

ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI

Modulo in Organizzazione Sanitaria

CdLM: SCIENZE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE

CdLM : SCIENZE DELLE PROFESSIONI SANITARIE TECNICHE DIAGNOSTICHE Percorso

Docente a contratto

Dott.ssa Isabella Gessa

Assistente Sanitario e I.F.O. Coord. CF Distretto Quartu Parteolla, ASL Cagliari

isabella.gessa@unica.it

Programma, metodologia e prova d'esame

- Breve storia del SSN
- Nascita della Sanità Pubblica
- Il Sistema Mutualistico e previdenziale
- Legislazione e istituzione dei Ministeri della sanità
- La Riforma Sanitaria
- Organizzazione del SSN
- I principi fondamentali e i LEA
- Aziendalizzazione, organigramma e atti aziendali
- Valutazione delle varie aziende regionali e nazionali

BREVE STORIA DEL SISTEMA SANITARIO

- L'origine dei sistemi sanitari è connessa ai processi di urbanizzazione, modernizzazione e industrializzazione del 19° secolo.

1832: epidemia di colera in seguito all'intensa urbanizzazione. Per poterla debellare la riorganizzazione delle pratiche di terapia medica ed igiene collettiva furono i primi obiettivi di politica sanitaria. Il peggioramento delle condizioni lavorative e i rischi sul lavoro determinarono a loro volta interventi di assistenza e prevenzione in campo sanitario. Ebbero un ruolo determinante le chiese e gli istituti privati di beneficenza: si sperimentarono le prime assistenze socio – sanitarie e forme di mutualismo (fondi assicurativi a iscrizione volontaria per la protezione).

Dall'inizio del 20° secolo alla II guerra mondiale il settore sanitario vede una crescita progressiva e lineare. Nel secondo dopo guerra l'innovazione più rilevante è stata l'introduzione del servizio sanitario nazionale (SSN): nuovo modello organizzativo (in Italia nel 1978). Il servizio sanitario nazionale è omogeneo, diminuisce gli spazi del settore privato per introdurre un'uniformazione dei comportamenti sanitari realizzando l'idea di cittadinanza sanitaria: l'assistenza è universale e collegata allo status di cittadino, indipendente da ogni situazione economica. Il finanziamento è di tipo fiscale emerso da spinte espansive pervenute sia dal settore dell'offerta che da una serie di fattori da domanda dall'altro.

Sono state seguite tre linee principali di intervento per il contenimento e la razionalizzazione della spesa sanitaria:

1. razionamento dei servizi sanitari (mira a ridurre l'insieme dei servizi offerti alla popolazione in condizione di totale o quasi totale gratuità, il fine è quello di circoscrivere l'impegno della sfera pubblica nell'erogazione o copertura finanziaria dei servizi). Il razionamento è attuato attraverso tre aree di intervento: l'accesso ai servizi (escludere alcune fasce di popolazione), la partecipazione sanitaria (ticket), comprensività dell'intervento pubblico (prestazioni base da mantenere nell'ambito della tutela pubblica);
2. misure di tipo restrittivo sul versante dell'offerta. Le politiche adottate sono state: la fissazione di tetti di spesa e bilanci definiti, la riorganizzazione delle strutture e del personale, i controlli su tecnologie e prezzi, controlli sul comportamento prescrittivo dei medici, managerializzazione della sanità.
3. managerializzazione della produzione sanitaria (ridefinizione delle aree di responsabilità allo scopo di aumentare l'efficienza complessiva del sistema).

A partire dagli anni '80, i problemi istituzionali della politica italiana vanno ricondotti alle difficoltà di decretare ed attuare provvedimenti e la scarsa competenza del personale.

Negli anni '90 il riformismo puntava ad attuare una ristrutturazione di fondo che promuovesse nuovi tipi di interazione tra fornitori e finanziatori.

A partire dal Duemila ha preso il via l'accordo tra stato e regione per il controllo della spesa sanitaria e la responsabilizzazione a livello regionale nel finanziamento. Le varie riforme hanno comportato, per quanto riguarda il decentramento, uno spostamento di competenze dal livello comunale a quello regionale. Per il finanziamento si sono attuati nuovi criteri per responsabilizzare le regioni che assumono un ruolo di primo piano su entrambi i lati. La legge del 2000 sul federalismo fiscale ha permesso una autonomia finanziaria alle regioni, e si è avuta la piena attuazione delle attività connesse al patto di stabilità interno con quale l'Italia ha adottato il criterio della corresponsabilizzazione all'indebitamento tra i livelli governo. Con il primo accordo stato – regioni il governo stanziava risorse aggiuntive per ripianare i debiti preesistenti, con il secondo accordo stato – regioni si è dato il via libera alla progressiva delega alle regioni per la gestione della spesa.

Oggi gli attori politici devono confrontarsi con quattro dimensioni diverse:

1. definizione dell'agenda di politica sanitaria (improntata alla promozione e protezione della salute);
 2. ruolo del ministero della salute, dell'economia e delle finanze (ampia visibilità alla politica sanitaria, questione finanziaria al centro del dibattito);
 3. rapporti tra i due livelli di governo (quello centrale e quello regionale);
 4. livello comunitario (i sistemi sanitari dei vari paesi devono essere adeguati alla politica sociale e pubblica decisa dall'Unione Europea).
- Segui l'assicurazione pubblica e obbligatoria contro le malattie, che costituisce il vero punto di svolta.

Nascita della Sanità Pubblica

dinamiche sociali,
epidemiologiche e industriali

- Le pandemie hanno cambiato l'Italia: dal 1348 ai giorni nostri.

Lo studio delle pandemie che ciclicamente colpiscono l'Italia e l'Europa evidenzia:

- con il correre del tempo la società è riuscita ad approntare armi sempre più efficaci per contenere e sconfiggere il contagio.
- si ripete il ciclo precedente: panico collettivo, ricerca di capri espiatori, approfittatori che guadagnano nuovo denaro e acquisiscono nuovo potere.

Esempi epidemiologici, economici e psico sociali collegati: la peste nera del 1348, di cui parla nel (Decameron Giovanni Boccaccio), la sifilide, il colera, la grande influenza spagnola del 1918-20, e le nuove paure degli ultimi decenni (Aids, Sars e aviaria), l'influenza suina del 2009-10, Covid19.

La peste nera del 1347-49 uccise il 30-60 % della popolazione italiana. Le pandemie dei secoli successivi appaiono lievi. La spagnola uccise nel 1918-20 in Italia 300-400 mila persone, tasso di mortalità generale di poco superiore all'1%, (<30 volte della peste nera). La Sars in Italia fece registrare 3 casi ma nessuna vittima; per l'influenza aviaria non vi furono casi accertati nella nostra penisola; l'influenza suina - iniziata nel 2009 - con 260 decessi confermati in Italia, si colloca su di un piano non confrontabile rispetto alle pandemie sopra citate. La peste favorì la nascita di autorità di sanità pubblica permanenti, e condusse alla definizione di cordoni sanitari e procedure di quarantena. Il colera ampliò il campo d'azione della sanità pubblica e ne rafforzò i poteri d'intervento in tema di igiene urbana. Nel Novecento è emersa la necessità di un coordinamento efficace a livello globale. Viene istituita nel 1948 dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS).

L'operato dei governi, almeno in Occidente, davanti alle epidemie di influenza può essere giudicato in modo sostanzialmente positivo. La cooperazione internazionale funzionò, e l'Italia - al pari degli altri Stati - fece bene a prepararsi al peggio. Infatti, dal punto di vista della gestione del rischio, non vi sono reali alternative a un'allerta anticipata e alla predisposizione di strumenti (vaccini, farmaci terapeutici, strutture ospedaliere d'emergenza) adeguati ad affrontare anche l'ipotesi meno felice. Dal punto di vista dell'informazione al pubblico, l'unica strategia seria è una comunicazione tempestiva, basata su dati scientificamente solidi, progressivamente aggiornati col procedere della pandemia, e che spieghi l'esigenza di prepararsi comunque al peggio in modo da non generare allarmismi. Lo scenario peggiore non deve essere presentato come un'apocalisse incipiente, ma come un'eventualità improbabile, di cui però è doveroso e prudente tenere conto. I governi occidentali hanno cercato di agire in questa prospettiva.

In un mondo senza confini le nuove pandemie obbligano a sfruttare fino in fondo le grandi possibilità positive offerte dalla globalizzazione. Questo dato di fatto induce a sperare che anche oggi - come nell'Italia del Seicento, quando venne sconfitta la peste - la sfida epidemiologica possa accelerare la corsa verso una società dove le spinte alla cooperazione e all'approccio scientifico prevalgano sulle tendenze all'asserraglio e all'irragionevolezza collettiva.

Nascita della Sanità Pubblica dinamiche sociali, epidemiologiche e industriali

La Peste nera del XIV secolo giunse dal Levante in Europa. Il contagio iniziò probabilmente in Asia e fu portato in Crimea a Caffa, allora una colonia genovese, dalle truppe mongole che assediavano la città. Nel 1347, 12 navi genovesi riuscirono a fuggire, pensando di mettersi in salvo e in realtà portando con sé la peste, che si manifestò in tutti gli scali: Costantinopoli, Messina, Pisa, Genova. Anche Venezia fu colpita dalla peste, vi giunse probabilmente dalla Dalmazia, nel 1348.

Venezia era città di commercio che non poteva permettersi un blocco dei traffici. Si usava dire l'anima del commercio fosse la salute. Le autorità cittadine tentarono di reagire prontamente e nominarono "**tre sapienti deputati alla conservazione della salute**": questi si concentrarono su misure come la immediata sepoltura dei cadaveri in località remote della laguna, sperando di arginare il contagio. La peste rimase una minaccia in Europa fino alla metà del Settecento e continuò a diffondersi in Asia e Nord Africa per tutto l'Ottocento.

Per tutta l'età moderna Venezia mantenne un'attenta sorveglianza. Tra le carte del Magistrato alla Sanità si trovano numerosi fascicoli dedicati all'osservazione della peste nel Mediterraneo. A metà Seicento le autorità veneziane monitoravano attentamente le epidemie insorte a Napoli, Roma e Genova. La documentazione veniva raccolta e custodita ordinatamente, per poi essere usata come base per prendere provvedimenti di fronte a nuove minacce sanitarie. Inizialmente le misure delle autorità veneziane miravano a far vedere che il governo della Repubblica non restava inattivo. Le conoscenze mediche sul meccanismo del contagio erano molto limitate, non vi erano cure né strumenti di prevenzione per le malattie infettive. Nei cento anni successivi le decisioni in materia di sanità furono prese sempre in modo emergenziale. Ogni volta che arrivava una nuova ondata epidemica si avviavano rigidi controlli e dopo la fase più violenta del contagio si attuavano misure economiche per favorire nuova forza lavoro e attività produttive.

Nel 1440 fu creata una nuova commissione che per la prima volta non doveva arginare un'epidemia, ma compiere uno studio sulle possibili cause del "male aereo" (la malaria), un'idea di concetto di prevenzione. Dopo alcuni esperimenti condotti a Milano, nel 1486 Venezia decise di fondare la prima magistratura permanente di sanità, un modello di grande successo presto seguito in tutta Europa.

Il Magistrato alla Sanità era presieduto da tre Provveditori, cui si aggiungevano due Sopra-provveditori: questi cinque non erano medici, ma erano di nomina politica e amministrativa, e a questa parte sovraintendeva un avvocato fiscale e una componente medica col protomedico del Magistrato e un chirurgo. Tra i compiti gli ufficiali di sanità dovevano prevenire l'insorgere di epidemie, attuando un attento controllo sulla mobilità delle persone e delle merci. Per fare ciò il Magistrato controllava una fitta rete informativa: fin dal Seicento sparse per la città e per tutti i domini della Repubblica c'erano le cosiddette 'bocche di leone' per raccogliere le denunce contro chi contravveniva alle norme di sanità. Ancora oggi se ne può trovare una alla Fondamenta delle Zattere a Venezia.



Origini e sviluppo delle Società di mutuo soccorso

- Per rintracciare le radici delle Società di mutuo soccorso occorre osservare i progressi dell'uomo nel suo organizzarsi in comunità.

Il motto che recita "l'unione fa la forza", sul quale si fonda l'essenza del concetto di mutualità, è infatti lo stesso che ha spinto il singolo ad aggregarsi ad altri suoi simili, rinunciando a parte della propria libertà. All'inizio della rivoluzione industriale le Società di mutuo soccorso, risposero dopo anni e anni alle richieste di protezione e di assistenza provenienti dai lavoratori. Esse sono le basi delle moderne organizzazioni cooperative, sindacali e politiche, coi valori di fratellanza, solidarietà, eguaglianza e apertura verso il prossimo radicatisi nella società contemporanea. L'Inghilterra è generalmente considerata la patria delle Società di mutuo soccorso. Già nella seconda metà del XVIII sec. si assistette nelle principali città inglesi al fiorire di Friendly Societies, costituite da lavoratori che, versando contributi periodici, ricevevano un sussidio in caso di malattia. Mutuo soccorso, socializzazione, convivialità e sostegno economico ai lavoratori in occasione delle agitazioni e degli scioperi ne costituivano i cardini dell'attività e nella metà del XIX sec. vennero riconosciute e tutelate con una serie di leggi, che ne incoraggiarono lo sviluppo.

Alla fine del XVIII vi fu la nascita dell'associazionismo mutualistico anche in Francia, con associazioni dedite, come le inglesi, all'assistenza degli affiliati in caso di malattia e al sostegno attivo in occasione delle agitazioni sociali. Il pieno riconoscimento giuridico di queste associazioni venne raggiunto nel 1870, dopo l'abdicazione di Napoleone III e la proclamazione della III^a Repubblica francese, con diffusione del fenomeno a livello nazionale. In entrambi i paesi, la nascita delle Società di mutuo soccorso offrì un'importante stimolo alla riflessione sul significato e il valore degli ideali di solidarietà costruendo i presupposti per lo sviluppo di movimenti politico-sindacali - manifestatisi precocemente in Inghilterra con la nascita Trade Unions e del Cartismo - volti a difendere i diritti di uomini, donne e bambini di fronte alle drammatiche condizioni di lavoro dettate dalla prima rivoluzione industriale. Un incidente sul lavoro o l'insorgere di qualche malattia significava infatti per l'operaio precipitare nell'abisso della povertà totale; significava affidarsi all'intervento caritatevole di qualche confraternita religiosa, al limitato solidarismo della corporazione oppure, come nel caso inglese, fare appello alla "Poor Law", che imponeva il mantenimento del povero alla comunità, punendo gli assistiti con la privazione di ogni diritto politico e civile.

In Italia, le associazioni mutualistiche iniziarono a prendere forma nel corso della prima metà dell'800 caratterizzate da una profonda ispirazione religiosa anche se erano svincolate da ogni formale dipendenza dalle gerarchie ecclesiastiche, ma capaci di innestare le finalità del mutuo soccorso materiale, morale e intellettuale fornito ai propri membri nel più ampio contesto degli ideali evangelici di fratellanza, solidarietà, eguaglianza sociale e apertura verso il prossimo

Fondando il passaggio dalla beneficenza alla previdenza, le Società di mutuo soccorso rappresentarono inoltre la prima sede di dibattito e di confronto per i ceti lavoratori istituendo così un nuovo ceto politico dando vita ai primi partiti di massa e ai primi sindacati. Così il mutuo soccorso costituisce il primo passo verso quel processo di laicizzazione degli ideali evangelici, uno dei più importanti contributi offerti dal pensiero socialista per il progresso umano. Nel corso del Novecento la crescente attenzione riservata dallo Stato alla tutela delle masse lavoratrici e il moltiplicarsi di iniziative legislative in materia, comportarono un progressivo svuotamento dei compiti fino ad allora svolti dalle associazioni mutualistiche, favorendo il passaggio dalla mutualità alla previdenza sociale. Alla fine del '900 le Società di mutuo soccorso hanno tuttavia riacquisito considerevole importanza nell'affiancare l'organizzazione previdenziale pubblica, mostratisi sempre più in affanno nel far fronte ai pesanti costi finanziari imposti dal sistema sanitario nazionale. Il consistente ridimensionamento dello Stato sociale ha infatti aperto nuovi spazi alle organizzazioni Non profit (ossia a strutture operanti senza fini di lucro in un ampio ventaglio di settori tra i quali l'assistenza, la sanità, l'istruzione, la ricerca) capaci di offrire soluzioni alternative.

Nascita del mutualismo sanitario

Quando nascono gli enti mutualistici?

Lo sviluppo della mutualità

Il 15 aprile 1886 fu promulgata la legge 3818 che riconosceva alle società di mutuo soccorso la possibilità di acquisire la personalità giuridica.

- Le Società di Mutuo Soccorso (SMS) propongono forme di solidarietà tra pari in tempi caratterizzati da disgregazione, frammentazione e atomizzazione ma rischiano di essere percepite come fonte di ulteriori disuguaglianze nell'accesso al sistema sanitario non più in grado di garantire i principi di universalismo.

Appare tuttavia sempre più difficile immaginare che il SSN possa rispondere da solo in modo esaustivo alla domanda di salute che proviene dall'attuale società complessa. Occorre consolidare il "valore aggiunto" che contraddistingue ancora oggi le SMS.

- Riallacciandosi alla storia dell'Ottocento e del Novecento, le Società di Mutuo Soccorso, che si distinguono in modo significativo da attori profit come le assicurazioni, offrono ai propri soci e assistiti una copertura lungo l'intero corso di vita senza operare una profilazione del rischio. Il principio olistico della salute come "benessere fisico, psichico e sociale", promosso dall'OMS, costituisce la cornice dentro la quale le mutue sanitarie, interconnesse con le società di mutuo soccorso territoriali, possono offrire un contributo altamente positivo al benessere collettivo, non in alternativa alla sanità pubblica, ma in alleanza con il SSN.
- Il valore aggiunto delle SMS è dunque di tipo economico, culturale, sociale e istituzionale. Oltre a basarsi su un modello non lucrativo e modalità gestionali sostenibili (valore economico), infatti, le SMS sono tenute a diffondere i principi e i valori mutualistici (valore culturale), praticano un modello decisionale che fa (o dovrebbe fare) della partecipazione e della democraticità interna uno dei propri elementi distintivi (valore sociale), si propongono di coniugare domanda di salute e sostenibilità (valore istituzionale).

Per ampliare le prospettive di sviluppo del mutualismo oggi e vincere le sfide, i tre trade-off, del rafforzamento del valore aggiunto culturale, sociale e istituzionale (affianco al consolidamento di quello economico), le SMS – in accordo con altri attori pubblici e privati – sono chiamate a trovare un punto di equilibrio utile alla collettività volto a diffondere una concezione della prevenzione che è il contrario del consumismo e dell'eccessiva medicalizzazione. Si tratta della prevenzione primaria (che fa leva sulla riduzione dei fattori di rischio) che costituisce oggi una delle criticità maggiori in tema di salute pubblica.

La prima grande
riforma sanitaria
italiana:
la legge n. 5849 del
22 dicembre 1888

- La situazione igienico-sanitaria dell'Italia post unitaria
- All'indomani della proclamazione dell'Unità d'Italia (17 marzo 1861), il Regno si presentava come un paese povero, dove le condizioni di vita media della popolazione erano fortemente arretrate. Nel 1863, anno in cui venne rilevato il primo dato disponibile sulla speranza di vita della popolazione, il tasso di mortalità infantile era pari a 232 /mille bambini nati vivi, 232 morivano entro il primo anno di vita.
- Il reddito medio pro capite era inferiore alla metà di quello britannico e la struttura occupazionale era tipica delle economie arretrate, con il 63% degli occupati dediti all'agricoltura. Il 44% della popolazione viveva in condizioni di povertà assoluta e 4 persone su 5 erano analfabete. Le abitazioni malsane, la mancanza di acqua potabile e la scarsa igiene portavano alla diffusione di molte malattie contagiose come il colera e il tifo, la malaria provocata dalla puntura delle zanzare nelle zone paludose, la pellagra dovuta alla carenza vitaminica. Escluse le morti per incidente, le prime cause dei decessi erano imputabili alle malattie infettive (quasi il 30% dei decessi), seguite dalle malattie dell'apparato respiratorio, dalle malattie mentali, del sistema nervoso e cardiocircolatorio. L'epidemia di colera del 1884-1885 aveva causato nel Paese quasi 18.000 vittime.
- Nel 1887 uno dei problemi che ancora affliggeva maggiormente il Paese era la salute: la malaria ammorbava gran parte della penisola, assieme a tubercolosi e sifilide, quest'ultima diffusa maggiormente tra i militari. Periodicamente si assisteva ad epidemie di vaiolo, tifo e difterite. Diffusa era la malnutrizione ed in conseguenza di ciò le malattie da carenze vitaminiche, quali rachitismo e pellagra.
- L'aspettativa di vita media non superava i 55 anni ed il 45% dei morti era rappresentato dai bambini entro i primi cinque anni di vita.
- Alla morte di Agostino Depretis nel luglio 1887, Presidente del Consiglio del Regno, il re Umberto I chiese a Francesco Crispi di assumere l'interim del Ministero degli Esteri. Crispi accettò ed il 7 agosto fu nominato Presidente del Consiglio. Tra le prime priorità, decise di affrontare il drammatico problema sanitario del Paese. Appena salito al potere istituì al Ministero dell'Interno la **Direzione di sanità pubblica**, coinvolgendo per la prima volta i medici nel processo decisionale. Affidò l'incarico della stesura di una nuova legislazione all'epidemiologo, professor Luigi Pagliani, illustre docente universitario, uno dei padri fondatori della disciplina medica dell'Igiene e della Sanità pubblica in Italia. Tra le prime iniziative che assunse in ambito accademico vi fu l'inaugurazione, nel 1878, di un laboratorio di igiene, il primo in Italia, che conferì legittimazione scientifica alla disciplina. Fu tra i primi ad intuire i benefici che la sanità pubblica avrebbe avuto dalla rivoluzione batteriologica che si stava profilando all'orizzonte.
- La norma fu preceduta da alcuni decreti di cui ricordiamo l'inserimento degli ingegneri nei consigli sanitari (7 giugno 1887), i prestiti di favore al 3% per le opere di risanamento igienico dei piccoli comuni (5 luglio 1887), la creazione di laboratori e l'introduzione dell'ingegneria sanitaria quale materia di insegnamento presso l'Istituto di igiene dell'Università di Roma. In pochi mesi avviò la **prima grande riforma sanitaria italiana che istituirà le fondamenta del sistema sanitario pubblico**.

La riforma sanitaria

- La legge 22 dicembre 1888 detta anche "Legge Crispi - Pagliani", trasformò l'approccio di polizia sanitaria in sanità pubblica.
- Composta da 6 titoli e 71 articoli, si presentava articolata come insieme di: condizioni geo-fisiche, demografiche ed urbanistiche, assistenza medica, farmaceutica ed ostetrica, profilassi delle malattie sociali. La riforma ideata da Pagliani prevedeva un'organizzazione sanitaria di tipo piramidale che garantisse che tra vertice e base ci fosse un continuo flusso bidirezionale di informazioni.
- Dalla base provenivano notizie aggiornate sullo stato di salute del Paese (presenza di focolai epidemici, mortalità nei luoghi di lavoro...)
- Dal vertice provenivano direttive dal mondo accademico e dalla ricerca scientifica (la classe medica obbligata ad aggiornarsi scientificamente, i medici che operavano nei luoghi più sperduti del Paese avrebbero potuto usufruire dei più aggiornati principi scientifici dell'epoca). Una struttura affidata dunque ai professionisti della salute, agli igienisti, gli unici in grado di affrontare l'emergenza di un paese ancora decimato dalle malattie endemiche ed epidemiche. La legge prescriveva la denuncia obbligatoria, da parte dei Comuni, delle malattie contagiose, l'obbligo della vaccinazione, della provvista di acque potabili e della compilazione di statistiche sanitarie. Seguirono, nel corso del biennio 1889-90 una serie di decreti attuativi in ogni settore dell'igiene pubblica (polizia mortuaria, sanità marittima, igiene del suolo e dell'abitato...) che completarono l'impianto normativo. I medici, pagati dallo Stato, a disposizione gratuita della popolazione. Ufficiali sanitari comunali, medici circondariali, medici provinciali, coordinati direttamente da sindaci, prefetti e sotto prefetti. Il numero di medici per ogni Comune stabilito in base al numero di abitanti, unitamente a pubbliche levatrici a garanzia di assistenza qualificata. La vera rivoluzione fu che i Comuni ebbero l'obbligo di assumere a proprie spese un "medico condotto". In questo modo il medico era un vero e proprio dipendente pubblico stipendiato dall'amministrazione comunale per prestare assistenza medica gratuita a tutti. Uno dei maggiori punti di forza della riforma fu rappresentato dalla Scuola di perfezionamento in igiene destinata a medici, ingegneri, veterinari e farmacisti, dotata di laboratori di chimica e di microscopia. La Legge introduceva poi una figura estremamente moderna, quella del "medico provinciale". Responsabile a compiere personalmente ispezioni, inchieste e controlli sul territorio per poi riferire direttamente al Ministero dell'Interno. Fu possibile così documentare la connessione tra la diffusione delle epidemie e le gravi condizioni igieniche del territorio. Gli ufficiali sanitari dovevano disporre di laboratori d'analisi attrezzati e qualificati per poter eseguire esami chimici e microscopici finalizzati alla vigilanza igienica e sanitaria. Alla popolazione non sarebbero dovuti mancare i farmaci e, a tal fine, i medici condotti che prestavano le loro cure lontani dalle farmacie, avrebbero avuto a disposizione un armadio farmaceutico attrezzato e rifornito con fondi comunali.
- La legge istituì l'obbligo tassativo ai medici di denunciare al sindaco del comune, in ogni caso di morte la causa della malattia e quindi la raccolta delle notizie, dal 1889 in poi, dipende oltre che dal sentimento anche dal dovere scientifico. Nella classificazione adottata per questa statistica, tutte le morti sono distribuite sotto 169 voci, secondo un elenco preparato da una Commissione medica nel 1881 e rivisto da altra Commissione nel 1883 ed approvato dal Consiglio superiore di sanità. Poi le nuove scoperte batteriologiche rimettono in discussione le antiche opinioni sull'eziologia di molte malattie e per consiglio della stessa Commissione medica, nuovamente consultata nel 1887, e si rinunciò all'aggruppamento delle voci.
- La legge non risolse tutti i problemi sanitari dell'epoca ma i progressi furono notevoli ed immediati.
- Si sottolinea che nei successivi 12 anni la mortalità calò dal 30 al 20 per mille e la vita media salì da 35 a 41 anni.

Il ruolo del Ministero dell'Interno

- Non esisteva il Ministero della Salute (nel 1958 nasce il Ministero della Sanità che, nel 2001, diventerà l'attuale Ministero della Salute), era gestito tutto dal Ministero dell'Interno, attraverso i Prefetti.
- Per mettere in atto la legge Crispi, il Capo di Governo istituì presso il Ministero dell'interno un Ufficio (poi Direzione) di Sanità pubblica, cui vennero annessi due laboratori di clinica e di batteriologia e una Scuola di perfezionamento per la formazione dei futuri Ufficiali sanitari e Medici provinciali per gli oltre 8.000 Comuni e le 69 Province del Regno.
- Non esistevano le Regioni, che videro la luce solo nel 1970 (quando vennero istituite le regioni ordinarie con l'elezione, per la prima volta, dei consigli e l'adozione dei relativi statuti).

Il ruolo dei Comuni

- C'erano però i Comuni, a cui era affidata la vigilanza igienica su:
 - ❑ malattie infettive;
 - ❑ bevande e alimenti;
 - ❑ igiene del suolo e dell'abitato (incluse le case di abitazione, i cimiteri e le coltivazioni di riso);
 - ❑ le industrie insalubri.
- Ma essi dovevano controllare anche:
 - ❑ l'esercizio delle professioni sanitarie;
 - ❑ le farmacie;
 - ❑ l'amministrazione della carità "legale" disposta dallo Stato, che assicurava l'assistenza sanitaria agli iscritti nella lista dei poveri.
- Il nuovo corso dell'amministrazione sanitaria era quindi coordinato dalla Direzione di sanità pubblica, con il supporto delle competenze tecnico-scientifiche del Consiglio superiore di sanità e dei Laboratori centrali della sanità pubblica, e con il supporto del Medico provinciale e dell'Ufficiale sanitario/ Medico condotto a livello locale.
- Il grosso della spesa veniva quindi affrontato dai Comuni:
 - ❑ per l'esercizio finanziario 1890-91 ad esempio, il bilancio del Ministero degli Interni riportava previsioni di spesa per 1,7 milioni di lire, contro una spesa obbligatoria per i Comuni stimata in 70 milioni, di cui tre quarti imputati a "igiene e beneficenza".

La legge sulle Opere pie

- La legge del 17 luglio 1890 trasformava tutte le Opere pie in istituzioni pubbliche di beneficenza.
- Parliamo delle oltre 22.000 istituzioni prevalentemente controllate dalla Chiesa, dotate di un patrimonio di più di due miliardi di lire, e con una rendita annua di poco inferiore ai 100 milioni di lire.
- Tra di esse, gli ospedali ammontavano a poco più di un migliaio, ma disponevano di quasi un terzo del patrimonio complessivo, con una rendita media annua stimata attorno alle 400.000 lire ciascuno.
- L'obiettivo era quello di laicizzare la beneficenza.
- Il 18 febbraio 1883, su ispirazione di Luigi Luzzatti (1841-1927), era stata stipulata una convenzione per l'assicurazione volontaria contro gli infortuni sul lavoro tra il ministro dell'Agricoltura, industria e commercio, e i rappresentanti delle più importanti casse di risparmio e di credito italiane. Approvata con legge n. 1473 dell'8 luglio 1883, tale convenzione diede vita alla Cassa nazionale infortuni, embrione del futuro INAIL che nascerà in epoca fascista.
- Con la legge n. 350 del 1898 nasce il primo embrione della previdenza sociale, la Cassa nazionale di previdenza per l'invalidità e la vecchiaia degli operai. Si tratta della prima forma di assicurazione a carattere previdenziale, ma era del tutto volontaria. Fu solo tra le due guerre, nel 1919, che nacque la Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali (CNAS), rendendo la previdenza obbligatoria per tutti i lavoratori dipendenti.

L'età giolittiana

- Sotto Giolitti (capo del Governo dal 1903), l'evoluzione più significativa in ambito sanitario riguarda la lotta alla malaria. La legislazione giolittiana aggiunse alla bonifica idraulica di eliminazione delle acque stagnanti, e a quella agricola, anche la cosiddetta bonifica "umana", che interveniva sulla popolazione delle campagne.
- Negli anni successivi furono approvate diverse leggi sulla gestione della malattia che confluirono poi nel Testo Unico del 1° agosto 1907, in cui si prevede per la prima volta un intervento diretto pubblico: lo Stato, attraverso la Direzione di sanità e l'impiego dello stabilimento chimico-farmaceutico militare di Torino, era responsabile della produzione di chinino (un potente farmaco antimalarico) e della distribuzione gratuita alle famiglie e ai lavoratori delle zone malariche.

La Grande Guerra

- La Prima Guerra Mondiale segna l'evoluzione dalla sanità ottocentesca.
- La tubercolosi venne inclusa tra le invalidità causate dalla guerra e si stanziarono fondi per costruire sanatori antitubercolari nei Comuni. Nacquero i Comitati provinciali antitubercolari, con funzioni di vigilanza igienica, diagnosi precoce e formazione generale e specifica della popolazione.
- Tra il primo e il secondo dopoguerra, nascono le casse mutue malattia per lavoratori di varie categorie: enti assicurativi corporativi con iscrizione obbligatoria per lavoratori con garanzia di diagnosi e cura, assistenza farmaceutica e riabilitazione a iscritti e familiari a carico. Non era quindi un servizio universalistico, ma solo per alcuni cittadini (i lavoratori dipendenti). Il principio assicurativo si basava su due punti:
 - ❑ l'assistito deve incorrere in un evento morboso e deve avere necessità di cure;
 - ❑ l'assistito deve dimostrare di essere in possesso di clausole contrattuali che fanno maturare tale diritto.

La sanità italiana nel periodo fascista

- Oltre alla politica demografica e al programma di bonifica integrale, il documento più importante di quest'epoca è la **Carta del lavoro del 21 aprile 1927**, che annunciava un programma di assicurazioni sociali per **“il perfezionamento dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e la disoccupazione involontaria; il miglioramento della tutela della maternità; l'assicurazione per le malattie professionali e la TBC come avviamento dell'assicurazione generale contro tutte le malattie”**.
- Negli anni del fascismo, la CNAS diventa l'INFPS (Istituto Nazionale Fascista per la Previdenza Sociale) e gestisce le assicurazioni obbligatorie per invalidità e vecchiaia, disoccupazione, maternità ed assegni familiari nonché, dal 1935, l'assicurazione contro la TBC.
- Nasce nel 1983 l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro – INAIL –, dall'unificazione della Cassa nazionale infortuni e delle Casse private di assicurazione.
- L'INAIL nasce come INFAIL e si occupa dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e alcune malattie professionali relative alle lavorazioni pericolose e contro l'anchilostomiasi, cui sarebbero state aggiunte nel 1943 silicosi ed asbestosi.
- Nel 1934 nasce l'Istituto di Sanità Pubblica, che prenderà il nome di Istituto Superiore di Sanità nel 1941.
- Con la legge 138 del 1943 viene introdotta l'obbligatorietà di assicurazione sociale di malattia di lavoratori dipendenti e nasce l'Ente mutualità fascista-Istituto nazionale assistenza malattie, che diventerà poi Istituto nazionale di assicurazione malattia (INAM), la più grande e potente fra le Casse mutue.
- Il secondo TU delle leggi sanitarie (r.d. 27 luglio 1934, n. 1265) definiva un sistema sanitario su vari livelli simile a quello dell'epoca liberale, con il grosso dell'impegno da parte dei Comuni.
- La cd. legge Petragrani del 30 settembre 1938 differenziò gli ospedali dalle semplici infermerie e li classificò in tre categorie secondo le loro dimensioni, misurate come presenza media giornaliera dei ricoverati. La gestione degli ospedali continuava però ad essere affidata a benefattori locali e lo stesso finanziamento dipendeva da questi soggetti. Le spese per i ricoveri erano remunerate secondo rette giornaliere stabilite da ciascun Ente, poste a carico dei Comuni per gli iscritti nell'elenco dei poveri, e degli Istituti mutualistici per i loro assicurati.
- Le Casse mutue per l'assicurazione contro le malattie fornivano copertura assistenziale a circa un terzo della popolazione, principalmente lavoratori dipendenti del settore privato, cui si aggiunsero negli ultimi anni di guerra i dipendenti dello Stato e degli Enti Locali, ed i loro familiari.

Il secondo dopoguerra e l'avvento della Repubblica

- L'Italia del secondo dopoguerra era un paese allo stremo del sociale e del materiale.
- L'aumento della mortalità generale, salita dal 13,4‰ del 1939 al 15,9‰ del 1944, era dovuto principalmente alle malattie infettive, ed in particolare alla recrudescenza di TBC (+28%), malaria (+54%) e tifo (+44%).
- La penicillina e la streptomina, i due grandi antibiotici prodotti dalla ricerca angloamericana della Seconda guerra mondiale, insieme al DDT (pesticida per le zanzare) divennero disponibili in Italia solo a partire dal 1947.
- Le istituzioni sanitarie erano attraversate dalla crisi da inflazione e svalutazione che avevano impoverito gli Enti previdenziali.
- Nel 1945 fu istituito un Alto commissariato per l'igiene e la sanità pubblica (ACIS), posto alle dirette dipendenze della Presidenza del Consiglio, che partecipava al Consiglio dei Ministri solo su invito e senza diritto di voto. Le istituzioni e gli enti creati nel periodo fascista sopravvissero senza importanti modifiche.
- Nel 1948, con la nascita della Costituzione Repubblica Italia, l'art. 32 fa diventare la tutela della salute un diritto costituzionale.

Gli enti mutualistici

- Anche negli anni '50 si proseguì con l'assistenza sanitaria divisa tra l'attività caritatevoli dei Comuni con le liste dei poveri, l'intervento diretto dello Stato nella Sanità pubblica, e la tutela assicurativa dei lavoratori attraverso gli Enti mutualistici.
- **Le mutue per le malattie cosiddette “comuni” fornivano agli “iscritti principali” sia coperture economiche, fra il 50 e l'80% del salario, sia prestazioni sanitarie** comprendenti l'assistenza ospedaliera e medico-generica, che alcune mutue integravano con l'assistenza farmaceutica e specialistica.
- La copertura garantiva solo un numero massimo di giornate annue per assistito, variabile fra gli enti e diverso per titolari e familiari (per l'INAM, ad esempio, era di 180 giorni/anno per gli iscritti principali e di 30 per i loro familiari).
- L'assistenza era assicurata da **convenzioni con enti ospedalieri pubblici e case di cura private**, con cui venivano negoziate le rette giornaliere di degenza.
- Fino al 1952 erano stati esclusi da ogni forma di assistenza i **lavoratori autonomi**. Poi tra 1953 e 1956 si costituirono mutue autogestite.

Il Ministero dei Salvo

- La **nascita del Ministero della Salute** ha una storia travagliata.
- Per fare contenti i riformisti, nel 1945 era stato istituito l'ACIS che però non aveva praticamente nessun peso politico e decisionale. Con la **legge 13 marzo 1958 n. 296**, dopo accesi dibattiti, **nasce finalmente il Ministero della Sanità**, denominato scherzosamente, all'inizio, dei "salvo", per via dell'infinito elenco di cose che non avrebbe potuto fare.
- Furono comunque affidate competenze in materia di igiene e profilassi delle malattie infettive e diffuse; ma il finanziamento delle relative attività, inclusi **i ricoveri ospedalieri e le vaccinazioni, restarono a carico dei Comuni**. Le Casse mutue restarono sotto la vigilanza del Ministero del lavoro e della previdenza sociale.
- La sanità viene articolata in questo modo:
 - **Livello centrale** (Consiglio Superiore di Sanità Pubblica / Istituto Superiore di Sanità);
 - **Livello periferico** (Uffici di Medici e Veterinari Provinciali / Uffici Sanitari dei Comuni e dei consorzi dei Comuni / Uffici Sanitari specifici es. zone di confine).
- Il sistema mutualistico inizia a mostrare le sue **debolezze** soprattutto per due motivi:
 - l'accesso a prestazioni dei cittadini è diversificato a causa di una pluralità di enti;
 - manca una programmazione nazionale con conseguenti squilibri in strutture e modalità operative.
- Inizia in questo periodo a **prendere corpo una riflessione su** una soluzione che prevedesse la liquidazione di Enti mutualistici e **la creazione di un Servizio Sanitario Nazionale**.

Gli ospedali

Gli ospedali fino al secondo dopoguerra hanno mantenuto un assetto istituzionale non adatto alla necessaria riorganizzazione.

Soprattutto, **non erano pronti all'aumento di ricoveri** che ci sarebbe stato in quegli anni.

Come affermò il Ministro della Sanità Giardina nel 1959, durante il primo dibattito alla Camera sulla “questione ospedaliera”:

*“I cittadini hanno ormai quasi del tutto superato quello stato d'animo (...) di paura o di diffidenza verso gli ospedali. Oggi la situazione è quasi capovolta: **tutti preferiscono ricorrere all'ospedale anche per lievi infermità**”.*

Con la legge Mariotti del 12 febbraio 1968 n. 132 sugli “Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera”, **si introduce una profonda innovazione degli ordinamenti degli ospedali pubblici**, prevedendo la costituzione di un Consiglio di Amministrazione in ogni ospedale, e una classificazione e definizione della struttura in relazione ai livelli di competenza:

- regionale/altissima specialità;
- interprovinciale/alta complessità;
- provinciali/media complessità;
- di comunità/di base.

I nosocomi diventano enti ospedalieri autonomi, con una stessa organizzazione e dedicati allo svolgimento di attività di ricovero e cura, con attività di programmazione ospedaliera e piano assistenziale ospedaliero da raccordare con i piani regionali.

La **grave crisi finanziaria che colpì gli enti mutualistici** all'inizio degli anni '70, e il **trasferimento alle Regioni delle funzioni statali in materia di “assistenza sanitaria ed ospedaliera”** (D.P.R. 14 gennaio 1972 n. 4) costituiscono gli eventi che **portarono alla creazione del S.S.N. con la legge 833 del 23 dicembre 1978**.

Nascita del SSN

- Il Servizio Sanitario Nazionale nasce il 24 dicembre 1978 con la legge di riforma sanitaria n. 833, che introduce un modello universalistico di tutela della salute, sostituendo il vecchio sistema mutualistico fino ad allora vigente e ponendo gli oneri a carico della fiscalità generale. Questo nuovo assetto persegue gli obiettivi di equità, partecipazione democratica, globalità degli interventi, coordinamento tra le istituzioni attraverso la territorializzazione dei servizi di assistenza sanitaria, con l'istituzione delle Unità Sanitarie Locali (USL) e la formazione del Distretto Sanitario di Base. Seguono anni complessi d'instabilità sociale e politica, unitamente all'impossibilità di combinare una domanda sanitaria potenzialmente infinita, con una disponibilità di risorse sempre più "finita" e "contenuta" dall'esistenza di espliciti e crescenti vincoli finanziari.

Obiettivi del SSN

- Il SSN è lo strumento operativo garante della tutela della salute
- Il SSN è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture e delle attività che concorrono a promuovere e mantenere la salute della popolazione
- L'obiettivo del SSN è l'uniformità delle condizioni di salute su tutto il territorio nazionale, garantendo a tutti i livelli uniformi di assistenza.
- I livelli uniformi di assistenza sono "l'insieme delle attività che devono essere erogate dal SSN".

L'aziendalizzazione del SSN

- Primi anni Novanta emerge l'esigenza di razionalizzare la spesa sanitaria.
- Per cui si modifica l'assetto organizzativo e gestionale del SSN, mantenendo i suoi principi. Con i D.lgs 502/92 e 517/93 si introducono il concetto di aziendalizzazione delle Unità Sanitarie Locali (USL), che sono dunque trasformate in **Aziende Sanitarie Locali (ASL)**, l'individuazione di **Livelli uniformi di assistenza (Lea)** da garantire a tutti i cittadini, l'introduzione di nuovi criteri di finanziamento e di spesa e il potenziamento del ruolo delle Regioni.
- Il processo di aziendalizzazione doveva essere rivolto a garantire il miglioramento delle prestazioni sanitarie, il contenimento dei costi e la razionalizzazione della spesa sanitaria. Lo stesso processo ha però prodotto una dequalificazione delle risorse umane, un incremento dei tempi di proceduralizzazione e, in ultima analisi, una caduta della qualità e dell'efficacia.
- È venuta meno una visione complessiva del SSN, lasciando il posto a una più regressiva e burocratizzata, con la perdita di una logica di sistema in grado di creare coesione sociale, sviluppo innovativo, anche d'impresa, senso d'appartenenza e d'identità inclusiva, che avrebbe richiesto investimenti e aperture di spazi d'innovazione. In buona sostanza, la salute era sostanzialmente vista come un costo, da governare con un presidio di iper-managerialità, in grado di controllare secondo una funzione di tipo gerarchico-specialistico lo sviluppo del sistema. In questa prospettiva si è perso di vista l'elemento della territorializzazione della gestione della salute, vissuto più come un appesantimento della struttura sociale, che come l'opportunità di sviluppo di un nuovo paradigma assistenziale e di società.

Attuazione del SSN

- Nella legge 833 /78 vi sono tre livelli di intervento: Stato – Regioni – Enti Locali.

Dalla legge 502/92 e successive modificazioni vi sono due livelli di intervento :

- lo stato
- le regioni.
- Lo strumento operativo del SSN nella 833 è rappresentato dalle Unità Sanitarie Locali (USL). Le USL nella L. 833/78 vengono definite **Strutture operative dei Comuni**. Sono lo strumento per realizzare gli obiettivi per la tutela della salute. Afferiscono le seguenti aree:
 - a) Strutture ospedaliere del territorio
 - b) Medicina di base
 - c) Servizio farmaceutico
 - d) Igiene pubblica
 - e) Igiene mentale
 - f) Servizio veterinario
 - g) Medicina preventiva e igiene del lavoro
 - h) Gestione contabile e amministrativa

Dalla L.833/78
alla L.502/92

- “Burocratizzazione” delle USL
- Formalizzazione dell’attività (autoreferenzialità)
- Intervento della politica nella gestione
- Mancanza di autonomia e direzione “manageriale”
- Remunerazione del personale non correlata ai risultati
- Deresponsabilizzazione finanziaria USL e Regioni
- Ritardi nella definizione e ripartizione del FSN
- Separazione tra responsabilità di spesa (USL) e finanziamento (Stato)
- Ripiano dei disavanzi
- Differenze regionali nell’utilizzo dei servizi

Dalla L.833/78 alla L.502/92

- DALLA 833/78 AL D.L. 502/92
 - • Legge 833/78
 - Decreti Legislativi 502/92 e 517/93
 - Decreto Legislativo 229/99 (Bindi)
 - Federalismo fiscale (D. lgs 56/2000)
- Accordo Stato - Regioni 8/8/01 (D. lgs 347/01 convertito in L. 405/01)

Aziendalizzazione: Punto Cardine del D.L. 502/92

- Si passa dalla gestione politica alla gestione tecnica.
- Le Usl diventano Aziende Sanitarie Locali (ASL).
- Vengono create le Aziende Ospedaliere e le Aziende Ospedaliere Universitarie.
- Vengono ridefiniti gli ambiti territoriali delle Aziende sanitarie su base provinciale.
- La funzione di indirizzo e controllo dei Comuni viene meno (USL autonome e cambiano referente politico)
- Regionalizzazione del SSN
- Maggiore autonomia nel governo e coordinamento dei SSR (dimensione territoriale delle ASL; “quasi-mercato”; nomina DG)
- Finanziamento (in parte)
- Copertura dei disavanzi (in parte)
- La struttura del Servizio Sanitario Nazionale, articolato nei Servizi Sanitari Regionali, è articolata in: Stato, Regioni, ASL e AO gestite dai Direttori Generali o Managers, assunti con contratto di diritto privato.
- La Regione svolge, sulle Aziende sanitarie presenti sul proprio territorio, un’opera di indirizzo, coordinamento e controllo, nel rispetto dell’autonomia organizzativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica loro attribuita dalla legge.
- Le Regioni sono inoltre tenute, nel rispetto delle linee guida nazionali, a emanare norme per la gestione economico-finanziaria e patrimoniale delle Aziende USL e delle Aziende ospedaliere.
- FINANZIAMENTO DEL SSN : in ottemperanza alla 833/78, il finanziamento del SSN avviene attraverso la fiscalità generale.
- Possono essere aggiunti eventuali fondi integrativi, per rispondere ad esigenze eventuali.

Finanziamento del SSN

- I modelli di finanziamento delle strutture sanitarie nell'ambito di un sistema sanitario regionale sono:
 - I) Quota capitaria
 - II) Meccanismo tariffario
 - III) Il finanziamento per funzioni
 - IV) I finanziamenti straordinari
 - V) I finanziamenti vincolati

Finanziamento del SSN

1. Quota capitaria tende a:
 - Garantire l'equità nell'accesso ai servizi sanitari a parità di bisogno
 - Tenere sotto controllo la dinamica della spesa sanitaria.
 - Raggiungimento di livelli uniformi di assistenza quale criterio di finanziamento dei sistemi sanitari sia nazionali che regionali, aventi impronta solidaristica.
 - Tale obiettivo può essere perseguito mediante un'equa distribuzione delle risorse destinate al finanziamento dei servizi sanitari su base territoriale, in funzione della variabilità dei livelli di bisogno assistenziale delle popolazioni locali.
 - La definizione di bisogno solitamente adottata è quella di quella epidemiologica che si basa sulla considerazione del carico di patologie presenti in una popolazione.

La Riforma
Bindi D.L.
229/99
definisce i LEA

I LEA:

- sono definiti essenziali
- Devono essere uniformi su tutto il territorio nazionale
- Sono individuati dal PSN parallelamente alle risorse finanziarie destinate al SSN

I LEA comprendono:

- Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro
- Assistenza distrettuale
- Assistenza ospedaliera

LISTE D'ATTESA:
Schema d'intesa
stato- regioni
28/03/06

- Ha individuato 100 prestazioni stabilendone tempi massimi d'attesa.
- Ogni ASL indica le strutture presso le quali tali tempi sono assicurati.
- Promuove la realizzazione del CUP (Centro Unico di prenotazione).
- Attivazione di uno specifico flusso nel NSIS (Nuovo sistema informativo sanitario).
- Istituzione cooperative iscritte a CNA.
- Il divieto di sospensione della attività di prenotazione.
- Obbligo del registro di prenotazione.
- Applicazione di sanzioni.

Le ASL

- Le ASL assicurano i LEA.
- Le ASL sono aziende di diritto pubblico con personalità giuridica al fine di dotare l'organizzazione sanitaria di efficienza, efficacia ed economicità.
- Le ASL hanno dimensione infraregionali.
- Le funzioni dell'ASL vengono svolte con atto aziendale.

- Le ASL hanno autonomia organizzativa, amministrativa, contabile, patrimoniale, gestionale e tecnica

Struttura interna di SSN e ASL



Criteri di organizzazione di aggregazione dei dipartimenti

Spetta al management aziendale l'identificazione del criterio di aggregazione delle unità operative per la costituzione dei dipartimenti secondo:

- **Aggregazione per area nosologica.** Nel dipartimento convergono unità operative che si occupano del trattamento di pazienti riconducibili a determinate categorie diagnostiche principali (es. dip. cardiovascolare, dip. di salute mentale, ecc.).
- **Aggregazione per branca specialistica.** L'aggregazione delle unità operative avviene in base all'area specialistica di riferimento di ciascuna di esse (medicina, chirurgia, diagnostica per immagini, ecc.).
- **Aggregazione per apparato o organo.** Le unità operative che convergono nel dipartimento sono omogenee in relazione alla diagnosi, cura e recupero di condizioni morbose a carico di un determinato organo del corpo umano (es. dip. cardiologico, dip. delle neuroscienze, ecc.).
- **Aggregazione per intensità delle cure.** Tale criterio prevede che i dipartimenti si caratterizzino per il diverso grado di intensità assistenziale (terapia intensiva, semi-intensiva, riabilitativa, ecc.) impiegato per il trattamento del paziente.
- **Aggregazione per età.** Nel dipartimento vengono aggregate tutte le unità operative coinvolte nel trattamento di pazienti appartenenti a determinate fasce di età (es. dip. Materno infantile, dip. geriatrico).

I Distretti socio-sanitari

Al distretto spetta il ruolo di garantire:

- **L'assistenza primaria, compresa la continuità assistenziale, ambulatoriale e domiciliare, MMG e PLS, servizi di guardia medica notturna e festiva;**
- **L'assistenza specialistica ambulatoriale;**
- **I servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;**
- **I servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;**
- **I servizi rivolti ai disabili ed anziani;**
- **I servizi di assistenza domiciliare integrata;**

Gli organi di governo

- **Direttore Generale**
- **Direttore sanitario**
- **Direttore amministrativo**
- **Il collegio di Direzione**
- **Direttore Dipartimento e Direttore Distretto**

Organizzazione della rete dei servizi sanitari

- **ARES E ASL**
- **AREUS**
- **PIANO REGIONALE LISTE D'ATTESA**
- **RETE NAZIONALE TRAPIANTI**
- **RETE NAZIONE SCLEROSI MULTIPLA**
- **AOU**
- **AO BROTZU**
- **DISTRETTI, UVT E PUA**
- **HOSPICE, RSA E COMUNITA' INTEGRATE, RITORNO A CASA**
- **PIANO DELLE PERFORMANCE E CUSTOMER SATISFACTION**

Fonti, Bibliografia e sitografia

- Corriere della Sera > Cultura > E la peste creò la sanità pubblica. Guido Alfani e Alessia Melegaro, «Pandemie d'Italia. Dalla peste nera all'influenza suina: l'impatto sulla società»
- ZANICHELLI, Aula di lettere, Percorsi nel mondo umanistico
- Crediti immagini: Apertura: Giuseppe Pellizza da Volpedo, "Il Quarto Stato", olio su tela, 1901, Milano, Museo del XX secolo
- La salute degli italiani, 1861 - 2011 - V. Aiello - S. Francisci - G. Vecchi
- Aldo A. Mola. L'iniziazione di Crispi: alla massoneria o alla politica? *Officinae* giugno 2006- numero 2
- G. Sangiorgi, Un maestro: L.P., in *L'igiene e la vita*, X (1927), 11, pp.395-397
- L. 22 dicembre 1888 n. 5849
- Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste europea alla guerra mondiale, Roma/Bari, Laterza, IV ed, 1988 - Cosmacini Giorgio
- MINISTERO DI AGRICOLTURA, INDUSTRIA E COMMERCIO - DIREZIONE GENERALE DELLA STATISTICA. CAUSE DI MORTE - STATISTICA DEGLI ANNI 1893 E 1894.
- La salute pubblica: Giornale mensile di igiene pubblica e privata. 15 gennaio 1890, Perugia
- F. TARONI, La sanità in Italia dall'Unità al Servizio sanitario nazionale (1861-1978), in *Manuale critico di Sanità pubblica*, Rimini, Maggioli, 2015, pp. 215 – 223 [consultabile qui]
- Il ministero oggi compie 60 anni, pietra miliare della salute pubblica [su www.salute.gov.it]
- Intervento del Presidente della Repubblica Sergio Mattarella in occasione dell'incontro con i Presidenti di Regione, nel cinquantenario anniversario di costituzione delle Regioni a statuto ordinario [su www.regioni.it]
- F. QUARANTA, Le origini dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali [consultabile qui]
- La storia dell'INPS [su www.inps.it]
- Istituto nazionale della previdenza sociale – INPS, 1933 [su www.beniculturali.it]
- Storia della clorochina e dei suoi antenati [su www.scienzainrete.it]
- Organizzazione del Sistema Sanitario Nazionale [su www.opira.it]
- INAIL, La storia [su www.inail.it]
- ISS, La nostra storia [su www.iss.it]
- Libro: *Pandemie d'Italia* (Egea) di Guido Alfani (storico economico) e Alessia Melegaro (epidemiologa)
- Università di Ferrara, *Organizzazione e Storia del Servizio Sanitario Nazionale*
- Art 32 Costituzione Italiana
- D.P.R. 14 gennaio 1972 n. 4