nelle strutture ospedaliere ordinarie, necessitano di un livello assistenziale superiore a quello domiciliare.

Esse devono avere 15-20 posti letto, devono fare riferimento ai distretti sanitari e devono essere gestite esclusivamente da personale infermieristico.

L'assistenza medica al loro interno deve essere assicurata da medici di medicina generale, pediatri o altri medici, secondo criteri da definirsi al livello regionale.

I policlinici universitari e le Aziende ospedaliere Universitarie (AOU)

I policlinici universitari e le Aziende ospedaliere Universitarie sono due modelli organizzativi attraverso i quali si è realizzata inizialmente la collaborazione tra Università e SSN.

Si distinguono due tipologie organizzative:

- aziende costituite in seguito alla trasformazione dei policlinici universitari a gestione diretta, denominate aziende ospedaliere universitarie integrate
- aziende ospedaliere costituite mediante trasformazione di presidi ospedalieri nei quali insiste la prevalenza del corso di laurea in medicina e chirurgia, anche operanti in strutture di pertinenza delle università, denominate aziende ospedaliere integrate con l'università

IL SISTEMA DEI CONTROLLI SULLE AZIENDE SANITARIE

Il sistema dei controlli sulle aziende sanitarie si articola:

- controlli sugli atti diretti a valutare la legittimità o l'opportunità dell'atto amministrativo
- controlli su soggetti, diretti a valutare l'operato delle persone fisiche preposte agli uffici o la funzionalità di un organo
- controlli sull'attività, diretti a verificare i risultati raggiunti, in termini di efficienza ed efficacia

Con riguardo al soggetto che svolge il controllo si distingue tra:

- a) controlli interni effettuati dall'amministrazione
- b) controlli esterni, si tratta di controlli provenienti da soggetti diversi dall'amministrazione interessata, perché appartenenti ad altri rami dell'ordinamento giuridico, sovraordinati gerarchicamente rispetto all'amministrazione stessa e ai suoi ordini oppure perché collocati in posizione di indipendenza rispetto ad essa.

Il d.lgs. 502/1992 s.m.i ha delineato un nuovo sistema di controlli sugli atti, sugli organi e sull'attività delle aziende sanitarie che si distingue in cui si possono individuare:

- controlli esterni, esercitati principalmente dalla Regione e dalla Corte dei conti.
- controlli interni, esercitati principalmente dal Direttore Generale e dal Collegio Sindacale

Regioni

Ai sensi del D.Lgs. 502/1992, spetta alla Regione disciplinare le modalità di vigilanza e controllo sulle aziende sanitarie.

Il controllo esterno della Regione sull'operato dei soggetti erogatori del Servizio sanitario regionale, a seguito della riforma costituzionale del Titolo V Cost., è di diretta spettanza regionale.

Inoltre, alla Regione compete la determinazione delle attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle aziende sanitarie, anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie.

Le Regioni svolgono, altresì, le seguenti attività di controllo:

- la risoluzione del contratto del Direttore generale in caso di grave disavanzo, violazione di leggi o dei principi di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione
- il monitoraggio sulla definizione e il rispetto degli accordi contrattuali da parte delle strutture sanitarie accreditate
- controlli sulla qualità e appropriatezza delle prestazioni sanitarie rese
- per le sole aziende ospedaliere è previsto che «il verificarsi di ingiustificati disavanzi di gestione o la perdita delle caratteristiche strutturali e di attività prescritte, fatta salva l'autonomia dell'università, comportano rispettivamente il commissariamento da parte della regione e la revoca dell'autonomia aziendale».

I poteri sostitutivi dell'amministrazione statale

Il 502/1992 e s.m.i. dispone che quando la Regione non provvede ad istituire la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale oppure omette di disciplinare il rapporto tra la programmazione regionale e quella attuativa locale, il Ministro della salute fissa un congruo termine per provvedere.

Decorso tale termine, il Ministro della salute, sentito il parere della medesima Agenzia e previa consultazione della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, propone al Consiglio dei Ministri l'intervento sostitutivo, anche sotto forma di nomina di un commissario ad acta.

L'intervento adottato dal Governo non preclude l'esercizio delle funzioni regionali per le quali si è provveduto in via sostitutiva ed è efficace sino a quando i competenti organi regionali abbiano provveduto.

Tale procedimento può essere adottato anche nei seguenti casi:

- a) accertate e gravi inadempienze nella realizzazione degli obiettivi previsti in atti di programmazione aventi rilievo e applicazione nazionale o interregionale, adottati con le procedure dell'intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e di Conferenza unificata
- b) trascorso un anno dall'entrata in vigore del Piano sanitario nazionale senza che la regione abbia adottato il Piano sanitario regionale

La Corte dei conti

Le Sezioni regionali di controllo della Corte dei conti verificano il rispetto, da parte di province, comuni ed enti del Servizio sanitario nazionale, degli obiettivi posti dal patto di stabilità interno, dell'osservanza del vincolo previsto in materia di indebitamento.

In caso siano accertati comportamenti difformi da una corretta gestione finanziaria o il mancato rispetto degli obiettivi posti dal patto di stabilità interno, le Sezioni adottano una specifica pronuncia e vigilano sull'adozione da parte dell'ente delle necessarie misure correttive e sul rispetto dei vincoli e limitazioni stabiliti a causa del mancato rispetto del patto medesimo.

I controlli interni

L'art. 3, comma 6, del D.Lgs. 502/1992, attribuisce al Direttore Generale la verifica, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, della «corretta ed economica gestione delle risorse».

Organo fondamentale in materia di controllo interno degli atti delle aziende sanitarie è il Collegio sindacale, il quale vigila sul rispetto delle leggi e verifica sulla regolarità contabile e finanziaria della gestione.

Spetta a questo organismo:

- la verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico;
- la vigilanza sull'osservanza della legge
- accertare la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettuare periodicamente verifiche di cassa

- riferire almeno trimestralmente alla regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità
- trasmettere periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'azienda sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera rispettivamente alla Conferenza dei sindaci o al sindaco del comune capoluogo della provincia dove è situata l'azienda stessa.

Il Controllo di qualità. l'art. 10 del d.lgs. 502/1992 prescrive che i modelli organizzativi ed i flussi informativi dei soggetti erogatori di prestazioni sanitarie devono garantire la qualità dell'assistenza nei confronti della generalità dei cittadini, adottando a tal scopo, in via ordinaria, il metodo della verifica e revisione della qualità e della quantità delle prestazioni, nonché del loro costo.

Spetta alle Regioni, verificare il rispetto delle disposizioni in materia di re-quisiti minimi e classificazione delle strutture erogatrici, con particolare riguardo alla introduzione ed utilizzazione di sistemi di sorveglianza e di strumenti e metodologie per la verifica di qualità dei servizi e delle prestazioni.

Alle Regioni spetta, inoltre, determinare le attività di indirizzo tecnico e programmatico nei confronti delle aziende sanitarie in materia di valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie.

Al Ministro della salute compete, invece:

l'esercizio dei poteri di alta vigilanza;

- stabilire, con decreto emanato d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni e sentiti gli Ordini e Collegi competenti, contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità;
- riferire, nel corso della Relazione sullo stato sanitario del Paese, in merito alle verifiche dei risultati conseguiti

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 macroaree di assistenza. Le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni comprese nei LEA si articolano in tre macroaree 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 le 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 inappropriatezza: in questa categoria sono ricompresi 43 interventi e procedure "ad alto rischio di inappropriatezza" (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.

Il D.lgs 229/1999 qualifica l'assistenza socio-sanitaria come *"tutte le attività atte a soddisfare mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni della salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra azioni di cura e di riabilitazione"*.

Le Asl possono gestire le attività o i servizi socioassistenziali su delega dei singoli Enti Locali con oneri a loro totale carico, compreso il personale e le prestazioni socio-sanitarie.

La legge 328/2000 ha introdotta i LIVEAS: livelli essenziali di assistenza nel settore dell'assistenza sociale.

Le prestazioni di carattere socio-sanitario comprendono:

- 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 socio-sanitarie 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.

L'assistenza socio-sanitaria nei nuovi LEA

Il SSN assicura interventi e percorsi assistenziali integrati per persone che si trovino in situazioni particolari, ad esempio:

- persone non autosufficienti
- persone nella fase terminale della vita
- minori
- le donne
- le coppie
- le famiglie
- persone con disturbi mentali
- minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico
- le persone con disabilità
- le persone con dipendenze patologiche o comportamenti di abuso patologico di sostanze

L'assistenza socio-sanitaria prevede l'erogazione di servizi assistenziali integrati che possono essere svolti a livello:

- a) a livello domiciliare
- b) a livello distrettuale: consultori familiari, CSM, servizi di neuropsichiatria infantile, servizi di riabilitazione, SERT

L'articolazione dell'assistenza domiciliare viene suddivisa in quattro livelli, caratterizzati da un grado crescente di complessità del bisogno dell'intensità dell'intervento assistenziale, espressa in termini di coefficiente di intensità assistenziale. Gli oneri sono ripartiti tra il SSN, il Comune.

Per alcune categorie, in base alla gravità della situazione, l'assistenza socio-sanitaria può essere prestata anche a livello residenziale o semiresidenziale.

Assistenza residenziale

Possono garantire livelli diversi di intensità assistenziale e, quindi, ospitare persone con problemi sanitari di diversa complessità: in alcuni casi, vengono ricoverate persone in condizioni molto critiche, che hanno bisogno di supporto alle funzioni vitali (respiratore, nutrizione artificiale, ecc.) o che si trovano in stato di coma o di responsabilità limitata e le strutture garantiscono la presenza di specialisti adeguati, di infermieri h24, ecc.; in altri casi, può trattarsi di persone in condizioni di salute discrete, cui è sufficiente la visita periodica del medico di medicina generale, la somministrazione di farmaci, l'assistenza di operatori socio-sanitari e la vigilanza notturna.

Le strutture in questione vengono individuate con nomi o sigle diverse da regione a regione e può capitare che la stessa sigla (ad esempio RSA Residenza sanitaria assistenziale o RA Residenza assistenziale) abbia un

significato diverso in Regioni diverse.

Normalmente, la Asl autorizza il ricovero nelle strutture collocate nel territorio della Regione; solo in casi particolari si può chiedere l'autorizzazione ad entrare in una struttura di una Regione diversa.

Compartecipazione alla spesa sociale

Per le strutture residenziali di medio/bassa intensità sanitaria, destinate a persone in condizioni non gravi, la normativa nazionale prevede che il Servizio sanitario nazionale si faccia carico solo del costo delle prestazioni sanitarie erogate e che i costi delle prestazioni non sanitarie e delle prestazioni di natura alberghiera (vitto, pulizia, svago, ecc.) siano a carico dell'assistito o, in caso di disagio economico, del Comune di residenza. In considerazione del fatto che le prestazioni sanitarie e le prestazioni non sanitarie non sono facilmente distinguibili, la retta è suddivisa in base a un criterio forfetario, al 50% tra la Asl e l'assistito.

Considerata, comunque, l'ampia variabilità regionale, si consiglia di verificare le notizie in materia di compartecipazione nelle singole Regioni.

Assistenza Semiresidenziale

Si tratta di un'attività assistenziale che si svolge generalmente in un "Centro Diurno" (il nome differisce nei vari territori), una struttura che si pone il duplice obiettivo di supportare i nuclei familiari che si occupano quotidianamente dell'individuo e, al tempo stesso, si propone come soluzione alternativa al ricovero.

La struttura Semiresidenziale ha lo scopo di favorire il recupero o il mantenimento delle capacità psicofisiche residue dell'assistito, al fine di consentirne la permanenza al proprio domicilio e, contemporaneamente, offrendo un importante sostegno al nucleo familiare.

I Centri Diurni effettuano interventi differenziati, di natura socio-assistenziale, sanitaria, di animazione e di socializzazione.

L'inserimento di un assistito nei Centri Diurni e la determinazione della natura e della frequenza delle prestazioni da effettuarsi, sono normalmente definite a cura di una Unità di Valutazione.

Una parte dei costi di tali servizi viene addebitata all'assistito o alla sua famiglia secondo criteri differenti per prestazione erogata e territorio oltre che variabili nel tempo.

RSA residenze Sanitarie Assistenziali

Sono state introdotte in Italia a metà degli anni novanta, e si tratta di strutture non ospedaliere, a carattere sanitario, che ospitano per un periodo o a tempo indeterminato persone non autosufficienti, che possono essere assistite in casa e che hanno bisogno di specifiche cure da parte di più medici specialisti e di una articolata assistenza sanitaria.

Si distinguono dagli ospedali e dalle case di cura, rivolti ai pazienti sofferenti di una patologia acuta, e dalle case di riposo, che sono destinate agli anziani almeno parzialmente autosufficienti.

Casa di riposo

Una casa di riposo è un alloggio multi-residenza destinato agli anziani almeno parzialmente autosufficienti. È l'equivalente di quello che un tempo veniva definito "ospizio".

All'interno di una casa di riposo ogni persona o ogni coppia possiede una stanza arredata. In genere sono presenti le strutture per i pasti, un luogo di incontro, la ricreazione, e una qualche forma di assistenza sanitaria o hospice.

Un posto in una casa di riposo può essere pagato per una locazione base, come un appartamento, o possono essere acquistati in perpetuo sulla stessa base di un condominio.

Per accedere in una struttura pubblica o convenzionata, è necessario presentare la richiesta presso l'Ufficio dei Servizi Sociali del comune di residenza. Ne deriverà una visita presso l'U.V.G.(unità di valutazione geriatrica), nella quale il medico-geriatra, valuterà le condizioni di salute del futuro ospite. Alla visita medica, consegue l'attesa del posto letto, attraverso la graduatoria. Nelle strutture pubbliche o convenzionate, l'ospite paga la retta in base al proprio reddito.

Nelle strutture private è sufficiente prendere contatto con la struttura, e l'ospite paga in base alla retta decisa dalla struttura.

Differenza fra RSSA e RSA

La Residenza Sociosanitaria Assistenziale per anziani (R.S.S.A.) è una struttura sociosanitaria residenziale territoriale.

La R.S.S.A. fornisce servizi socio assistenziali a persone anziane, di età superiore ai 64 anni, che abbiano gravi deficit psico-fisici, o a persone affette da demenze senili, che non hanno bisogno di prestazioni sanitarie complesse, ma che richiedono un alto grado di assistenza alla persona con interventi di tipo

assistenziali e socio-riabilitativo a elevata integrazione socio-sanitaria, che non sono in grado di condurre una vita autonoma e le cui patologie, non in fase acuta, non possono far prevedere che limitati livelli di recuperabilità dell'autonomia e non possono essere assistite a domicilio.

Possono essere ospitate persone con età inferiore ai 64 anni, esclusivamente nel caso di persone affette da demenze senili, morbo di Alzheimer e demenze correlate.

Interventi per le dipendenze patologiche

Rientrano nei LEA le attività sanitarie e sociosanitarie a favore delle persone con dipendenze patologiche, incluso il gioco d'azzardo e ogni tipo di abuso.

Ciò può avvenire sia nell'ambito dell'assistenza territoriale e domiciliare, sia nell'assistenza residenziale e semiresidenziale.

In base al livello di intensità dell'assistenza si possono distinguere trattamenti anche specialistici e riabilitativi.

I servizi per le dipendenze o tossicodipendenze (SERT O SERD) sono servizi pubblici del SSN dedicati alla cura, prevenzione e riabilitazione dell'abuso di sostanze psicoattive come droghe, alcool, comportamenti compulsivi o gioco d'azzardo.

Sono costituiti a cura delle ASL e si articolano in moduli organizzativi che esercitano la loro attività in sinergia con i consultori familiari, alle strutture per l'AIDS e per patologie infettive, ai servizi medico legali, sociali.

Assistenza ai disabili

Nel 1980 l'Organizzazione Mondiale della Sanità, alla definizione di "disabilità" e "handicap" (Documento ICIDH).

Sulla base di questo documento si definisce:

- "la menomazione" come «qualsiasi perdita o anormalità a carico di una struttura o di una funzione psicologica, fisiologica o anatomica»;
- "la disabilità" è data da «qualsiasi limitazione o perdita (conseguente a menomazione) delle capacità di compiere un'attività nel modo o nell'ampiezza considerati normali per un essere umano»;
- "l'handicap" è invece «la situazione di svantaggio, conseguente a una menomazione o a una disabilità, che in un soggetto limita o impedisce l'adempimento del ruolo normale in relazione all'età, sesso e fattori socioculturali».

Nel 2001 l'OMS ha approvato una risoluzione (accettata da 191 Paesi) che ha definitivamente cambiato l'approccio al problema della disabilità, partendo dalla definizione dello stato di salute della persona per rapportarvi un deficit, superando la definizione di handicap. (ICF Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute).

L'ICF descrive le situazioni di vita quotidiana in relazione al loro contesto ambientale evidenziando l'unicità di ogni persona piuttosto che mettere in risalto la sua salute o la sua disabilità.

La classificazione è uno strumento importantissimo dalle molteplici funzioni:

- garantisce uno standard per la descrizione della salute e delle condizioni ad essa correlata. In questo modo la comunicazione tra i vari professionisti diventa univoca e sempre comprensibile;
- permette di produrre una reportistica e di raccogliere dati che possono essere scambiati anche tra i vari Paesi delle Nazioni Unite;
- fornisce una base scientifica per la comprensione della salute intesa come interazione tra individuo e contesto.

La cura e la riabilitazione della persona disabile si realizza con programmi che prevedono prestazioni sanitarie e sociali integrate tra di loro, che valorizzano le abilità di ogni persona disabile e agiscono sulla globalità della situazione di disabilità. Coinvolgendo anche la famiglia e la comunità.

A questo scopo il SSN, tramite strutture proprie o private convenzionate garantisce ai disabili fisici, psichici e sensoriali:

- assistenza territoriale di tipo ambulatoriale e domiciliare
- assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale
- soggiorni all'estero per cure dei disabili di elevata specializzazione

Con i nuovi LEA del 2107, sono state introdotte alcune novità rispetto al passato; la riclassificazione della Sindrome di Down con l'esenzione totale del pagamento del ticket per tutte le prestazioni sanitarie; per le persone con Autismo è stato previsto un maggiore raccordo tra assistenza sanitaria, scuola e famiglia.

Inoltre, i nuovi LEA ridefiniscono il nomenclatore protesico, cioè le protesi e gli ausili prescrivibili a carico, totalmente o parzialmente, del SSN.

Assistenza per i malati terminali

LEA del 2017 definiscono i livelli essenziali per i pazienti affetti da una malattia con prognosi infausta, assicurando attraverso il SSN prestazioni erogate da equipe multidisciplinari e multiprofessionali nei centri specialistici di cure palliative e negli Hospice.

Assistenza specifica per alcune categorie

Il SSN assicura assistenza sanitaria anche a persone che appartengono a specifiche categorie, come ad esempio gli invalidi.

Il DPCM sui LEA del 2017 elenca le specifiche tutele:

- invalidi
- affetti da malattie rare
- affetti da malattie croniche e invalidanti
- affetti da fibrosi cistica
- nefropatici cronici in trattamento dialitico
- affetti da Morbo di Hansen
- persone con infezioni da HIV/AIDS
- soggetti detenuti ed internati in istituti penitenziari e minori sottoposti a provvedimento penale
- donne in stato di gravidanza e tutela della maternità
- persone con disturbi dello spettro autistico
- cittadini italiani residenti in Italia autorizzati alle cure all'estero
- cittadini stranieri iscritti al SSN
- cittadini stranieri non iscritti al SSN non in regola con il permesso di soggiorno

Per ciascuna di queste categorie esistono norme di specifiche per l'esenzione dai ticket, per rimborsi spese, trasporto etc.

Assistenza alle persone con infezione da HIV/AIDS

Allo scopo di contrastare la diffusione dell'HIV/AIDS e di assicurare alle persone idonea assistenza, è stata emanata la legge 135/1990 che ha dettato disposizioni per un programma di interventi preventivi.

Nel quadro dei vari interventi, viene precisato che nessuno può essere sottoposto senza il suo consenso ad analisi dirette ad accertare l'infezione da HIV, se non per motivi di necessità clinica nel suo interesse.

Anche i datori di lavoro non sono abilitati a svolgere indagini sullo stato di sieropositività delle persone da assumere.

Le ASL sono organizzate per unità operative AIDS, di livello e funzioni differenti:

unità di primo livello si occupano dello svolgimento dei programmi di informazione, di interventi individuali e di gruppo, aventi lo scopo di diffondere conoscenze sulle modalità di trasmissione dell'infezione e di facilitare le procedure di accesso ai servizi di diagnosi e cura

unità di secondo livello in strutture che effettuano esami di laboratorio, forniscono assistenza psicologica e consulenza specialistica

unità operative di terzo livello, presenti in strutture di elevata qualificazione professionale in campo infettivologico; forniscono assistenza, diagnosi e cura, coordinano le attività di ambulatorio e day-hospital, collaborano con i servizi territoriali per fornire consulenza specialistica.

Assistenza e la tutela delle persone detenute

Nel decreto del 2017 sui nuovi LEA, è previsto che il SSN garantisce assistenza sanitaria alle persone, internate e ai minorenni.

Ogni azienda sanitaria, inoltre, deve adottare un Carta dei Servizi se nel proprio ambito di attività sono ubicati Istituti Penitenziari.

I detenuti sono esentati dalla compartecipazione alla spesa.

I detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali.

Il Servizio sanitario nazionale assicura, in particolare, ai detenuti e agli internati:

- livelli di prestazioni analoghi a quelli garantiti ai cittadini liberi;
- azioni di protezione, di informazione e di educazione ai fini dello sviluppo della responsabilità

individuale e collettiva in materia di salute;

- informazioni complete sul proprio stato di salute all'atto dell'ingresso in carcere durante il periodo di detenzione e all'atto della dimissione in libertà;
- interventi di prevenzione, cura e sostegno del disagio psichico e sociale;
- l'assistenza sanitaria della gravidanza e della maternità anche attraverso il potenziamento dei servizi di informazione e dei consultori, nonché appropriate, efficaci ed essenziali prestazioni di prevenzione, diagnosi precoce e cura alle donne detenute o internate;
- l'assistenza pediatrica e i servizi di puericultura idonei ad evitare ogni pregiudizio, limite o discriminazione alla equilibrata crescita o allo sviluppo della personalità, in ragione dell'ambiente di vita e di relazione sociale, ai figli delle donne detenute o internate che durante la prima infanzia convivono con le madri negli istituti penitenziari.

Assistenza allo straniero

Anche per quanto riguarda l'assistenza alle persone straniere occorre fare riferimento al DPCM del 2017, oltre che alla legge 286/1998 (TU sull'immigrazione).

Il citato DPCM distingue tra stranieri regolarmente soggiornanti in Italia e stranieri non in regola con le norme d'ingresso e di soggiorno.

La legge 40/1988 sancisce che gli stranieri hanno l'obbligo all'iscrizione al SSN e hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani per quanto riguarda l'obbligo contributivo, all'assistenza erogata dal SSN e alla sua validità temporale:

- gli stranieri regolarmente soggiornati che hanno in corso regolari attività di lavoro subordinato o autonomo o siano iscritti nelle liste di collocamento
- gli stranieri regolarmente soggiornati o che abbiano chiesto il rinnovo del titolo di soggiorno, per lavoro, per motivi familiari, per asilo umanitario, per richiesta di asilo, per attesa adozione, per affidamento, per acquisto della cittadinanza
- gli stranieri in attesa del primo rilascio del permesso di soggiorno per lavoro o per motivi familiari

L'assistenza sanitaria spetta anche ai familiari a carico regolarmente soggiornati.

Nel 2007 (legge n.3) è stato introdotto il concetto di straniero soggiornante nel lungo periodo.

Si tratta dello straniero in possesso, da almeno cinque anni, di un permesso di soggiorno in corso di validità, che dimostra la disponibilità di un reddito non inferiore all'importo annuo dell'assegno sociale e, nel caso di richiesta ad un familiare, di un reddito sufficiente secondo parametri prestabiliti e di un alloggio idoneo.

A tale soggetto, è riconosciuto il diritto di usufruire delle prestazioni di:

- assistenza sociale
- previdenza sociale
- assistenza sanitaria
- istruzione scolastica

Agli stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme d'ingresso e di soggiorno, sono assicurate nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti e in ogni caso essenziali.

La tutela della maternità

Rientrano nei LEA le attività sanitarie e sociosanitarie di tipo consultoriale del SSN.

Le prestazioni specialistiche assicurate quali livelli essenziali di assistenza per categoria particolare della tutela della gravidanza e della maternità sono elencate negli allegati del DPCM del 2017 sui LEA e sono escluse dalla partecipazione del costo.

Come sono escluse dalla partecipazione del costo le visite periodiche ostetrico-ginecologiche, i corsi di accompagnamento alla nascita e l'assistenza in puerperio.

Per la gestione e il funzionamento del servizio di assistenza alle famiglie e alla maternità, la legge 405/1975 ha previsto la costituzione da parte dei Comuni o di loro consorzi, i consultori, successivamente (1982) funzioni trasferite alle ASL

Tra i servizi forniti dal SSN rientrano:

- l'assistenza psicologica e sociale per la preparazione alla maternità e alla paternità responsabile e per i problemi della coppia e della famiglia, anche per le problematiche che riguardano i minori
- La contraccezione consapevole (fornendo tutte le informazioni sui metodi contraccettivi, la visita ginecologica con la prescrizione e la somministrazione del metodo prescelto, la consulenza psicologica per affrontare eventuali problemi psicologici che la contraccezione pone, i controlli

periodici)

- La divulgazione delle informazioni per promuovere o al contrario prevenire la gravidanza, consigliando i metodi e i farmaci adatti a ciascun caso
- L'informazione e l'assistenza riguardo ai problemi della sterilità e della infertilità umana, comprese le tecniche di procreazione medicalmente assistita
- L'informazione sulle procedure per l'adozione e l'affidamento familiare, per avere tutte le informazioni e la consulenza sul percorso per l'adozione nazionale e internazionale
- Assistenza in tema di diritto di famiglia: per problemi riguardanti separazione, divorzio, riconoscimento di figli naturali e altre situazioni disciplinate dal Diritto di Famiglia
- Consulenze e psicoterapie brevi che il consultorio offre alla persona, alla coppia e alla famiglia, in situazioni di disagio psicologico individuale e familiare. Per la tutela della salute psichica in età evolutiva, al Consultorio si realizzano interventi di prevenzione e cura destinati ai giovani
- Un aiuto professionale corretto per affrontare i problemi personali e di coppia legati a questo all'interruzione volontaria di gravidanza

Procreazione medicalmente assistita. Essa può essere di tipo omologo (i donatori sono una coppia) oppure eterologo (con donatore esterno), il ricorso alla PMA è previsto dalle linee guida del 2015 e inserito nei LEA e sono individuate le prestazioni erogabili a carico del SSN in regime di assistenza specialistica ambulatoriale.

Con la sentenza 162/2012 la Corte Costituzionale 162/2014 ha dichiarato la illegittimità della legge 40/2004 che aveva fissato il divieto di ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo.

L'interruzione della gravidanza. Legge importante perché ha sancito un cambiamento culturale importante sul tema della sessualità e dell'autodeterminazione in merito alle scelte procreative delle donne. Ricordiamo la situazione precedente dominata dalla clandestinità delle pratiche abortive.

Fino al 1978, l'interruzione volontaria della gravidanza era considerata un reato.

Nel "codice Rocco" erano previsti una serie di reati tra cui "l'aborto di donna consenziente", l'aborto di donna "non consenziente", "l'autoprocurato aborto" e la "istigazione all'aborto".

Del tutto in linea con la concezione culturale dell'epoca era l'attenuante della "causa d'onore" che permetteva la diminuzione delle pene per chi commetteva i reati previsti per l'aborto per "salvare l'onore proprio o quello di un prossimo congiunto".

In questo caso le pene venivano diminuite dalla metà ai due terzi.

Un deciso ruolo lo ebbe il disastro ambientale di Seveso. Il 10 luglio del 1976 in seguito a un incidente accaduto all'industria Icmesa – di proprietà della multinazionale svizzera Hoffman-La Roche - di Meda si verificò la fuoriuscita di una nube di diossina che investì una grande area che coinvolse i comuni di Seveso, Meda, Desio e Cesano Maderno.

E' stato il più grande disastro chimico italiano di sempre coinvolgendo ambiente e popolazione.

La diossina è una sostanza tossica per gli animali e teratogeni per l'uomo, in grado quindi di provocare effetti di alterazione dei feti.

Il ministero della Giustizia autorizzò le interruzioni, pur in assenza di una legge, in seguito proprio alla depenalizzazione parziale operata dalla Corte costituzionale.

La pressione maggiore per la depenalizzazione venne dall'esplosione del movimento femminista.

Il primo disegno di legge sull'interruzione di gravidanza venne presentato nel 1973: prevedeva la legalità dell'aborto in caso di rischio per la salute fisica o psichica della madre o in caso di probabilità di malformazioni fisiche e mentali del nascituro, dando ai medici il pieno e insindacabile giudizio sulla necessità o meno della procedura (e garantendo loro il diritto all'obiezione di coscienza).

Il passo successivo avvenne all'inizio del 1975, quando la Corte Costituzionale emise una sentenza con la quale dichiarava che l'articolo 546 del Codice Penale, quello che prevedeva la reclusione per chiunque praticasse l'aborto con il consenso della donna incinta e della donna stessa, fosse parzialmente illegittimo.

Nel 1978 venne presentato un nuovo testo, che passò velocemente alla Camera e poi al Senato: la legge 194, intitolata 'Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza'.

Nel 1975 venivano costituiti i Consultori da parte dei Comuni o loro consorzi le cui funzioni furono successivamente (1982) trasferite alle ASL.

La struttura e il funzionamento dei consultori pubblici, pur differenziando fra le Regioni e all'interno delle stesse, in linea di massima si basa:

- un servizio ginecologico, talvolta affiancato dai servizi pediatrici neonatologici

- un servizio sociale nel quale sono ricompresi gli interventi in favore dei disabili e tutte le forme di assistenza minorile
- corsi di preparazione al parto
- assistenza al singolo e alla coppia

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 obiettivo, 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 socioassistenziali 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 diseguaglianze 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.

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.

Il ticket sanitario, come noto, è un contributo versato dal cittadino per alcune prestazioni sanitarie offerte dallo Stato ed è principalmente riferito a prestazioni di: pronto soccorso, cure termali, acquisto farmaci, prestazioni specialistiche (quali visite, esami strumentali e analisi di laboratorio) e vede qualche novità per il 2021.

Tuttavia, è possibile ottenere l'esenzione dal pagamento in determinati casi, tenendo conto non solo della patologia, ma anche del reddito e dello status lavorativo. Nello specifico, i casi di esenzione si suddividono per:

1. reddito;
2. età;
3. condizione sociale;
4. presenza di alcune malattie (croniche o rare);
5. riconoscimento dell'invalidità;
6. gravidanza;
7. diagnosi precoce di tumori;
8. diagnosi di HIV.

Nel dettaglio, all'esenzione ticket sanitario 2021 sono associati dei codici, come ad esempio "E01", che riguarda tutte le persone di età inferiore a 6 anni, e superiore ai 65 anni, con esenzione a patto che il reddito familiare sia inferiore alla soglia dei 36.151,98 euro.

Per l'esenzione del ticket sanitario 2021 per reddito e patologia non ci sono grandi variazioni rispetto allo scorso anno. Unica eccezione, per alcune Regioni come la Lombardia che lo hanno previsto, è per le persone che hanno contratto SARS-CoV-2. Anche la malattia Covid dà diritto all'esenzione dal ticket nel 2021 per tutti gli accertamenti successivi necessari.

Ma andiamo in ordine e vediamo nello specifico tutti i codici di esenzione del ticket sanitario 2021.

Ticket sanitario 2021: codici esenzione per reddito

Il diritto all'esenzione per reddito è previsto per alcune condizioni personali e sociali associate a determinate situazioni reddituali.

L'assistito esente per reddito può effettuare, senza alcuna partecipazione al costo (ticket), tutte le prestazioni di diagnostica strumentale, di laboratorio e le altre prestazioni specialistiche ambulatoriali garantite dal Servizio sanitario nazionale, necessarie ed appropriate alla propria condizione di salute.

I codici delle categorie esenti per reddito sono queste:

- Codice E01: cittadini di età inferiore a sei anni e superiore a sessantacinque anni, appartenenti ad un nucleo familiare con reddito annuo complessivo non superiore a 36.151,98 euro;
- Codice E02: disoccupati e loro familiari a carico appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito annuo complessivo inferiore a 8.263,31 euro, incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico;
- Codice E03: titolari di pensioni sociali e loro familiari a carico;
- Codice E04: titolari di pensioni al minimo di età superiore a sessant'anni e loro familiari a carico,

appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito annuo complessivo inferiore a 8.263,31 euro, incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico.

Si ricorda, al riguardo, che è stato prorogato, da parte delle Regioni, il rinnovo dei certificati annuali di esenzione ticket per reddito e patologia (E01, E02, E03, E04). Il termine è stato spostato al 31 marzo 2021 a causa dell'emergenza coronavirus.

Ticket sanitario 2021: esenzione per malattie croniche

Secondo l'OMS le malattie croniche sono "problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni". Per alcune di esse il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) prevede la possibilità di usufruire in esenzione dal ticket di alcune prestazioni di specialistica ambulatoriale, finalizzate al monitoraggio della malattia e alla prevenzione di complicanze e ulteriori aggravamenti.

L'elenco delle malattie croniche esenti dalla partecipazione al costo delle prestazioni è stato ridefinito e aggiornato dal Dpcm sui nuovi Lea del 12 gennaio 2017 e sostituisce il precedente. Il nuovo elenco delle malattie o condizioni esenti e delle relative prestazioni alle quali si ha diritto si trova nell'allegato 8 al Dpcm. Per la maggior parte delle malattie vengono individuate una serie di specifiche prestazioni fruibili in esenzione (pacchetto prestazionale), incluse nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale, che rispondono ai criteri di appropriatezza ai fini del monitoraggio dell'evoluzione della malattia e delle sue complicanze e di efficacia per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti. Il medico sceglierà tra queste quali prescrivere nel rispetto dei criteri di appropriatezza e di efficacia, in relazione alle condizioni cliniche e alle esigenze assistenziali del singolo paziente.

Ticket sanitario 2021: codice esenzione gravidanza

Le coppie che desiderano avere un bambino e le donne in stato di gravidanza hanno diritto a eseguire gratuitamente, senza partecipazione al costo (ticket), alcune prestazioni specialistiche e diagnostiche utili per tutelare la loro salute e quella del nascituro, erogate presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, tra cui i consultori familiari.

In particolare, potranno essere erogate gratuitamente:

- le visite periodiche ostetrico-ginecologiche;
- i corsi di accompagnamento alla nascita (*training* prenatale);
- l'assistenza al puerperio.
- Il medico riporterà sulla ricetta il CODICE M + nn settimana di gravidanza. Inoltre, il medico riporterà sulla ricetta il CODICE M50, in caso di:
 - minaccia d'aborto;
 - erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali necessarie per il monitoraggio della gravidanza;
 - condizioni patologiche che comportano un rischio per la madre o per il feto;
 - prestazioni necessarie ed appropriate per la diagnosi prenatale invasiva in gravidanza, nelle specifiche condizioni di rischio per il feto indicate nell'allegato 10 – sezione C al Dpcm in commento, prescritte dallo specialista o dal genetista medico ed eseguite presso le strutture appositamente individuate dalle Regioni.

Ticket sanitario 2021: codici esenzione per invalidità

Il riconoscimento di una invalidità garantisce il diritto all'esenzione per alcune o per tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale garantite dal Servizio Sanitario Nazionale.

L'esenzione per invalidità è riconosciuta dall'Asl di residenza, sulla base della certificazione che documenta lo stato di invalidità.

Le categorie di invalidi esenti per tutte le prestazioni di diagnostica strumentale, di laboratorio e le altre prestazioni specialistiche incluse nei Lea sono:

- "G01": invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla 1° alla 5° titolari di pensione diretta vitalizia e deportati in campi di sterminio;
- "L01": grandi invalidi del lavoro dall'80% al 100% di invalidità;
- "L02": invalidi del lavoro con riduzione della capacità lavorativa > 2/3 dal 67% al 79% di invalidità;
- "S01": grandi invalidi per servizio appartenenti alla 1° categoria, titolari di specifica pensione;
- "S02": invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalla 2° alla 5°;
- "C01": invalidi civili al 100% di invalidità senza indennità di accompagnamento;
- "C02": invalidi civili al 100% di invalidità con indennità di accompagnamento;

- “C03”: invalidi civili con riduzione della capacità lavorativa superiore a 2/3 dal 67% al 99% di invalidità;
- “C04”: Invalidi < di 18 anni con indennità di frequenza ex art. 1 L. 289/90;
- “C05”: Ciechi assoluti o con residuo visivo non superiore a 1/10 ad entrambi gli occhi riconosciuti dalla Commissione Invalidi Ciechi Civili;
- “C06”: Sordomuti;
- “V01”: Vittime atti di terrorismo e stragi e familiari, vittime dovere e familiari superstiti;
- “G02”: Invalidi di guerra militari appartenenti alle categorie dalla 6° alla 8°;
- “L03”: Invalidi del lavoro con riduzione della capacità lavorativa fino a 2/3 dall’1% a 66% di invalidità;
- “L04”: Infortunati sul lavoro o affetti da malattie professionali;
- “S03”: Invalidi per servizio appartenenti alla categoria dalla 6° all’8°.

Ticket sanitario 2021: esenzioni per diagnosi precoce tumori

Il Servizio sanitario nazionale, oltre alle prestazioni diagnostiche attivamente offerte dalle Aziende sanitarie locali nell’ambito delle campagne di screening, garantisce l’esecuzione gratuita degli accertamenti per la diagnosi precoce di alcuni tumori.

La prescrizione è effettuata sul ricettario del Ssn e deve riportare il relativo codice di esenzione.

In particolare:

- codice D01: prestazioni diagnostiche nell’ambito di campagne di screening autorizzate dalla Regione;
- codice D02: esame citologico cervico-vaginale (PAP Test);
- codice D03: esame mammografico;
- codice D04: colonscopia;
- codice D05: prestazioni di approfondimento diagnostico correlate alla diagnosi precoce del tumore della mammella.

Ticket sanitario 2021: codice esenzione tumori

Qualora invece si dovesse ricevere una diagnosi di tumore, si ottiene l’esenzione dal ticket sanitario per patologia oncologica: il codice relativo è lo 048. Con questo codice si ha diritto a ricevere gratuitamente, in tutte le strutture pubbliche o private convenzionate, le prestazioni sanitarie legate alla malattia oncologica.

Ticket sanitario 2021: codice del test Hiv

Nelle strutture pubbliche, il test anti-HIV, in grado di identificare la presenza di anticorpi specifici che l’organismo produce nel caso in cui entri in contatto con questo virus, è:

anonimo, come prevede la L. n. 135/1990;

gratuito, come specificato nel D.Lgs. n. 124/1998. Il codice di esenzione, da annotare sulla ricetta, per queste prestazioni è B01.

Ticket sanitario 2021: esenzione per malati di Covid

Alla luce della pandemia attualmente in corso, il Governo sta introducendo l’esenzione del ticket sanitario per i guariti da Covid-19 che hanno avuto un quadro clinico severo della malattia. Dalle conseguenze cardiache a quelle polmonari, gli effetti a lungo termine del Covid verranno monitorati sulla base di un programma nazionale, al fine di identificare precocemente patologie correlate.

I primi a poter beneficiare dei controlli con esenzione dal pagamento del ticket sanitario saranno i pazienti ricoverati per Covid-19 con polmonite interstiziale, insufficienza cardio-respiratoria e/o renale acuta, con o senza necessità di terapia intensiva o subintensiva.

La novità s’inserisce all’interno della bozza del “Decreto Sostegni-bis” attualmente al vaglio del Governo.

Si tratta per lo più di anziani o persone con diverse patologie, i soggetti fragili che più di tutti rischiano di sviluppare complicanze legate alla malattia da Covid-19.

Le prestazioni da erogare in regime di esenzione sono elencate nella bozza del nuovo decreto legge che, per sua definizione, non è ancora definitiva e potrebbe subire ulteriori modifiche.

In attesa del testo definitivo per un’analisi più approfondita, evidenziamo che si tratta di prestazioni che consentono il controllo delle principali funzioni interessate dalla malattia (respiratoria, cardiaca, renale, emocoagulativa).

Le prestazioni accessibili in regime di esenzione dal pagamento del ticket sanitario saranno erogate su base regionale.

Le Regioni, prevede la bozza del Sostegni-bis, dovranno attivare i programmi di monitoraggio, garantendo la presa in carico dei pazienti e offrendo i controlli necessari.

Ticket sanitario 2021: codici per vaccinazioni

In alcune Regioni, come la Lombardia, sono scattate le vaccinazioni per i “soggetti fragili” tra i 16 e i 59 anni, ovvero coloro che hanno un’esonazione per patologia.

Chi rientra in questa categoria può prenotare la somministrazione del vaccino anti covid sul portale della Regione.

Per poter accedere a questa fase della campagna vaccinale è necessario essere in possesso di almeno una esenzione per patologia, essendo affetti da patologie che possono aumentare il rischio di sviluppare forme gravi di Covid-19, senza quella connotazione di gravità riportata per le persone ad elevata fragilità.

LE STRUTTURE SANITARIE PRIVATE

In funzione delle caratteristiche dei soggetti privati che forniscono assistenza sanitaria e delle relazioni intercorrenti tra le strutture private accreditate e il mondo della sanità pubblica, vi è un panorama molto differenziato all’interno delle Regioni e tra le Regioni.

Si evidenzia come la complessa rete delle strutture private accreditate non si limiti alle case di cura, ma si estenda ad un’ampia gamma di strutture differenziate per natura giuridica e per ambiti di intervento (degenza per acuti, per riabilitazione, lungodegenza, ambulatori e laboratori, strutture socio-sanitarie), nonché assoggettate a logiche e strutture di governo del sistema differenziate da parte degli organi regionali (es. modelli di finanziamento e accreditamento delle strutture che erogano assistenza sanitaria e quelli delle strutture che erogano assistenza socio-sanitaria).

Le caratteristiche delle strutture operanti nel mercato sanitario mostrano come non si tratti di un sistema unitario ed uniforme, ma di un settore che vede la compresenza di piccole strutture che offrono prestazioni di base e di strutture di grandi dimensioni che sono fortemente orientate all’alta specialità.

Allo stesso modo si evidenziano profonde differenze in termini di presenza e caratteristiche del privato accreditato nelle diverse regioni.

Per descrivere la complessa rete dei soggetti privati accreditati, le strutture possono essere classificate in base a due dimensioni:

- l’ambito di afferenza della struttura (assistenza ospedaliera e assistenza distrettuale);
- il livello di intensità di cura (emergenza, specialistica, riabilitazione e lungodegenza).

I segmenti in cui opera il privato in sanità

Nell’ambito dell’assistenza distrettuale, i soggetti privati accreditati che erogano prestazioni sanitarie si distribuiscono in quattro segmenti di intensità di cura (emergenza–urgenza; specialistica; riabilitazione e lungodegenza).

In particolare, i servizi di emergenza possono essere affidati ad aziende private che offrono i servizi di trasporto (per esempio, servizio ambulanze). Nell’ambito dell’assistenza specialistica, i principali attori sono gli ambulatori e i laboratori che erogano attività specialistiche cliniche, di laboratorio e di diagnostica strumentale.

L’assistenza riabilitativa è erogata per lo più da strutture residenziali (per esempio, Comunità terapeutiche per il recupero dei tossicodipendenti, Istituti di riabilitazione e Centri di salute Mentale) e semiresidenziali (per esempio, Centri diurni psichiatrici).

Rispetto all’assistenza ai lungodegenti, i principali attori sono le strutture residenziali per l’assistenza alle persone ultrasessantacinquenni non autosufficienti (per esempio, le RSA o le Case protette) e a soggetti disabili non autosufficienti, non assistibili a domicilio.

Nell’ambito dell’assistenza ospedaliera, i soggetti privati che erogano prestazioni sanitarie sono le Case di Cura private accreditate e parte delle strutture equiparate alle pubbliche (gli IRCCS di diritto privato, gli ospedali classificati, gli ospedali qualificati presidio di ASL ex art. 43 legge 833/78, i Policlinici privati a gestione diretta dell’Università). In particolare, alcune di queste operano a livello di emergenza-urgenza quando dotate, ad esempio, di un dipartimento di emergenza, un pronto soccorso, un centro di rianimazione, un servizio di ambulanze.

Attori della sanità privata accreditata

Intensità di cura	Assistenza distrettuale	Assistenza ospedaliera
Emergenza-urgenza	Aziende per il trasporto pazienti (es. servizio Ambulanze); Aziende per la ricezione delle richieste di intervento per l'emergenza sanitaria e coordinamento degli interventi nell'ambito territoriale.	Case di Cura dotate di servizi per l'emergenza; IRCCS di diritto privato dotati di servizi per l'emergenza; Ospedali classificati dotati di servizi per l'emergenza; Istituti qualificati presidio ASL dotati di servizi per l'emergenza; Policlinici privati a gestione diretta dell'Università dotati di servizi per l'emergenza.
Specialistica	Ambulatori e laboratori (ospedalieri ed extraospedalieri); Altre strutture territoriali: Centro trasfusionale, Centro dialisi, stabilimenti idrotermali.	Case di Cura; IRCCS di diritto privato; Ospedali classificati; Istituti qualificati presidio ASL; Policlinici privati a gestione diretta dell'Università.
Riabilitazione	Strutture residenziali (ad esempio, Istituti di riabilitazione, Comunità terapeutica per il recupero dei tossicodipendenti); Strutture semiresidenziali (ad esempio, Istituti di riabilitazione e Centri diurni psichiatrici).	Case di Cura; IRCCS di diritto privato; Ospedali classificati ; Istituti qualificati presidio ASL ; Policlinici privati a gestione diretta dell'Università.
Lungodegenza	Strutture residenziali (ad esempio, strutture per l'assistenza agli anziani - RSA e Case protette – ai disabili fisici e psichici).	Case di Cura; IRCCS di diritto privato; Ospedali classificati; Istituti qualificati presidio ASL; Policlinici privati a gestione diretta dell'Università.

L'accreditamento istituzionale

Il processo d'introduzione dell'accreditamento nel SSN si configura oggi come sommatoria di sistemi regionali.

Le regioni italiane hanno disciplinato gli istituti dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale seguendo percorsi differenti, che hanno condotto:

- ad una diversa tempistica di progettazione o implementazione del sistema;
- ad un diverso livello di introduzione degli stessi nel SSR;
- alla definizione di caratteristiche peculiari per i diversi modelli regionali (ad esempio, in relazione alle funzioni assegnate al sistema).

L'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie, previsto dal D.Lgs 299/1999 contempla un regime autorizzatorio relativo a:

- la costituzione di nuove strutture sanitarie
- l'adattamento di strutture già esistenti
- la loro utilizzazione
- l'ampliamento e la trasformazione
- il trasferimento in altra sede di strutture sanitarie autorizzate

Affinché la Regione rilasci l'accreditamento è necessaria la sussistenza in capo alle strutture richiedenti di: requisiti ulteriori di qualificazione, la rispondenza con il fabbisogno regionale, della loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale

Tra i requisiti troviamo anche elevanti standard di qualità, requisiti circa le figure professionali impiegate.

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 del pubblico servizio sanitario.

Sono contenuti essenziali di tali accordi/contratti:

- gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi;
- 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;
- i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica e organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;
- 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;
- 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 sistemi di finanziamento

Prima riforma del SSN (D. Lgs. 502/92 e 517/93) si è assistito ad un sostanziale, anche se graduale cambiamento dei sistemi di finanziamento: da una logica di finanziamento dei fattori della produzione e dei livelli di offerta, e quindi della spesa storica, ad un modello di assegnazione delle risorse basato, oltre che sul bisogno di assistenza (quota capitaria), sui livelli di produzione (sistema tariffario).

Alle regioni è stata lasciata la facoltà di modulare la combinazione tra i due criteri di finanziamento ed eventualmente di integrarli con logiche di finanziamento per funzione (per riconoscere l'esigenza di andare a remunerare delle attività specifiche, indipendentemente dalle prestazioni erogate) e di riequilibrio (per attenuare gli effetti redistributivi del nuovo sistema di finanziamento).

I sistemi tariffari adottati dai singoli SSR sono: il sistema tariffario per le prestazioni di ricovero – RO e DH – e quello per le prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Sulla base di una serie di indicatori, sono stati analizzati il grado di investimento sui sistemi tariffari e l'effettivo utilizzo da parte delle regioni.

In seguito alla riforma dei primi anni '90, a livello nazionale è stato definito un tariffario per le prestazioni di ricovero (DM 78 del 30 giugno 1997).

Tale tariffario rappresentava la remunerazione massima che le Regioni potevano adottare. Riguardo alla mobilità dei pazienti, successivamente, il 10 dicembre 2003 un'intesa interistituzionale tra Ministero della Salute, Regioni e Province Autonome ha approvato il "Testo Unico per la compensazione della mobilità interregionale della mobilità sanitaria" (TUC).

Tale intesa stabilisce le tariffe per la remunerazione delle prestazioni di ricovero erogate a soggetti provenienti da altre regioni.

Una volta definite le tariffe DRG (Diagnosis Related Groups) a livello nazionale (DM 78/97) le Regioni potevano:

- adottare le tariffe indicate dal Ministero della Salute, eventualmente modificate (in aumento o in diminuzione) di specifiche percentuali;
- definire le proprie tariffe regionali, mantenendo i pesi nazionali e variando unicamente il valore per punto DRG (metodo dei pesi);
- definire le proprie tariffe sulla base di analisi di costo svolte nelle strutture del proprio territorio di riferimento, ovvero attraverso la stima dei costi standard di produzione di un panel di ospedali (cosiddetto metodo analitico).

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 contemperamento 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 833/1978, 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 contributo apportato al SSN dalle facoltà di medicina è fondamentale, dato lo stretto rapporto intercorrente tra attività di ricerca e di insegnamento scientifico ed attività di assistenza sanitaria.

Il D.lgs 229/1999 ha stabilito che ogni tre anni sono elaborate le linee guida per la stipulazione dei protocolli d'intesa con le Regioni, le Università e le strutture del SSN.

In seguito il D.lgs 517/1999 ha introdotto nuovi modelli gestionali e funzionali integrati di aziende dotate di personalità giuridica autonoma che assicurino attività assistenziali funzionali alle esigenze della didattica e della ricerca.

Le aziende ospedaliero-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
- per le specifiche disposizioni in tema di personale, dal momento che presso le aziende ospedaliero-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.

LA RICERCA SANITARIA

La ricerca sanitaria è finanziata dal Fondo Sanitario Nazionale ed è promossa dal Ministero della Salute, con lo scopo di migliorare il livello di salute della popolazione.

La ricerca sanitaria, a norma dell'art. 12 bis del D.lgs 502/1992, risponde al fabbisogno conoscitivo ed operativo del SSN, individuando con apposito Programma nazionale di ricerca sanitaria (PNRS) previsto dal piano sanitario nazionale.

La sua funzione è individuare linee di indirizzo utili al potenziamento del sistema di ricerca diretto al miglioramento della salute e del benessere della collettività, attraverso la sperimentazione, il confronto, la diffusione di strategie di cura e il fondamentale contributo alla comunità scientifica.

Il programma nazionale di ricerca ha validità triennale e definisce le corrispondenti strategie di ricerca e l'allocazione delle risorse a ciò dedicate e assicura le indispensabili sinergie fra ricerca pubblica e ricerca privata, nonché tra ricerca nazionale e ricerca europea ed extraeuropea.

Gli enti interessati, oltre le Regioni, sono:

- Istituto superiore di sanità
- Agenas
- INAIL
- Istituti zooprofilattici
- Ministero della salute
- IRCCS (Vedi)

Il PNRS si articola in Ricerca Corrente e in Ricerca Finalizzata.

L'attività di Ricerca Corrente è svolta dagli IRCCS attraverso l'elaborazione di progetti obiettivo coerenti con il loro riconoscimento e dagli IZZSS nel settore della medicina veterinaria con studi sulla sicurezza degli alimenti, sulla sanità e sul benessere animale .

La Ricerca Finalizzata è svolta dai Destinatari Istituzionali (Regioni, Istituto Superiore di Sanità, INAIL (ex Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza sul Lavoro), Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) pubblici e privati e Istituti Zooprofilattici Sperimentali) nell'ambito delle specifiche materie di competenza.

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, PROVINCE E REGIONI

La conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome è stata disciplinata inizialmente con la legge 400/1988 che attribuisce compiti di informazione, consultazione, raccordo in relazione agli indirizzi di politica generale che incidono sulle singole attribuzioni inerenti la gestione del SSN. In particolare la conferenza esprime parere obbligatorio ma non vincolante in merito a:

- programmi di prevenzione anche primaria
- determinazione dei livelli delle prestazioni sanitarie
- ripartizione degli stanziamenti
- programmazione del fabbisogno del personale sanitario
- attuazione degli obiettivi del SSN

Con il D.lgs 502/1992 e il D.lgs 281/1997 e 112/1988 sono state attribuite alla conferenza determinati poteri, fra i quali:

- l'autorizzazione a programmi aventi ad oggetto nuovi modelli gestionali
- l'adozione d'intesa con il Ministero del programma di ricerca sanitaria
- la definizione d'intesa con il Ministero dei criteri generali idonei ad individuare le funzioni assistenziali e la loro remunerazione
- l'adozione d'intesa con il Consiglio dei Ministri degli atti necessari a dare attuazione nella Regione del Piano sanitario nazionale
- il conferimento degli incarichi dirigenziali

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 eLeadership (capacità di guidare la trasformazione digitale) delle direzioni strategiche, si dovrà operare perché di attive 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 IRCSS.

Per tali motivi occorrerebbero atti d'indirizzo nazionali (conferenza Stato-Regioni, ministero della Salute, Miur) vincolanti e verificabili sui progetti formativi dedicati al personale sociosanitario, 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 "tsumani" 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)
- La 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 sociosanitaria;
- 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 biotecnologico, 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 RD. 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 paziente, 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 dividerla 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 microchip 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 2019.

CROCE ROSSA ITALIANA

La Croce Rossa Italiana, fondata il 15 giugno 1864 ed eretta originariamente in corpo morale con Regio Decreto 7 febbraio 1884, n. 1243, è un'Associazione senza fini di lucro che si basa sulle Convenzioni di Ginevra del 1949 e sui successivi Protocolli aggiuntivi, di cui la Repubblica Italiana è firmataria, con scopi di assistenza sanitaria e sociale in pace e in guerra, svolge compiti di assistenza e soccorso alla popolazione, affiancando la propria azione a quella dello Stato in particolare in caso di calamità.

La CRI si avvale prevalentemente di volontari e, in base al D.lgs 178/2012 è stata qualificata come *Società volontaria di soccorso e assistenza* ausiliaria dei poteri pubblici in campo umanitario.

Le principali attività sanitarie

- Soccorso in ambulanza in risposta alle urgenze sanitarie
- Trasporto di pazienti –
- Convenzioni con le ASL –
- Supporto ad eventi e manifestazioni sportive, culturali e sociali
- Trasporto di emergenza di organi e sangue
- Donazione del sangue

Socio-assistenziali

- Mensa sociale e distribuzione gratuita di pasti caldi
- Unità mobili di strada che forniscono pasti, bevande, coperte e assistenza sanitaria per senza fissa dimora
- Accoglienza notturna
- Attività per i giovani in contesti di emergenza
- Clown di corsia, per il soccorso psicologico di grandi ed adulti
- Distribuzione di generi di conforto alle famiglie più povere

Socio-sanitarie

- Assistenza a persone anziane, malate minori e diversamente abili, in strutture pubbliche, private e a domicilio
- Supporto socio-psicologico emotivo in strutture sanitarie
- Pet Therapy e Ippoterapia: terapia riabilitativa e riabilitazione equestre per bambini, anziani e diversamente abili.
- Sensibilizzazione e informazione alla popolazione per giornate dedicate alla prevenzione e alle campagne screening

Protezione civile e soccorso

- Attività di previsione, prevenzione, intervento, superamento dell'emergenza e ritorno alla normale vita quotidiana: censimento della popolazione, supporto socio-psicologico alle vittime e attività di assistenza sociale

Azioni immediate:

- conseguenze dell'evento, risorse umane e logistiche e assistenza sanitaria ai feriti –
- Azioni entro 12 ore: presenza nei centri operativi e di coordinamento, campi base e aree di ricovero, invio di team
- Azioni entro 24 ore: produzione e distribuzione cibo e acqua

LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI (LILT)

La Lega Italiana contro la lotta i tumori è stata istituita nel 1927 al fine di costituire centri per la diagnosi e la cura dei tumori, di provvedere all'assistenza ed alla cura degli affetti da neoplasia e di promuovere studi per la cura.

Con il D.Lgs 106/2012, oltre che provvedere ad una riorganizzazione interna, ha previsto la possibilità di costituire una Fondazione senza scopo di lucro per il finanziamento delle proprie attività.

La Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT), è disponibile a ricevere volontari nelle proprie sedi, centrale e provinciali, per l'attività istituzionale di prevenzione oncologica e assistenza.

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.

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 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.

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.

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.

ISTITUTI ZOOPROFILATTICI (IZS)

Gli IZS sono enti sanitari a valenza regionale e territoriale e costituiscono uno strumento operativo per assicurare la sorveglianza epidemiologica, la ricerca sperimentale, la formazione del personale, il supporto di laboratorio e la diagnostica nell'ambito del controllo degli alimenti.

Inoltre, possono associarsi per lo svolgimento di produzione, immissione in commercio e distribuzione di medicinali e altri prodotti necessari alla sanità pubblica veterinaria d'intesa con le Regioni.

AGENZIE REGIONALI DI PROTEZIONE DELL'AMBIENTE

La legge 883/1978 attribuiva alla USL le competenze ambientali della vigilanza e controllo locali del SSN esercitate tramite i presidi multizonali di prevenzione (PMP), alle quali facevano capo i precedenti laboratori provinciali di igiene e profilassi, Istituiti nel 1934 con Regio Decreto n. 1265: "Testo unico delle leggi sanitarie".

A seguito dei referendum abrogativi del 1993 tali competenze furono abrogate, conseguentemente con la legge 61/1994 sono state create le Agenzie Regionali di Protezione dell'Ambiente (ARPA).

Le Arpa svolgono attività di controllo, di supporto e di consulenza tecnico-scientifica e le altre attività utili alla Regione, agli Enti locali anche in forma associata, nonché alle Aziende sanitarie per lo svolgimento dei compiti loro attribuiti dalla legge nel campo della prevenzione e della tutela ambientale.

Le agenzie forniscono prodotti e servizi nell'ambito di diverse aree di competenza:

- Previsione e Prevenzione dei rischi di origine antropica
- Previsione e Prevenzione dei rischi di origine naturale
- Controllo finalizzato alla verifica di conformità
- Attività di interesse sanitario
- Informazioni di carattere ambientale

Le agenzie regionali sono 19 due delle province autonome che costituiscono con l'ISPRA, il Sistema nazionale per la protezione dell'ambiente, istituito dalla legge 132/2016.

PIANO SANITARIO NAZIONALE

Il PSN, previsto dal D.lgs 502/1992, è il principale strumento di programmazione sanitaria, attraverso cui, in un dato arco temporale, vengono definiti gli obiettivi da raggiungere mediante l'individuazione di attività e di strategie strumentali alla realizzazione delle prestazioni istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale.

Esso rappresenta il primario punto di riferimento per qualsivoglia riforma od iniziativa riguardante il sistema sanitario, sia a livello locale che a livello centrale.

È attraverso il PSN che lo Stato stabilisce le linee generali di indirizzo del Servizio Sanitario Nazionale, nell'osservanza degli obiettivi e dei vincoli posti dalla programmazione economica-finanziaria nazionale, in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, nonché di assistenza sanitaria da applicare conformemente e secondo criteri di uniformità su tutto il territorio nazionale.

Il PSN deve, inoltre, tener conto anche dei principi sulla tutela della salute, determinati a livello internazionale.

Il PSN, che ha durata triennale, è predisposto dal Governo, su proposta del Ministro della Salute, sentite le Commissioni parlamentari competenti per materia.

Lo scopo principale del PSN è quello di determinare e programmare le priorità in materia di salute, traducendole in precisi obiettivi, da correlare alla disponibilità economica e finanziaria del Paese.

Con il PSN sono definiti i LEA: livelli essenziali ed uniformi di assistenza assicurati dal Servizio Sanitario Nazionale a tutti i cittadini [vedi LEA].

Il PSN costituisce, dunque, uno strumento programmatico, la cui attuazione deriva da una serie di azioni concorrenti, che devono essere prevalentemente compiute da Regioni ed Aziende sanitarie, al fine di raggiungere un unico obiettivo, ossia quello di rendere una sanità sempre più efficiente.

Il Piano sanitario nazionale indica:

- Le aree prioritarie di intervento, con l'obiettivo di ridurre disuguaglianze sociali e territoriali
- Livelli essenziali di assistenza sanitaria

- La quota annuale di finanziamento da assicurare alle regioni
- Progetti obiettivo
- Le finalità generali e i settori principali della ricerca
- Le esigenze in merito alla formazione
- Le linee guida per favorire modalità di revisione e valutazione all'interno di ciascuna struttura
- Criteri e indicatori di verifica dei livelli di assistenza

Regioni. Entro 150 giorni dal PSN, le Regioni devono adottare il proprio piano regionale; un ruolo partecipativo è svolto dalle Autonomie Locali, dalle formazioni sociali private senza scopo di lucro, impegnate nella assistenza sanitaria e sociale, dalle Organizzazioni Sindacali e dalle strutture private accreditate al SSN.

PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE (PNP)

In questi anni è cresciuta la consapevolezza e la sensibilità nazionale e internazionale sulla necessità di interventi organici di prevenzione delle malattie, delle misure di contenimento dei fattori di rischio, sia mediante interventi per la diagnosi precoce e la prevenzione delle complicanze.

In questo ambito si muove il Piano Nazionale della prevenzione attualmente 2014-2018, la cui durata è stata prorogata al 202-2023.

Il PNP è un documento di programmazione strategica che stabilisce obiettivi e strumenti per la prevenzione che saranno adottati dalle regioni attraverso i Piani regionali.

Le Regioni ogni anno trasmettere al Centro nazionale prevenzione e controllo delle malattie (CMM) la documentazione dell'attività svolta e la certificazione degli obiettivi raggiunti.

Il piano nazionale ha una durata di 5 anni e individua macro obiettivi a valenza strategica:

ridurre il carico prevedibile ed evitabile della morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili, rafforzando il contributo da parte del servizio sanitario al sistema di interventi assistenziali generali

- prevenire gli infortuni e le malattie professionali
- prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti
- promuovere il benessere mentale dei bambini, adolescenti e giovani, attraverso l'adozione di stili di vita sani e di comportamenti di rifiuto nei confronti di qualunque forma di dipendenza in una logica di benessere psicofisico e affettivo
- prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti
- prevenire gli incidenti domestici e i loro esiti
- prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali
- ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose
- ridurre la frequenza di infezioni e malattie infettive
- attuare il piano nazionale integrato dei controlli per la prevenzione in sicurezza alimentare e sanità veterinaria

PATTI PER LA SALUTE

I patti per la salute costituiscono accordi finanziari e di programmazione tra Stato e Regioni in merito alla spesa sanitaria e alla programmazione del SSN, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni tendendo a garantire unitarietà di sistema.

Alcuni punti del "patto per la salute 2019-2021"

Finanziamento Fondo sanitario nazionale

Le risorse per il prossimo biennio con un aumento previsto di 2 miliardi per il 2020 e 1,5 miliardi per il 2021. Il livello del finanziamento, in questo modo, passa dai 114.474.000.000 del 2019 ai 116.474.000.000 del 2020 ai 117.974.000.000 del 2021.

(A seguito della pandemia da Covid-19, le risorse e il relativo riparto regionale sono state ulteriormente incrementate.

Lea

Governo e Regioni sono impegnate a completare il percorso di attuazione del DPCM 12 gennaio 2017 “Nuovi Lea”, e sul recupero delle differenze che ancora oggi persistono tra le Regioni e all’interno delle stesse.

Nell’ambito del nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria (DM 12-3-2019, a partire dal gennaio del 2020, il Comitato Lea effettua una valutazione annuale sulla qualità, appropriatezza ed efficienza dei servizi sanitari regionali.

In caso di gravi criticità rilevate in almeno due dei tre macro-livelli di assistenza, la Regione dovrà presentare un piano di risoluzione delle criticità che viene valutato ed eventualmente integrato dal Comitato Lea con il supporto degli Enti vigilati.

Nel caso di valutazione insufficiente in tutti i tre macro-livelli la Regione è valutata inadempiente e deve elaborare un piano operativo di riorganizzazione.

In presenza di oggettive esigenze di personale e nel rispetto degli equilibri di bilancio, nel triennio 2020-2022 sale fino al 15% rispetto all’incremento annuale del Fondo sanitario nazionale il budget disponibile per **Nuove assunzioni.**

Si va, poi, verso il superamento anche temporaneo della normativa relativa alla validità delle graduatorie di personale sanitario del SSN con l’obiettivo di garantire il tempestivo reclutamento del personale del SSN. Prevista anche la revisione, in accordo con il MIUR, del sistema di formazione dei medici specialisti. Revisione, infine, dei contenuti del corso regionale di formazione specifica in medicina generale, in ragione dei mutati scenari sanitari e sociali, ribadendo il ruolo dei MMG nell’azione di prevenzione e contrasto delle malattie croniche.

(Tali previsioni sono destinate a mutare a partire dal 2021, anche a seguito della pandemia da covid-19 e dalle riforme previste dal PNRR)

Governance farmaceutica e dei dispositivi medici

Nuova revisione e ammodernamento della governance farmaceutica e dei dispositivi medici per migliorare l’efficienza allocativa delle risorse.

Investimenti

Individuati interventi infrastrutturali necessari per 32 miliardi di euro, a cui si aggiungono 1,5 miliardi per l’ammodernamento tecnologico delle attrezzature. Il Patto impegna il Governo ad incrementare le risorse a disposizione per l’edilizia sanitaria ex art. 20 della legge 67/88 e a velocizzare le procedure per la sottoscrizione degli accordi di programma e l’ammissione a finanziamento.

Assistenza territoriale e medicina generale

È prevista la riorganizzazione dell’assistenza territoriale con l’obiettivo di favorire, attraverso modelli organizzativi integrati, attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico della cronicità basati sulla medicina di iniziativa, in stretta collaborazione con il Piano nazionale della cronicità, il Piano di governo delle liste di attesa e il Piano nazionale della prevenzione.

Questo puntando al potenziamento dell’assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale per prevenire l’aggravamento delle patologie legate ai processi di invecchiamento della popolazione. In questo ambito, è previsto l’ampliamento della sperimentazione della Farmacia dei servizi come presidio rilevante per la presa in carico dei pazienti ed il controllo dell’aderenza terapeutica degli stessi.

Allo stesso tempo, verrà valorizzata l’assistenza infermieristica di famiglia/comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone, nell’ambito della continuità dell’assistenza, e dell’aderenza terapeutica in particolare per i soggetti più fragili.

Modelli previsionali

A supporto delle scelte di programmazione si prevede una sempre maggiore integrazione dei dati e dei diversi flussi informativi che consenta di realizzare strumenti e modelli previsionali per l’analisi del fabbisogno di salute della popolazione.

Ricerca

Viene promossa una governance condivisa della ricerca per definirne priorità ed ambiti condivisi e per snellire le procedure di attribuzione delle risorse. La ricerca è individuata come volano di sviluppo del Paese.

Prevenzione

Promozione e prevenzione sono chiavi per garantire equità e contrasto alle disuguaglianze di salute.

In particolare, è previsto:

- contrasto al fenomeno dell'antimicrobico-resistenza;
- consolidare il contrasto alle malattie croniche attraverso promozione della salute, diagnosi precoce e presa in carico precoce;
- piena realizzazione del Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia;
- standard adeguati di personale per sicurezza sui luoghi di lavoro;
- approccio "One Health" che considera la salute umana e la salute degli animali come interdipendenti e legati alla salute degli ecosistemi;
- più controlli in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria.

Revisione del ticket

E' previsto un gruppo di lavoro che avrà come obiettivo quello della revisione della partecipazione alla spesa da parte dei cittadini per ridurre le disuguaglianze attraverso la graduazione dell'importo dovuto in funzione del costo delle prestazioni e del "reddito familiare equivalente".

Partecipazione dei cittadini

Per migliorare la relazione con i cittadini si punterà sempre più sulla trasparenza e la comunicazione, attraverso il loro coinvolgimento in pratiche di partecipazione inclusive.

Prevista anche una forte promozione degli strumenti di accesso informatico ai servizi erogati telematicamente dal SSN, adottando regole standard, codifiche condivise e interoperabilità degli ecosistemi informatici.

ENTI DI RILIEVO INTERNAZIONALE

La dimensione della salute e sanità pubblica va oltre il livello nazionale per radicarsi nell'Unione Europea e nelle Organizzazioni internazionali.

OMS (WHO – World Health Organization)

L'OMS (Organizzazione mondiale della sanità), con sede a Ginevra, nasce in occasione della conferenza mondiale della sanità tenutasi a New York nel 1946, nella quale fu affermato l'obiettivo "che tutti i popoli raggiungano il più alto livello possibile di igiene e benessere fisico".

Scopo principale dell'OMS è di "condurre tutti i popoli al livello più alto possibile di salute". In tale ambito il termine "salute" non indica soltanto l'assenza di malattie o di infermità, ma anche come benessere fisico, psichico e sociale.

Costituiscono attività dell'OMS:

- la lotta alle malattie in genere
- l'azione in favore della madre e del bambino
- il miglioramento della qualità della vita
- il risanamento ambientale
- la promozione della ricerca in ambito sanitario

Nella sua attività di particolare rilievo sono i regolamenti adottati dall'Assemblea mondiale riguardanti le misure sanitarie in quarantena, la nomenclatura nosologica, le cause dei decessi ed i mezzi di igiene pubblica, l'immunità, la purezza e l'attività dei prodotti biologici.

FAO (Food and Agriculture organization)

La FAO è stata creata nella conferenza delle Nazioni Unite svoltasi a Hot Springs in Virginia (USA) nel 1943.

Gli obiettivi che la FAO intende realizzare sono:

- il livello di nutrizione e le condizioni di vita delle popolazioni rurali
- accrescere la produttività media ed assicurare l'equa distribuzione dei prodotti agricoli e alimentari
- contribuire all'espansione dell'economica mondiale

Per realizzare la sua missione la FAO opera in due ambiti:

l'assistenza tecnica

la diffusione dei dati informativi

Ciò si concretizza:

- nella conservazione delle risorse naturali
- nella lotta all'inquinamento
- nello sviluppo della pesca in mare e ne acque interne

- nello sviluppo della ricerca scientifica
- nella predisposizione di sistemi anti-crisi economica

CRI (Croce Rosa Internazionale) (Vedi Croce Rossa italiana)

OIE (Ufficio internazionale delle epizootie)

L'OIE è stata fondata nel 1924. Suo compito è il coordinamento dei servizi veterinari nei vari paesi del mondo e la vigilanza sulle malattie ad alto potenziale di trasmissibilità e sul commercio internazionale dei prodotti di origine animale.

LE RESPONSABILITA' IN AMBITO SANITARIO

Per responsabilità si intende la posizione del soggetto a carico del quale la legge pone le conseguenze di un fatto lesivo di un interesse protetto.

Normalmente la responsabilità è per fatto personale (diretta) ma, in casi particolari, può derivare da fatti altrui (indiretta o oggettiva): è il caso della responsabilità del datore di lavoro per il fatto illecito del dipendente e della responsabilità per il fatto degli ausiliari, del quale il debitore risponde dei fatti dolosi o colposi dei soggetti di cui si avvale nell'adempimento dell'obbligazione.

La responsabilità può comportare l'obbligazione di risarcire il danno cagionato dal fatto proprio o altrui (responsabilità civile)

Altre conseguenze della responsabilità possono essere (come vedremo meglio in seguito) l'assoggettamento del responsabile ad una pena, prevista dal codice penale o dalle leggi penali speciali (responsabilità penale), oppure ad una sanzione amministrativa (responsabilità amministrativa).

Sul significato del termine responsabilità, possiamo, in estrema sintesi, distinguere tra sia un'**accezione "positiva"** di consapevolezza etico-professionale del proprio operato che in una **accezione "negativa"** riferita all'osservanza di norme giuridiche.

ACCEZIONE POSITIVA	ACCEZIONE NEGATIVA
Impegno a realizzare una condotta professionale corretta nell'interesse di salute o in risposta a un bisogno della persona	Attitudine a rispondere del proprio operato professionale, in caso di errore (per azione od omissione) , davanti ad un giudice
Valutazione prima e durante la prestazione d'opera da parte dello stesso soggetto agente	Valutazione a posteriori da parte di un soggetto esterno
Centralità della persona	Centralità dell'operatore
Conoscenze scientifiche aggiornate come guida	Accezione negativa perché emerge quando ormai il danno è avvenuto
Esercizio professionale ispirato alla solidarietà con la persona	Sentenze della Magistratura come guida ed appiattimento alla cultura scientifica.
Valorizzazione degli aspetti sostanziali della professione	Medicina difensiva per prevenire azioni giudiziarie
	Esasperazione degli aspetti formali

Tutti noi siamo responsabili della nostra condotta, ma il rapporto di impiego e, in specie, quello con una pubblica amministrazione, può essere fonte di ulteriori e peculiari forme di responsabilità, che assumono particolare rilievo qualora risultino collegate all'espletamento delle mansioni che contrattualmente sono state assegnate al dipendente.

Il pubblico dipendente, infatti, nello svolgimento del rapporto lavorativo, può astrattamente incorrere in quattro tipologie di responsabilità:

1. civile
2. penale
3. disciplinare

4. amministrativo-contabile

LA RESPONSABILITÀ CIVILE

In ambito civilistico la responsabilità professionale (verso terzi) sorge dal rapporto di diritto privato che l'operatore sanitario esercente contrae col proprio cliente e produce conseguenze solo patrimoniali.

L'operatore deve rispondere per qualsiasi azione illecita che abbia provocato ad altri un danno ingiusto.

La natura della responsabilità può essere di tipo:

- **Contrattuale:** inadempimento di obbligazioni (art. 1218 c.c.)
- **Extra-contrattuale:** responsabilità da fatto illecito (art. 2043 c.c.)

Nel caso di operatori sanitari dipendenti pubblici, al contrario dei liberi professionisti, la relazione operatore paziente si configura come rapporto extra-contrattuale in quanto l'operatore sanitario è l'elemento intermedio del contratto, che si ritiene invece instaurato tra il paziente e l'Azienda Sanitaria.

In caso di responsabilità contrattuale il paziente, qualora subisca un danno ha l'obbligo, di dimostrare natura ed entità di esso ed il nesso causale tra l'operato del prestatore d'opera sanitario ed il pregiudizio subito.

Il termine prescrizione per ottenere il diritto al risarcimento del danno in caso di responsabilità contrattuale è decennale.

In caso di responsabilità extracontrattuale il danneggiato deve provare, analogamente a quanto avviene in responsabilità penale, il danno subito e la colpa dell'operatore sanitario, nonché la prova che lo stesso ha commesso un errore inescusabile.

Il termine prescrizione per ottenere il diritto al risarcimento del danno è quinquennale.

LA RESPONSABILITÀ PENALE

In ambito penale la responsabilità professionale sorge quando vi è violazione di ordini e di divieti espressamente previsti dal codice penale o da altre leggi dello Stato, cioè consegue alla commissione di un reato (fatto illecito o contrario all'ordinamento giuridico per il quale è prevista una sanzione).

I reati si distinguono in:

- **Delitti (reati gravi)**
- **Contravvenzioni (reati lievi)**

Gli elementi costitutivi del reato

1) Oggettivi o materiali:

- Condotta (azione od omissione);
- Evento (conseguente alla suddetta azione od omissione);
- Nesso di causalità (rapporto necessario che deve esistere tra condotta ed evento (art.40 c.p);

2) Antigiuridicità:

- Elemento associato al verificarsi di fatto o comportamento contrario al diritto.

3) Soggettivi o psicologici (relativi a coscienza e volontà):

Colpa: si caratterizza per la non volontà del fatto costituente reato. Colui che pone in essere un reato colposo non lo ha voluto né direttamente né indirettamente. Il reato si realizza a seguito dell'inosservanza di regole cautelari;

Dolo: il fatto costituente reato è oggetto di rappresentazione mentale anticipata da parte dell'agente ed è da questi voluto, sia con riferimento alla condotta sia all'evento che si realizza.

La graduazione della colpa

In relazione al grado di diligenza richiesto per l'espletamento di un compito assistenziale, in caso di reato colposo, si distingue tra colpa:

- **Lieve**, determinata dalla violazione della diligenza media (quella del buon padre di famiglia (art. 1176 cc);
- **Grave**, che deriva dall'inosservanza di quel minimo di diligenza che tutti dovrebbero avere;
- **Lievissima**, quando, per legge o per accordo, si pretenda una diligenza superiore alla media.

Il Codice penale dispone che per essere punito in relazione ad un determinato reato l'operatore sanitario deve averlo materialmente provocato (**nesso di causalità materiale**) ed averlo commesso con coscienza e volontà (**nesso di causalità psichica**).

Inoltre, distingue i *delitti* in:

- **dolosi o secondo l'intenzione** (il fatto doloso o pericoloso che è il risultato dell'azione od omissione

- dell'agente è da questi preveduto e voluto come conseguenza della sua azione od omissione);
- **preterintenzionali od oltre l'intenzione** (dall'azione od omissione deriva un evento dannoso o pericoloso
- più grave di quello voluto dall'agente);
- **colposi o contro l'intenzione** (quando l'evento, anche se previsto, non è voluto dall'agente e si verifica per
- imprudenza, imperizia o negligenza o per inosservanza di norme, regolamenti, ordini

LA RESPONSABILITÀ DISCIPLINARE

La responsabilità dei dipendenti per gli atti compiuti sul luogo di lavoro è sancita dalla **Costituzione** (art. 28) che recita: *“I funzionari e i dipendenti dello Stato e degli enti pubblici sono direttamente responsabili, secondo le leggi penali, civili e amministrative, degli atti compiuti in violazione di diritti. In tali casi la responsabilità civile si estende allo Stato e agli enti pubblici”*.

Il potere disciplinare è riconosciuto al datore di lavoro dall'art. 2106 c.c. secondo il quale l'inosservanza delle disposizioni contenute negli artt. 2104 e 2105 c.c, precisamente l'inosservanza del dovere di diligenza, di obbedienza e dell'obbligo di fedeltà, può dar luogo nei confronti del lavoratore, all'applicazione di sanzioni disciplinari, secondo la gravità dell'infrazione.

Sono poi i **Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro** che nel concreto disciplinano le tipologie delle infrazioni (tipizzazione) – ma non in modo rigido ed esaustivo – e le relative sanzioni, con alcune particolarità per i dipendenti pubblici di cui si dirà più oltre.

Si tratta di una responsabilità articolata in diversi rami:

- penale, se commette una fattispecie di reato
- civile, se arreca danni a terzi
- amministrativo contabile per i dipendenti pubblici, se arreca un danno erariale all'amministrazione di appartenenza o ad un'altra
- disciplinare, se viola obblighi sanciti dal CCNL.

A queste si aggiunge anche la responsabilità dirigenziale, che riguarda solo chi riveste il ruolo di dirigente pubblico.

Dipendenti pubblici

Le varie disposizioni sono contenute nel Decreto Legislativo 165/2001 e, poi, riprese regolandole dai CCNL i quali, tuttavia, non possono modificare quanto prescritto dal decreto.

I dipendenti pubblici, inoltre, devono attenersi ad un codice di comportamento (D.P.R 62/2013).

Ogni pubblico dipendente, indipendentemente dall'amministrazione in cui è impiegato e dal tipo di mansioni che svolge, è tenuto a rispettare il Codice di comportamento che prevede diversi punti, tra cui:

- essere in conflitto d'interessi con l'amministrazione presso cui lavora;
- svolgere un'attività in contrasto con i doveri d'ufficio;
- danneggiare l'immagine o ledere in altro modo gli interessi dell'amministrazione.
- svolgere il suo lavoro con serietà ed efficienza;
- rispettare il dovere di riservatezza, di fedeltà e il segreto d'ufficio;
- rispettare il principio di imparzialità, quindi trattare tutti i cittadini allo stesso modo senza fare favoritismi;
- non avvantaggiarsi del ruolo istituzionale ricoperto e non usare a scopo privato informazioni o strumenti acquisiti sul luogo di lavoro

C'è un principio generale che domina l'applicazione del codice disciplinare, ed è il principio di conoscibilità, ossia il codice disciplinare deve essere reso noto, fatto conoscere ai lavoratori, o con la sua affissione in loco o attraverso la sua pubblicazione sul portale della struttura.

RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVO-CONTABILE

La responsabilità amministrativa è quella che sorge a causa dei danni cagionati all'ente nell'ambito o in occasione del rapporto d'ufficio: in particolare, per rispondere in sede di responsabilità amministrativa o erariale è necessario che il interessato, con una condotta dolosa o gravemente colposa collegata o inerente

al rapporto esistente con l'amministrazione, abbia causato un danno pubblico risarcibile che si ponga come conseguenza diretta e immediata di detta condotta.

LA LEGGE N. 24/2017 (Legge Gelli-Bianco)

Affronta e disciplina diversi temi, tra cui la sicurezza delle cure e del rischio sanitario, la responsabilità dell'esercente della professione sanitaria e della struttura sanitaria pubblica o privata, le modalità e caratteristiche dei procedimenti giudiziari aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria, l'obbligo di assicurazione e l'istituzione del Fondo di garanzia per i soggetti danneggiati da responsabilità sanitaria.

L'obbligo assicurativo

L'articolo 10 della Legge introduce l'obbligo, per tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private, di assicurarsi per responsabilità civile contro terzi anche per danni causati dal proprio personale. Dispone, inoltre, l'obbligo per ciascun esercente la professione sanitaria operante a qualunque titolo in aziende del Servizio Sanitario Nazionale, in strutture o in enti privati, di provvedere alla stipula, con oneri a proprio carico, di un'adeguata polizza di assicurazione per colpa grave.

Questo a garanzia dell'azione di rivalsa che l'azienda potrebbe promuovere nei suoi confronti.

Più in dettaglio:

1) Strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche e private per:

- responsabilità civile verso terzi
- responsabilità civile verso i prestatori d'opera
- danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le stesse, compresi coloro che svolgono attività di formazione, aggiornamento nonché di sperimentazione e ricerca clinica
- prestazioni svolte in regime di libera professione intramuraria, in regime di convenzione con il SSN o attraverso la telemedicina
- responsabilità extracontrattuale verso terzi degli esercenti le professioni sanitarie

2) Esercenti la professione sanitaria che:

- a qualunque titolo operino in strutture sanitarie pubbliche o private per la sola ipotesi della colpa grave (a garanzia dell'azione di rivalsa)
- svolgono la propria attività in regime libero professionale all'esterno della struttura o internamente o che si avvalgano della stessa nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale assunta con il paziente

Sono da considerare esercenti la professione sanitaria

- Farmaciste/i
- medico chirurgo
- odontoiatra
- veterinario
- psicologo
- infermiere/i
- ostetrica/o
- Infermiere/i pediatrico

Sono da considerarsi esercenti la professione sanitarie riabilitativa

- Podologi
- Fisioterapiste/i
- Logopediste/i
- Ortottista – Assistente di Oftalmologia
- Terapiste/i della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva
- Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica
- Terapiste/i Occupazionale

Sono da considerarsi esercenti la professione tecnico sanitaria

Area Tecnico – diagnostica:

- Tecnici Audiometristi

- Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedico
- Tecnici Sanitari di Radiologia Medica
- Tecnici di Neurofisiopatologia

Area Tecnico – assistenziale

- Tecnici Ortopedici
- Tecnici Audioprotesisti
- Tecnici della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusioni Cardiovascolari
- Igienisti Dentali

Professioni tecniche della prevenzione

- Tecnici della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro
- Assistente/i Sanitari

IL SOGGETTO GIURIDICO (Tutte/i noi)

Il soggetto giuridico (noi tutti!) è colui che ha l'attitudine ad essere protagonista delle **situazioni giuridiche** che si distinguono in:

- **Attive** quando descrivono la tendenza del soggetto a tutelare e realizzare propri interessi – **diritti**;
- **Passive** quando descrivono la tendenza del soggetto a subire la tutela e la realizzazione di interessi altrui.

Si distinguono in:

- **Doveri** imputabili ad una generalità di soggetti
- **Obblighi** imputabili a quel particolare soggetto dal quale l'Ordinamento Giuridico pretende l'osservanza di
- norme e regolamenti. Ad esempio onorare un debito contratto secondo legge, pagare le tasse, osservare le norme contrattuali nell'esercizio del proprio lavoro, ecc.

LA COLPA

Quello della "Colpa" è un argomento davvero importante, sempre legato in modo molto stretto a quelli della "Responsabilità" e del "Risarcimento".

Il nostro Ordinamento prevede due gradazioni di colpa: quella Ordinaria (Lieve) e la Colpa Grave, ma non sussiste una vera definizione della Colpa, né dei suoi gradi di gravità.

Punto fermo da quale partire è dato dal principio della "Diligenza" che indica le modalità di esecuzione della prestazione e impone al debitore di fare tutto quanto necessario a soddisfare l'interesse del creditore all'esatto adempimento.

Usare una diligenza inferiore può causare una inesatta esecuzione ed espone l'esecutore ad una responsabilità, oltre che all'onere del risarcimento del danno.

La diligenza richiesta nell'esecuzione non è sempre uguale, quindi il criterio deve essere interpretato in funzione della tipologia di attività che l'esecutore sta svolgendo.

La diligenza rappresenta un concetto diverso da correttezza o buona fede.

Queste ultime impongono alle parti di tenere un comportamento corretto nell'eseguire la propria prestazione ma non riguardano interessi specificamente predeterminati bensì il rapporto obbligatorio nel suo complesso.

Colpa Grave e Dolo

L'Art. 2236 del Codice Civile prevede infatti che l'esecutore "**risponde dei danni solo in caso di Dolo e Colpa Grave**".

Per determinarne la gravità della Colpa dobbiamo valutare il comportamento concreto dell'esecutore, indagando quali elementi determinano l'errore e il danno:

- 1) **IMPRUDENZA**: si è agito con superficialità, svogliatezza, disattenzione, trascuratezza
- 2) **NEGLIGENZA**: omissione del compimento di una azione doverosa o dell'adozione del necessario impegno, attenzione o interessamento nel compimento dei propri doveri.
- 3) **IMPERIZIA**: mancanza di sufficiente abilità e della necessaria esperienza, soprattutto nell'esercizio di una professione.

Tipi di responsabilità



I fondamenti giuridici



L'ERRORE

Fatto di rilevanza giuridica dovuto all'inosservanza di norme civili, penali, disciplinari che può esitare nel danno arrecato alla persona.

E' dovuto:

- **Azione.** Condotta attiva impropria o inadeguata contraria alla legge
- **Omissione.** Condotta passiva impropria o inadeguata contraria alla legge

Può dipendere da:

- **Imprudenza** quando l'operatore non prevede le conseguenze del proprio operato e agisce in modo inopportuno o intempestivo;
- **Imperizia** mancanza di quella conoscenza scientifica e di quella esperienza che dovrebbe costituire patrimonio comune per tutti coloro che svolgono una determinata attività professionale;
- **Negligenza** superficialità dell'operatore che dimentica o disattende le norme elementari della professione.

LE PROFESSIONI SANITARIE

Le professioni sanitarie, fino agli inizi degli anni Novanta, erano suddivise, secondo la classificazione sancita dall'art. 99 del testo unico delle leggi sanitarie (TULS), approvato con il R.D. 27 luglio 1934, n. 1265, in tre grandi categorie:

- le professioni sanitarie principali,
- le professioni sanitarie ausiliarie
- le arti ausiliarie delle professioni sanitarie.

In base a tale normativa le professioni sanitarie principali erano rappresentate dal medico chirurgo, dal veterinario, dal farmacista e, dal 1985, dall'odontoiatra; le professioni sanitarie ausiliarie erano rappresentate dalla levatrice (oggi ostetrica), dall'assistente sanitaria visitatrice (oggi assistente sanitario) e

dall'infermiere diplomato (oggi infermiere) e, fino al febbraio 1999, da tutte le professioni che avevano avuto la pubblicazione di un profilo professionale; mentre le arti ausiliarie delle professioni sanitarie erano rappresentate dall'odontotecnico, dall'infermiere generico e dal massofisioterapista.

L'evoluzione normativa ha avuto inizio con l'emanazione di un cospicuo numero di decreti ministeriali, ognuno dei quali individuante uno specifico profilo professionale nell'ambito del personale c.d. ausiliario. Con tali interventi normativi, infatti, è stata riconosciuta la possibilità per le professioni sanitarie non mediche di operare in via autonoma, all'interno del campo di azione definito dai rispettivi profili professionali.

Alla crescita professionale delle suddette professioni ha contribuito anche l'istituzione dei diplomi universitari, attuata con la legge 19 novembre 1990, n. 341, e, successivamente, l'attivazione dei corsi universitari, così come disposto dalla riforma bis (decreto legislativo 502/1992)

L'elevata professionalità raggiunta dal personale sanitario non medico, a seguito degli interventi normativi segnalati, è stata recepita dalla legge 26 febbraio 1999, n. 42, recante "Disposizioni in materia di professioni sanitarie".

Si è trattato di una legge di riforma molto importante, "che può, a giusto titolo, essere considerato il provvedimento che riconosce un nuovo status professionale all'intera categoria del personale sanitario non medico".

Alla legge 42/1999 ha fatto seguito un altro importante intervento normativo, la legge 10 agosto 2000, n. 251, contenente la "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica", che ha istituito la dirigenza e la laurea specialistica per queste professioni sanitarie, ma che contiene norme inerenti anche all'esercizio e la formazione professionale.

Per quanto riguarda i corsi si laurea si prevede che sono attivati dalle facoltà di medicina e chirurgia, con il concorso se necessario di altre facoltà.

La formazione avviene nelle aziende ospedaliere, in quello ospedaliero-universitario, negli istituti di ricovero e cura o nelle strutture del SSN accreditate,

Il riordino delle professioni sanitarie

Dopo un percorso parlamentare molto lungo, durato quasi una legislatura, è stata emanata la legge delega 3/2018 materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute", per la cui operatività sono attesi ulteriori decreti attuativi. <https://www.abcdediritti.it/website/2018/02/15/guida-legge-lorenzin/>

LA PANDEMIA DA COVID-19

La pandemia di Covid-19 ha messo sotto pressione la rete dei servizi sociali e sanitari, esposti ad un'onda d'urto imprevista, ma non imprevedibile, che ha fatto esplodere la domanda di prestazioni sanitarie e di interventi sociali.

Quello che abbiamo vissuto – e che stiamo ancora vivendo – ha svelato le fragilità del welfare italiano e, contemporaneamente, ha reso evidente la funzione ed il senso del welfare, presidio di diritti fondamentali come la salute e garanzia del benessere collettivo della comunità.

Il welfare sociale e sanitario del nostro Paese già al momento dell'esplosione della pandemia presentava diverse fragilità riconducibili ad una pluralità di fattori tra cui il sotto finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale e della rete dei servizi sociali ed educativi, la presenza di forti diseguglianze territoriali in termini di risorse, servizi e performance e il forte squilibrio delle risorse destinate al welfare a favore dei trasferimenti monetari piuttosto che al finanziamento dei servizi.

Negli ultimi dieci anni in Italia il finanziamento pubblico del Sistema Sanitario Nazionale è cresciuto dello 0,9% annuo ad un tasso inferiore rispetto all'inflazione (+1,07%), un trend che ha fatto perdere nel periodo 37 miliardi di euro di risorse, ha determinato una riduzione della spesa sanitaria pubblica rispetto al prodotto interno lordo ed una contrazione della spesa sanitaria pro-capite passata da 1.893 a 1.746 euro nel periodo 2009-2019, facendo arretrare l'Italia nel confronto con altri Stati europei.

Nel 2018 la spesa sanitaria pro capite in Germania ed in Francia era rispettivamente doppia e superiore del 60% a quella italiana.

L'impovertimento del welfare sociale è stato ancora più marcato di quello sanitario.

Dopo la crisi del 2008 i fondi nazionali per le politiche sociali sono stati praticamente azzerati e non sono

ancora stati interamente ripristinati, mentre la spesa sociale dei comuni che nel 2010 era stata di 7,127 miliardi di euro (un valore pari allo 0,46% del Pil nazionale) nel 2017 era pari a 7,234 miliardi di euro corrispondenti allo 0,41% del Pil con una riduzione superiore al 10%

La pandemia ha reso evidenti anche i danni prodotti sul sistema sanitario e sulla rete dei servizi sociali dalla diffusione, avvenuta negli ultimi decenni, delle logiche e degli strumenti tipici del mercato nel welfare.

Tale cambiamento culturale ed organizzativo iniziato, partendo dalla sanità, negli anni Novanta con il d.lgs. 502 del 1992 e poi con il d.lgs. 229 del 1999 ha messo al centro la dimensione tecnica e l'efficienza economica delle scelte, eliminando dal discorso pubblico sulla salute, sull'educazione e sull'inclusione sociale la dimensione collettiva e democratica del welfare.

In ambito sanitario la piena adesione all'idea di efficienza produttiva, tipica della logica mercantile, ha determinato un impoverimento della concezione di servizio pubblico su cui si era fondata l'istituzione, nel 1978, del Servizio Sanitario Nazionale.

Il processo di aziendalizzazione degli ospedali e delle unità sanitarie locali ha reso queste organizzazioni degli apparati di produzione di prestazioni, a cui è attribuito un "prezzo" economico attraverso i DGR (diagnosis related group, sistema introdotto negli anni Ottanta negli Stati Uniti per dare una remunerazione economica delle singole prestazioni sanitarie alle assicurazioni private coinvolte nel programma Medicare), in concorrenza sia con le altre aziende ospedaliere pubbliche che con i soggetti privati accreditati.

In questo nuovo contesto culturale ed organizzativo è la concorrenza tra gli operatori a garantire il raggiungimento dell'efficienza del sistema sanitario.

Così facendo, l'idea di mercato ha fatto il suo ingresso in un mondo che era stato pensato e progettato come produzione collettiva di benessere sociale "fuori dal mercato", in cui insieme alla salute si promuoveva la partecipazione, l'informazione, la conoscenza ed il controllo democratico dei servizi.

La pandemia ha mostrato in modo plastico il fallimento di questo modello, ben rappresentato da due casi esemplificativi: il sistema sanitario della Lombardia e quello della regione Calabria.

La Lombardia nella prima ondata pandemica è stata la regione che ha fatto registrare le peggiori performance sanitarie sia in termini di numerosità dei decessi che in termini di incidenza dei decessi sulle persone contagiate.

Ci possono essere diverse spiegazioni di questo fallimento ma è evidente che, tra queste, grande importanza va attribuita alle specificità del modello sanitario lombardo.

La Regione Lombardia ha spinto con grande decisione sull'aziendalizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e sulla concorrenza tra strutture pubbliche e private accreditate. In questo modello, più che in altre regioni, le scelte sia delle strutture pubbliche che di quelle private sono state orientate dalla dimensione economica dei DRG, favorendo la concentrazione del personale, delle strutture e degli investimenti tecnologici in attività volte a fronteggiare patologie più remunerative e la creazione di poli di eccellenza altamente specializzati che operano in concorrenza gli uni con gli altri, trascurando le esigenze di cura meno convenienti e effettuando un limitato investimento sulla medicina territoriale.

L'adozione decisa di un approccio centrato sulle logiche di mercato, sulle singole prestazioni e sul loro costo, ha inoltre determinato un ridotto investimento sull'integrazione socio sanitaria, aspetto critico in tutta Italia che però in Lombardia si è dimostrato particolarmente deficitario.

Pur in presenza di un'elevata dotazione finanziaria e di un alto livello di efficienza tecnica ed economica il modello sanitario lombardo è stato tra i peggiori a livello globale per l'efficacia della risposta fornita nella prima ondata pandemica.

Un primo tema che la pandemia ha proposto con forza è la necessità di rivedere il rapporto Pubblico-Privato. Il Covid-19 ha reso evidenti i limiti delle politiche pubbliche, come ad esempio quelle sociali e sanitarie, ma allo stesso tempo ha anche alimentato la domanda di un maggiore intervento pubblico a cui, nei provvedimenti del Governo, è stato risposto prevedendo maggiori risorse per nuove assunzioni di medici, infermieri e operatori socio sanitari da parte delle strutture sanitarie pubbliche.

Negli ultimi due decenni, però, il ruolo del pubblico in ambito sociale e sanitario è stato fortemente ridimensionato: sul lato della domanda è cresciuta significativamente la spesa privata delle famiglie per prestazioni sociali e sanitarie e si è rafforzata la presenza dei grandi player della finanza e del mondo assicurativo; mentre, sul lato dell'offerta, è aumentato il peso dei privati for profit in ambito sanitario e delle organizzazioni non profit in quello sociale.

Nel ripensare questo rapporto bisogna evitare il rischio di semplificare e ragionare per slogan del tipo "tutto pubblico" o "tutto privato" e – partendo dalle differenze esistenti tra attori pubblici, imprese for

profit e organizzazioni non profit – costruire un modello che superi la dicotomia pubblico-privato.

Realtà pubbliche, imprese private e organizzazioni del Terzo settore potranno intervenire con pari dignità nel finanziamento, nella programmazione e nella gestione degli interventi di welfare, con ruoli e funzioni diversi ma coerenti con le caratteristiche delle differenti tipologie organizzative e con regole stringenti per i finanziatori e le imprese for profit, in modo da evitare speculazioni finanziarie e comportamenti opportunistici da parte degli operatori privati (come accade, ad esempio, in campo sanitario dove in alcune regioni assorbono buona parte dei servizi più remunerativi lasciando quelli meno remunerativi al pubblico).

La pandemia ha reso evidente la necessità di innovare e potenziare i servizi territoriali e l'integrazione socio sanitaria; questo duplice obiettivo potrà essere raggiunto in modo efficace solo coinvolgendo tutti gli attori pubblici, del terzo settore e del privato, quest'ultimo dovrà ripensare la sua presenza nel sistema vale a dire non concentrandosi esclusivamente sulle prestazioni maggiormente remunerative, bensì partecipando a pari titolo con il pubblico e questo implica che servizi e settori oggi residuali nel privato siano da essi presi in carico in una programmazione di sistema.

Ciò richiederò anzitutto un cambiamento culturale ed organizzativo volto a: ripensare i servizi partendo dall'idea che il singolo cittadino oltre a essere un utente di prestazioni sociali o sanitarie è responsabile, con le sue azioni, del benessere della comunità e quindi va coinvolto in modo attivo, anche sperimentando su larga scala forme di co-produzione dei servizi di welfare.

ABC DEI DIRITTI