

Orazio Anni
Sara Zani

Corso di Igiene e Cultura medico-sanitaria

Per gli Istituti Professionali
Servizi per la Sanità
e l'Assistenza sociale

3 Educazione alla salute,
assistenza sanitaria
e organizzazione del Sistema
sanitario nazionale

Edizione **OPENSCHOOL**

- | | |
|---|---------------|
| 1 | LIBRODITESTO |
| 2 | E-BOOK+ |
| 3 | RISORSEONLINE |
| 4 | PIATTAFORMA |

HOEPLI

Corso di Igiene e Cultura medico-sanitaria

Orazio Anni

Sara Zani

Corso di Igiene e Cultura medico-sanitaria

Per gli Istituti Professionali Servizi per la Sanità
e l'Assistenza sociale

3 Educazione alla salute,
assistenza sanitaria e organizzazione
del Sistema sanitario nazionale



EDITORE ULRICO HOEPLI MILANO

Copyright © Ulrico Hoepli Editore S.p.A. 2019

Via Hoepli 5, 20121 Milano (Italy)

tel. +39 02 864871 – fax +39 02 8052886

e-mail hoepli@hoepli.it

www.hoepli.it



Tutti i diritti sono riservati a norma di legge
e a norma delle convenzioni internazionali



Presentazione

Negli ultimi anni si è assistito a una continua e rapida evoluzione della cultura medico-sanitaria. Tecniche di indagine sempre più sofisticate hanno determinato una crescente specializzazione nei diversi ambiti disciplinari e un particolare impulso hanno avuto l'epidemiologia e la profilassi delle malattie infettive e cronico-degenerative, la geriatria e la gerontologia, la puericultura e la pediatria, le tecniche di riabilitazione funzionale e la metodologia del lavoro sociale e sanitario.

Lo studio della cultura medico-sanitaria, una disciplina dai tratti marcatamente interdisciplinari, deve perciò affrontare nuovi elementi conoscitivi e temi tra loro molto differenti, con il rischio che lo studente perda di vista la visione e il disegno unitari che sono alla base dello studio e della didattica per competenze. Obiettivo di questo testo è cercare di conciliare i vari aspetti della disciplina, affrontando gli argomenti in modo diretto e accessibile, senza eccedere nella terminologia tecnica e dando maggiore rilievo alle conoscenze e alle informazioni in grado di stimolare l'interesse, l'attenzione e l'assunzione di pratiche abilità.

Metodologia e struttura dell'opera

La flessibilità del progetto didattico modulare e degli argomenti di lavoro, che procedono con opportuna gradualità, offrono la possibilità di selezionare percorsi per competenze differenziati, con gradi di sviluppo coerenti alla programmazione scelta e alle risorse della classe.

La trattazione è articolata in **moduli**, a loro volta suddivisi in **unità di apprendimento**.


Ogni **paragrafo** introduce in genere un solo elemento conoscitivo e corrisponde, nelle intenzioni, a una singola lezione. Alla fine di ogni paragrafo brevi box di sintesi (**Prendi nota**) riassumono i concetti principali, prestando attenzione alla **didattica inclusiva**. Nel corso del testo, inoltre, **tabelle riassuntive** rendono più agevole l'impegno di studio.




L'**apparato iconografico**, puntuale ed esplicativo, realizzato senza mai perdere di vista il contesto generale per

cercare di ottenere la massima integrazione tra testo e immagini, compone ulteriori ed efficaci segni memorativi. Infine ogni modulo è corredato da un ricco **apparato didattico**:

- il **Summary**, in inglese, provvede a sintetizzare gli aspetti e i concetti essenziali del modulo e permette di accostarsi alla metodologia **CLIL**;
- la **Verifica delle conoscenze e delle abilità** propone una nutrita serie di esercizi a varia tipologia e mira a saggiare l'acquisizione delle conoscenze;
- la pagina finale di **Verifica delle competenze** sviluppa **compiti di realtà** e stimola lo studente a rielaborare le nozioni acquisite in un esercizio di applicazione pratica.

Materiali multimediali e risorse online

Il testo è dotato anche di contenuti fruibili in **maniera integrata e coordinata** tra **volume, eBook+** e sito **www.hoepliscuola.it** ( [hoepliscuola.it](http://www.hoepliscuola.it)); in particolare, i materiali collegati all'eBook+ sono attivabili attraverso **apposite icone**:

- **approfondimenti** su temi scientifici, legislativi e di cultura generale, identificati dall'icona 
- link a **filmati e video** a tema scientifico e sociale, identificati dall'icona 
- la **versione interattiva** di alcuni degli **esercizi a risposta chiusa** presenti nell'apparato didattico di fine modulo indicati con l'icona , che consente allo studente di **autovalutarsi**.

Guida per il docente

La Guida contiene suggerimenti di **programmazione** e indicazioni operative per una **didattica inclusiva**. Propone inoltre ulteriori **prove di verifica sommativa** e **prove di verifica per competenze**, oltre a **materiali di preparazione all'esame di Stato**.



Struttura dell'opera



Ogni **modulo** si apre con l'**indice** dei contenuti, strutturati in **unità di apprendimento**, e con l'indicazione delle conoscenze, delle abilità e delle competenze che l'allievo raggiungerà a conclusione del percorso.

Il testo si articola in **paragrafi** ed evidenzia con chiarezza i concetti fondamentali. Nel corso del testo è presente un **glossario** particolarmente curato e articolato.



Il ricorso a frequenti **tabelle** e **punti elenco** facilita l'apprendimento e la memorizzazione. Il ricco **apparato iconografico**, costituito da illustrazioni e immagini puntuali e accurate, integra efficacemente la trattazione degli argomenti. I numerosi **approfondimenti digitali** arricchiscono i contenuti con temi di carattere scientifico, legislativo e di cultura generale.



I punti principali di ogni paragrafo sono riassunti nei box **Prendi nota**, con carattere ad alta leggibilità in funzione di una **didattica inclusiva**.

A fine modulo II **Summary** propone una sintesi dell'intero modulo in lingua inglese, accostandosi alla metodologia **CLIL**.



La **Verifica delle conoscenze e delle abilità** presenta una serie di esercizi di vario tipo che consentono allo studente di fissare le conoscenze e valutare la preparazione. Alcuni di questi sono **interattivi** (🗂️) e autocorrettivi.

La **Verifica delle competenze** sviluppa **compiti di realtà** e stimola la rielaborazione e la pratica dei contenuti appresi oltre alla pratica delle attitudini espositive e argomentative. In questa pagina lo studente trova utili indicazioni per reperire nel web **filmati** pertinenti agli argomenti trattati nel modulo (🎥).





Indice

Modulo 1 L'organizzazione dei servizi sociali e sanitari e delle reti informali

Unità 1 | Il sistema nazionale di assistenza sanitaria

- L'assistenza sanitaria in Italia

Unità 2 | Ruolo e competenze delle Unità sanitarie locali

- L'ambito territoriale delle Unità sanitarie locali
- Gli organi di gestione dell'Unità sanitaria locale
- Attività e servizi di prevenzione dell'Unità sanitaria locale

Unità 3 | L'assistenza sanitaria pubblica dopo la Legge 833/78

- Il riordino del Servizio sanitario nazionale
- Unità sanitarie locali e Aziende sanitarie locali
- Il Decreto legislativo 229/99
- Piano sanitario nazionale e Piano sanitario regionale

Unità 4 | Funzioni e prestazioni di base dell'Azienda sanitaria e sanità digitale

- Gli ambiti assistenziali dell'Azienda sanitaria locale
- La Carta nazionale dei servizi
- Prestazioni sanitarie e contributo di partecipazione alla spesa

Unità 5 | L'area delle attività sociosanitarie integrate

- Prestazioni alla famiglia e consultorio familiare
- Rete dei servizi e bisogni complessi degli anziani e delle persone disabili
- Azioni di prevenzione e cura delle dipendenze

Unità 6 | L'organizzazione sanitaria internazionale

- L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS)
- Il Regolamento sanitario internazionale




Unità 7 | Struttura e significato delle reti formali e delle reti informali

- L'intervento di rete nell'ambito dei servizi sociosanitari
- Lavoro di rete e compiti dell'operatore e dell'assistente sociale

CLIL Summary

Verifica delle conoscenze e delle abilità	44
Verifica delle competenze	46

Area digitale

-  Decreto del presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 (artt. 1, 2 e 3), Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza • Articoli 1, 2 e 3 della Costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità
-  Esercizi interattivi
-  Servizi sociali e normativa sanitaria

Modulo 2 Educazione alla salute e strategie di prevenzione

Unità 1 | Il concetto di salute e di malattia

- Il diritto alla salute
- La nuova cultura della salute
- La promozione della salute
- Il concetto di malattia

Unità 2 | Educazione alla salute e principali modalità di prevenzione

- I livelli di prevenzione
- L'efficacia delle azioni di prevenzione
- Prevenzione ed educazione alla salute
- Obiettivi e strategie di prevenzione e di educazione alla salute

Unità 3 | L'operatore sanitario e l'educazione alla salute

- L'approccio metodologico nelle esperienze di educazione alla salute
- L'aspetto operativo dell'esperienza educativa

Unità 4 | L'educazione alla salute nel setting scolastico

- La programmazione degli interventi di educazione alla salute
- Linee guida e metodologie specifiche di educazione alla salute

Unità 5 | I principali interventi di educazione alla salute

- Il lavoro per progetti
- Esperienze di educazione alla salute

CLIL Summary

Verifica delle conoscenze e delle abilità	74		
Verifica delle competenze	76		
Area digitale			
 La Carta di Bangkok per la promozione della salute in un mondo globalizzato (2005)			
 Esercizi interattivi			
 Studi clinici e malattie professionali			
Modulo 3 Elaborazione e progettazione di un piano di intervento sociosanitario			
Unità 1 Struttura e stesura di un piano di intervento formale			
	78		
• La strutturazione dell'intervento	78		
• L'identificazione dei bisogni	79		
• L'identificazione dei destinatari	80		
• La definizione delle finalità	80		
• La formulazione degli obiettivi	81		
• Selezione e ricerca di metodi e sussidi	81		
• La definizione delle risorse	83		
• Il piano di valutazione	84		
Unità 2 L'intervento socioassistenziale su minori e persone anziane			
	85		
• Il sistema integrato dei servizi sociali e degli interventi socioassistenziali	85		
• Il principio di sussidiarietà	86		
• Funzioni e aree di intervento delle attività comunali di assistenza	86		
Unità 3 Procedure di intervento su persone anziane affette da demenza			
	89		
• Che cos'è la demenza	89		
• Le diverse forme di demenza	89		
• La diagnosi	90		
• I disturbi del comportamento	91		
• Le terapie	92		
• Il ruolo del medico di medicina generale	93		
• Le regole di comportamento	94		
• La rete dei servizi sociosanitari	94		
• Percorso valutativo e Unità valutativa multidimensionale distrettuale (UVMD)	97		
Unità 4 Procedure di intervento su minori con disabilità			
	98		
• Il concetto di disabilità	98		
• Le statistiche di natura sociodemografica sulla disabilità	98		
• La disabilità minorile	99		
• La paralisi cerebrale infantile (PCI)	100		
• Le linee guida terapeutico-riabilitative e assistenziali	103		
• Il profilo funzionale del paziente	105		
• Gli ambiti di intervento	107		
• Procedura di intervento e metodologia operativa	108		
Unità 5 Procedure di intervento su minori con disturbi dell'apprendimento			
	110		
• La Legge 104/92 e l'inclusione scolastica	110		
• I Disturbi specifici dell'apprendimento (DSA)	111		
• I Bisogni educativi speciali (BES)	112		
• Il Piano didattico personalizzato (PDP)	113		
CLIL Summary			
	117		
Verifica delle conoscenze e delle abilità	118		
Verifica delle competenze	120		
Area digitale			
 Manifesto per la riabilitazione del bambino (Gruppo italiano per la paralisi cerebrale infantile)			
 Esercizi interattivi			
 I 40 anni del Servizio sanitario nazionale e la riforma del Servizio sociosanitario regionale lombardo			
Modulo 4 I principali bisogni sociosanitari dell'utenza e della comunità			
Unità 1 Il concetto di bisogno			
	122		
• La classificazione dei bisogni	122		
• La natura dei bisogni	124		
Unità 2 L'analisi dei principali bisogni sociosanitari			
	126		
• Il significato del bisogno in ambito sociosanitario	126		
• Le strategie di assistenza	127		
• Identificazione e analisi dei bisogni	127		
• Metodi quantitativi e qualitativi per la diagnosi dei bisogni	131		
Unità 3 Il sistema integrato degli interventi di salute in ambito socioassistenziale			
	133		
• I soggetti dell'intervento socioassistenziale	133		
• Il ruolo degli enti locali e del Terzo settore nell'intervento socioassistenziale	135		
• Livello locale e Piani di zona	136		
Unità 4 I bisogni prevalenti della popolazione anziana e dei soggetti disabili			
	138		
• La popolazione anziana e i suoi bisogni	138		
• L'indagine-progetto Passi d'argento del Ministero della salute	138		
• Bisogni dell'anziano e compiti di assistenza del caregiver professionale	139		
• L'anziano fragile e il caregiver professionale	140		
• La persona con disabilità e il processo di aiuto	141		
• L'identificazione dei campi di intervento	142		
• Servizio di assistenza domiciliare e assistenza domiciliare integrata (ADI)	143		

Unità 5 | Tecniche di rilevazione di bisogni, patologie e risorse della comunità 144

- Le fonti di dati 144
- La classificazione delle indagini statistiche 145

Unità 6 | Sistema statistico nazionale ed enti di formazione statistica 147

- L'ISTAT 147
- Fonti di produzione e fonti di acquisizione di informazioni statistiche 149

Unità 7 | Il Nuovo sistema informativo sanitario 150




- Gli obiettivi del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) 150

CLIL Summary 153

Verifica delle conoscenze e delle abilità 154

Verifica delle competenze 156

Area digitale

-  Il *focus group* e la tecnica del gruppo nominale
 - Indice di dipendenza nelle attività della vita quotidiana
-  Esercizi interattivi
-  La solitudine degli anziani e il futuro del Terzo settore

Modulo 5 | Principi ed elementi metodologici del lavoro sociale e sanitario**Unità 1 | Processi comunicativi e rapporto operatore/paziente** 158

- Il ruolo professionale dell'operatore socio-sanitario nell'ambito del servizio sociale 158
- Forme e segni della comunicazione 159
- Il processo comunicativo 161
- Comunicazione e politiche per la salute 163

Unità 2 | Il colloquio e le sue funzioni 165

- Il significato del colloquio 165
- La tecnica del colloquio 166
- Visita domiciliare e documentazione professionale 167

Unità 3 | Processo e relazione d'aiuto 169



- La realizzazione del processo di aiuto 169
- Il rapporto operatore/utente nel processo di aiuto 171

CLIL Summary 173

Verifica delle conoscenze e delle abilità 174

Verifica delle competenze 176

Area digitale

-  Esercizi interattivi
-  La comunicazione tra operatore e paziente

Modulo 6 | Qualifiche e competenze delle figure operanti nei servizi socio-sanitari**Unità 1 | L'area delle professioni socio-sanitarie** 178

- La Legge 3/2018 e l'istituzione dell'area delle professioni socio-sanitarie 178

Unità 2 | Le figure professionali addette ai servizi sociali assistenziali 181

- Figure e professioni del sociale 181

Unità 3 | Le figure professionali addette ai servizi sanitari assistenziali 186

- Figure e professioni in ambito sanitario 186

Unità 4 | Codice deontologico ed etica professionale degli addetti ai servizi socio-sanitari 193




- L'operatore dei servizi socio-sanitari e le scelte di comportamento 193

CLIL Summary 195

Verifica delle conoscenze e delle abilità 196

Verifica delle competenze 198

Area digitale

-  Le professioni sanitarie e le arti ausiliarie riconosciute dal Ministero della salute • Il codice deontologico degli assistenti sociali
-  Esercizi interattivi
-  Gli operatori socio-sanitari

Modulo 7 | Bioetica, sperimentazione terapeutica e tutela della privacy**Unità 1 | Bioetica e nuove tecnologie mediche** 200

- Bioetica e progressi della biologia molecolare e della medicina 200
- Ingegneria genetica e sperimentazione genica 203

Unità 2 | La Dichiarazione universale sul genoma umano e i diritti dell'uomo 206


- La Dichiarazione universale e altri documenti sulla bioetica 206

Unità 3 | Sperimentazione terapeutica e non terapeutica 209

- Deontologia medica ed etica della sperimentazione 209

Unità 4 | Sorveglianza sanitaria, privacy e documentazione socio-sanitaria 212

- Sanità pubblica e sorveglianza sanitaria 212
- La tutela della privacy in ambito sanitario 213
- Cartella clinica e valore giuridico della documentazione sanitaria 217

Unità 5 Sperimentazione farmacologica e corretto uso dei farmaci	219	Modulo 9 Procedure di assistenza infermieristica e misure di primo soccorso	
• La sperimentazione farmacologica sull'uomo e sugli animali	219	Unità 1 Primo soccorso, assistenza di base e somministrazione di farmaci	262
• Il corretto uso dei farmaci	223	• Gli interventi in situazioni di emergenza	262
• Anziani e assunzione dei farmaci	226	• Le linee guida di assistenza di base	264
• L'uso dei farmaci in gravidanza	229	Unità 2 Metodi e manovre di rianimazione	269
Unità 6 Medicina naturale e cure mediche non convenzionali	231	• Posizione di sicurezza e rianimazione d'urgenza	269
• Medicina tradizionale e medicine alternative	231	• La respirazione artificiale d'urgenza	271
CLIL Summary	235	• Arresto cardiocircolatorio e massaggio cardiaco esterno	273
Verifica delle conoscenze e delle abilità	236	• Lo stato di shock	276
Verifica delle competenze	238	Unità 3 Protezione, assistenza e soccorso nelle lesioni e negli incidenti domestici	278
Area digitale		• Escoriazioni e ferite da taglio	278
 Caratteristiche biologiche fondamentali di alcuni importanti antibiotici • Termini medico-farmaceutici maggiormente utilizzati • Le principali patologie legate a un utilizzo non corretto dei farmaci		• Emorragie	278
 Esercizi interattivi		• Contusioni	281
 Bioetica e sperimentazione dei farmaci		• Distorsioni e lussazioni	281
		• Fratture composte e scomposte	281
		• Ustioni	283
		• Colpo di sole	284
		• Colpo di calore e colpo di freddo	285
		• Avvelenamenti	286
		• Morsi e punture di animali e insetti	289
		• Corpi estranei	290
Modulo 8 Migrazioni e sfide interculturali		Unità 4 Emergenza nel soggetto diabetico e nel soggetto epilettico	292
Unità 1 Fenomeno migratorio e situazione italiana	240	• La crisi ipoglicemica	292
• Dati statistici e cittadini stranieri residenti in Italia	240	• La crisi epilettica	293
Unità 2 Interculturalità: aspetti educativi	243	Unità 5 Valutazione e comportamento nelle occasioni di soccorso	294
• Migrazione ed educazione multiculturale	243	• Il comportamento generale del soccorritore	294
• L'inserimento in classe dell'alunno straniero	245	CLIL Summary	296
• La comunicazione interculturale	247	Verifica delle conoscenze e delle abilità	297
Unità 3 Interculturalità: aspetti medico-sanitari	249	Verifica delle competenze	299
• Il profilo di salute della persona migrante	249	Area digitale	
Unità 4 Assistenza e servizi sociosanitari per la persona migrante	252	 Linee guida del Ministero della salute sull'utilizzo del numero 118 di emergenza sanitaria • I principali centri antiveneno in Italia • Le centrali operative 118 in Italia • Il codice colore gravità (triage) nel Pronto soccorso ospedaliero	
• L'utilizzo dei servizi sanitari della persona migrante	252	 Esercizi interattivi	
• Volontariato, migranti e stato sociale	255	 Emergenza, primo soccorso e rianimazione cardiopolmonare	
CLIL Summary	257		
Verifica delle conoscenze e delle abilità	258		
Verifica delle competenze	260		
Area digitale			
 Modello di scheda per l'acquisizione dei dati base sugli alunni figli di immigrati • La Dichiarazione di Friburgo			
 Esercizi interattivi			
 Migranti e volontariato			
		Come utilizzare il coupon per scaricare la versione digitale del libro (eBook+)	300

L'OFFERTA DIDATTICA HOEPLI

L'edizione **Openschool** Hoepli offre a docenti e studenti tutte le potenzialità di Openschool Network (ON), il nuovo sistema integrato di contenuti e servizi per l'apprendimento.

Edizione **OPENSCHOOL**



LIBRO DI TESTO



Il libro di testo è l'**elemento cardine** dell'offerta formativa, uno strumento didattico **agile** e **completo**, utilizzabile **autonomamente** o in combinazione con il ricco **corredo digitale** offline e online. Secondo le più recenti indicazioni ministeriali, volume cartaceo e apparati digitali **sono integrati in un unico percorso didattico**. Le espansioni accessibili attraverso l'eBook+ e i materiali integrativi disponibili nel sito dell'editore sono puntualmente richiamati nel testo tramite apposite icone.

eBOOK+



L'**eBook+** è la versione digitale e interattiva del libro di testo, utilizzabile su **tablet, LIM e computer**. Aiuta a comprendere e ad approfondire i contenuti, rendendo l'apprendimento più attivo e coinvolgente. Consente di leggere, annotare, sottolineare, effettuare ricerche e accedere direttamente alle numerose **risorse digitali integrative**.
→ Scaricare l'eBook+ è molto **semplice**. È sufficiente seguire le istruzioni riportate nell'ultima pagina di questo volume.

RISORSE ONLINE



Il sito della casa editrice offre una ricca dotazione di **risorse digitali** per l'approfondimento e l'aggiornamento. Nella pagina web dedicata al testo è disponibile **MyBookBox**, il contenitore virtuale che raccoglie i materiali integrativi che accompagnano l'opera.
→ Per accedere ai materiali è sufficiente registrarsi al sito **www.hoepliscuola.it** e inserire il codice coupon che si trova nella terza pagina di copertina. **Per il docente** nel sito sono previste ulteriori risorse didattiche dedicate.

PIATTAFORMA DIDATTICA



La **piattaforma didattica** è un ambiente digitale che può essere utilizzato in modo duttile, a misura delle esigenze della classe e degli studenti. Permette in particolare di **condividere contenuti** ed **esercizi** e di partecipare a **classi virtuali**. Ogni attività svolta viene salvata sul **cloud** e rimane sempre disponibile e aggiornata. La piattaforma consente inoltre di consultare la versione online degli eBook+ presenti nella propria libreria.
→ È possibile accedere alla piattaforma attraverso il sito **www.hoepliscuola.it**.

Modulo

1

L'organizzazione dei servizi sociali e sanitari e delle reti informali

Unità 1 Il sistema nazionale di assistenza sanitaria

Unità 2 Ruolo e competenze delle Unità sanitarie locali

Unità 3 L'assistenza sanitaria pubblica dopo la Legge 833/78

Unità 4 Funzioni e prestazioni di base dell'Azienda sanitaria e sanità digitale

Unità 5 L'area delle attività sociosanitarie integrate

Unità 6 L'organizzazione sanitaria internazionale

Unità 7 Struttura e significato delle reti formali e delle reti informali

CONOSCENZE

- ▶ Organizzazione sanitaria nazionale e internazionale.
- ▶ Norme relative alle funzioni e alle prestazioni del Servizio sanitario nazionale.
- ▶ Descrizione generale delle competenze medico-sanitarie dello Stato, delle Regioni e dei Comuni.
- ▶ Reti formali e informali.




ABILITÀ

- ▶ Indicare in modo appropriato le competenze e le attribuzioni, nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, dello Stato, delle Regioni e dei Comuni.
- ▶ Individuare i principali servizi di assistenza forniti dalle aziende sanitarie.
- ▶ Utilizzare in modo idoneo il lessico normativo correlato alle problematiche legislative medico-sanitarie.
- ▶ Individuare, definire e analizzare il significato di rete formale e rete informale.

COMPETENZE

- ▶ Saper individuare e analizzare le norme relative alle funzioni e alle prestazioni del Servizio sanitario nazionale.
- ▶ Saper riconoscere le competenze medico-sanitarie dello Stato, delle Regioni e dei Comuni.
- ▶ Saper fornire corrette informazioni e indicare come si accede alle differenti prestazioni sanitarie.
- ▶ Conoscere e saper analizzare il significato di rete formale e rete informale.
- ▶ Saper riconoscere e stabilire relazioni e saper applicare le conoscenze acquisite a situazioni e circostanze reali.

AREA DIGITALE

-  Approfondimenti
-  Esercizi
-  Video/filmati

Il sistema nazionale di assistenza sanitaria

L'assistenza sanitaria in Italia

Il *sistema nazionale di assistenza sanitaria*, che ha subito negli ultimi anni numerose e rilevanti modificazioni, ha come iniziale fondamento giuridico la Legge n. 5849 (22.12.1888), la Legge 6972 (17.7.1890) e il TU (Testo unico) delle leggi sanitarie (RD n. 636 dell'1.8.1907 e RD n. 1265 del 27.7.1934), in cui si viene a stabilire un valido e coerente ordinamento dei servizi sanitari.

La tutela della salute spetta alla *Direzione generale della sanità pubblica* costituita presso il Ministero dell'interno, affiancata da un organo tecnico, l'*Istituto di sanità pubblica*, e da un organo a carattere consultivo, il *Consiglio superiore di sanità pubblica*.

Un moderno ospedale.



La Legge 6972, meglio nota come Legge **Crispi**, e il Testo unico delle leggi sanitarie assumono un'importanza fondamentale per il mondo della sanità e dell'assistenza in generale nel nostro Paese, in quanto, oltre a provvedere a trasformare gli ospedali, le opere pie e le case di riposo da enti privati a *Istituti pubblici di assistenza e beneficenza* (IPAB), dettano norme di grande interesse e utilità sulla lotta contro le malattie infettive e sociali, sull'igiene del suolo e dell'abitato, sull'esercizio delle professioni e delle arti sanitarie, sulla tutela igienica dell'alimentazione e dell'acqua potabile.

L'amministrazione sanitaria viene resa autonoma solo nel 1958 (Legge n. 296 del 13.3.1958), con l'istituzione del **Ministero della sanità** e il riconoscimento, come specifici organi periferici, degli uffici del *medico provinciale* e del *veterinario provinciale* (ancora coordinati dal prefetto ma direttamente dipendenti dal Ministero della sanità) e degli uffici sanitari dei Comuni e dei consorzi comunali.

Ministero della sanità

Il Ministero della sanità subentra nel 1958 all'Alto commissariato per l'igiene e la sanità (ACIS), che era stato istituito con il decreto n. 417 del 12.7.1945 e che era deputato alla tutela della sanità pubblica e al coordinamento e alla vigilanza tecnica sulle organizzazioni sanitarie e sugli enti

che hanno lo scopo di prevenire e combattere le malattie sociali. A livello centrale il Ministero della sanità era coadiuvato dal Consiglio superiore di sanità, un organo a carattere solo consultivo, e dall'Istituto superiore di sanità, a carattere più propriamente tecnico-scientifico.



La pagina iniziale della Costituzione italiana nell'edizione originale.

● Costituzione degli enti ospedalieri e decentramento alle Regioni

L'istituzione delle Regioni a statuto autonomo determina un radicale processo di **trasformazione dell'amministrazione e dell'assistenza sanitaria**, che porta a delegare e a trasferire alle stesse Regioni (DPR n. 4 del 14.1.1972) importanti funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie, di igiene degli alimenti e di tutela della salute nei luoghi di lavoro.

Lo stesso provvedimento stabilisce che gli uffici del medico provinciale e del veterinario provinciale e gli ufficiali sanitari comunali e consorziali cessino di essere organi periferici del Ministero della sanità per diventare **organi periferici e funzionali delle Regioni** in cui operano.

La costituzione degli *enti ospedalieri*, il decentramento di ulteriori compiti e funzioni alle Regioni e la messa in liquidazione degli enti mutualistici come gestori di attività sanitarie (Legge n. 132 del 12.2.1968, nota come Legge Mariotti, DPR n. 4 del 14.1.1972 e Legge n. 349 del 26.6.1977) portano a una **legge organica di riforma sanitaria (Legge n. 833 del 23.12.1978)**, che determina una diversa programmazione delle attività sanitarie, l'eliminazione di squilibri e capacità operative sul territorio nazionale e la piena affermazione del **diritto alla tutela della salute pubblica secondo il dettato costituzionale**:

la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a 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 (*art. 32*);

ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale. I lavoratori hanno diritto che siano previsti e assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione volontaria. Gli inabili e i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale. Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi e istituti predisposti o integrati dallo Stato. L'assistenza privata è libera (*art. 38*).

Lampio interno di una struttura ospedaliera.



PRENDI NOTA

Il **sistema nazionale di assistenza sanitaria** ha come iniziale fondamento giuridico la Legge 5849/1888, la Legge 6972/1890 e il TU delle leggi sanitarie (RD 636/1907 e RD 1265/1934), che trasformano gli ospedali, le opere pie e le case di riposo da enti privati in **Istituti pubblici di assistenza e beneficenza (IPAB)**, e dettano le norme sulla lotta contro le malattie infettive e sociali e sull'esercizio delle professioni e delle arti sanitarie. **L'istituzione delle Regioni a statuto autonomo** trasforma ulteriormente l'assistenza sanitaria, delegando alle stesse Regioni importanti funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione.

● Servizio sanitario nazionale e Legge 833/78

La Legge n. 833 del 23.12.1978 (*Istituzione del Servizio sanitario nazionale*, supplemento ordinario della Gazzetta Ufficiale n. 360 del 28.12.1978) ha profondamente **modificato l'ordinamento della struttura sanitaria** italiana.

Gli elementi ispiratori di questa fondamentale legge-quadro, all'interno della quale è stato lasciato uno spazio rilevante alle differenti attività legislative regionali, sono ben riassunti da tre importanti e ancora validi principi:

- *prevenzione;*
- *decentramento;*
- *partecipazione del cittadino.*

La prevenzione, soprattutto, intesa come modalità di risposta prioritaria ai problemi della salute all'interno del rapporto *prevenzione/cura/riabilitazione*, ma anche la scelta di un **approccio sistematico** ai problemi della salute, con il recupero di attività in precedenza mal distribuite sul territorio nazionale e la ricerca di un nuovo rapporto tra il cittadino e l'istituzione, le cui variabili fondamentali risultano essere la gestione sociale dei servizi e la tutela dei diritti del malato. Questi elementi risultano già ben evidenziati nell'*articolo 1* (principi/finalità) e nell'*articolo 2* (obiettivi generali) della legge stessa.

Lo Stato tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il Servizio sanitario nazionale. La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. Il Servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'uguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del Servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle Regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini [...]. (*art. 1*)

Il conseguimento delle finalità presenti nell'articolo 1 è assicurato mediante: 1) la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un'adeguata educazione sanitaria del cittadino e delle comunità; 2) la prevenzione delle malattie e degli infortuni in ogni ambito di vita e di lavoro; 3) la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata; 4) la riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità somatica e psichica; 5) la promozione e la salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e di lavoro; 6) l'igiene degli alimenti, delle bevande, dei prodotti e degli avanzi di origine animale per le implicazioni che attengono alla salute dell'uomo, nonché la prevenzione e la difesa

A sinistra: con la Legge 833/78 e il riordino delle leggi in materia sanitaria vi è soprattutto la ricerca di un nuovo rapporto tra il cittadino e l'istituzione sanitaria stessa.

A destra: la tutela della salute degli anziani, anche per cercare di prevenire e rimuovere le condizioni che concorrono alla loro emarginazione, è un elemento caratterizzante e fondamentale della Legge 833/78.



sanitaria degli allevamenti animali e il controllo della loro alimentazione integrata e medicata; 7) una disciplina della sperimentazione, produzione, immissione in commercio e distribuzione dei farmaci e dell'informazione scientifica sugli stessi diretta ad assicurare l'efficacia terapeutica, la non nocività e l'economicità del prodotto; 8) la formazione professionale permanente nonché l'aggiornamento scientifico e culturale del personale del Servizio sanitario nazionale.

Il Servizio sanitario nazionale nell'ambito delle sue competenze persegue: a) il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni sociosanitarie del Paese; b) la sicurezza del lavoro, con la partecipazione dei lavoratori e delle loro organizzazioni, per prevenire ed eliminare condizioni pregiudizievoli alla salute e per garantire nelle fabbriche e negli altri luoghi di lavoro gli strumenti e i servizi necessari; c) le scelte responsabili e consapevoli di procreazione e la tutela della maternità e dell'infanzia, per assicurare la riduzione dei fattori di rischio connessi con la gravidanza e con il parto, le migliori condizioni di salute per la madre e la riduzione del tasso di patologia e di mortalità perinatale e infantile; d) la promozione della salute nell'età evolutiva, garantendo l'attuazione dei servizi medico-scolastici negli istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado, a partire dalla scuola materna, e favorevoli con ogni mezzo l'integrazione dei soggetti handicappati; e) la tutela sanitaria delle attività sportive; f) la tutela della salute degli anziani anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione; g) la tutela della salute mentale, privilegiando il momento preventivo e inserendo i servizi psichiatrici nei servizi sanitari generali in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e di segregazione, pur nella specificità delle misure terapeutiche, e da favorire il recupero e il reinserimento sociale dei disturbati psichici; h) l'identificazione e l'eliminazione delle cause degli inquinamenti dell'atmosfera, delle acque e del suolo [...]. (art. 2)

Alcune caratteristiche del Servizio sanitario nazionale evidenziate nei principi e negli obiettivi di fondo della legge istitutiva compaiono per la prima volta in una legge dello Stato e assicurano finalità e contenuti peculiari, anche rispetto ad analoghe leggi di altre nazioni.

L'unitarietà e la globalità degli interventi, la metodologia di piano basata sulla programmazione pluriennale (*Piano sanitario nazionale e Piano sanitario regionale*) e sulla partecipazione dei cittadini, l'obiettivo della promozione e della salvaguardia dell'ambiente di vita e di lavoro, la tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che concorrono alla loro emarginazione, sono competenze e contenuti caratterizzanti, che qualificano la legge e l'avvicinano alle richieste e alle sollecitazioni dell'utenza.

● Competenze e attribuzioni dello Stato

Secondo la Legge 833/78 la *funzione di indirizzo* e quella di *coordinamento di tutte le attività sanitarie* spettano allo **Stato** (artt. 5 e 6), al quale competono le funzioni amministrative concernenti:

- i rapporti internazionali e la profilassi internazionale, marittima, aerea e di frontiera, anche in materia veterinaria; l'assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero e l'assistenza in Italia agli stranieri e agli apolidi;
- la profilassi delle malattie infettive e diffuse, per le quali siano imposte la vaccinazione obbligatoria o misure quarantenarie, nonché gli interventi contro le epidemie e le epizootie;
- la produzione, la registrazione, la ricerca, la sperimentazione, il commercio e l'informazione concernenti i prodotti chimici usati in medicina, i preparati farmaceutici, i vaccini, i sieri, le anatossine e i prodotti assimilati, gli emoderivati;

Il logo dell'Istituto superiore di sanità



- la coltivazione, la produzione, la fabbricazione, l'impiego, il commercio all'ingrosso, l'esportazione, l'importazione, il transito, l'acquisto, la vendita e la detenzione di sostanze stupefacenti o psicotrope;
- la produzione, la registrazione e il commercio dei prodotti dietetici, degli alimenti per la prima infanzia e la cosmesi;
- l'elencazione e la determinazione delle modalità d'impiego degli additivi e dei coloranti permessi nella lavorazione degli alimenti e delle bevande; la determinazione delle caratteristiche igienico-sanitarie dei materiali e dei recipienti destinati a contenere e conservare sostanze alimentari e bevande;
- gli standard dei prodotti industriali;
- la determinazione di indici di qualità e di salubrità degli alimenti e delle bevande alimentari;
- la produzione, la registrazione, il commercio e l'impiego delle sostanze chimiche e delle forme di energia capaci di alterare l'equilibrio biologico ed ecologico;
- i controlli sanitari sulla produzione dell'energia termoelettrica e nucleare;
- il prelievo di parti di cadavere, la loro utilizzazione e il trapianto di organi;
- la disciplina generale del lavoro e della produzione ai fini della prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali;
- l'omologazione di macchine, di impianti e di mezzi personali di protezione;
- l'Istituto superiore di sanità e l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro;
- la fissazione dei requisiti per la determinazione dei profili professionali degli operatori sanitari;
- il riconoscimento e l'equiparazione dei servizi sanitari prestati in Italia e all'estero dagli operatori sanitari;
- gli ordini e i collegi professionali;
- il riconoscimento delle proprietà terapeutiche delle acque minerali e termali;
- l'individuazione delle malattie infettive e diffuse del bestiame per le quali, in tutto il territorio nazionale, è disposto l'obbligo di abbattimento;
- l'organizzazione sanitaria militare; i servizi sanitari istituiti per le Forze armate e i Corpi di polizia, per il Corpo degli agenti di custodia e per il Corpo nazionale dei vigili del fuoco.

A sinistra: la sede dell'Istituto superiore di sanità a Roma.
A destra: la sede del Ministero della salute a Roma.



Oltre al **Ministero della salute** il Servizio sanitario, a livello nazionale, comprende anche un insieme di organi ed enti, che concorrono al raggiungimento degli obiettivi di tutela della salute dei cittadini e a cui sono legate rilevanti funzioni:

- il *Consiglio sanitario nazionale*, che è presieduto dal ministro della Salute e ha funzioni di consulenza e proposta nei confronti del Governo per la determinazione delle linee generali della politica sanitaria nazionale;
- il *Consiglio superiore di sanità* (CSS), che ha sede presso il Ministero della salute, è un organo consultivo tecnico-scientifico, la cui organizzazione è attualmente disciplinata dal D.Lgs. n. 266 del 30.6.1993 e dal DM n. 342 del 6.8.2003. Il Consiglio, che si rinnova ogni tre anni ed è dotato di un proprio presidente, ha il compito di esprimere un parere sui principali fatti riguardanti l'igiene e la sanità pubblica e di proporre i provvedimenti, le inchieste e le ricerche scientifiche che giudica convenienti ai fini della sanità pubblica;
- l'*Istituto superiore di sanità* (ISS), a cui si affianca, come organo tecnico-scientifico, l'*Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro* (ISPESL), soppresso dalla Legge 122/2010 e incorporato dal 2013 nell'INAIL, è un ente di diritto pubblico alle dipendenze del Ministero della salute, con funzioni preminenti di ricerca e sperimentazione. Nella sua organizzazione è regolamentato dal DPR 70/2001, dal DPR 14/2011 e dal DM 2.3.2016, e risulta essere, nel suo funzionamento, centro di indagini e accertamenti relativi ai servizi della sanità pubblica e centro per la specializzazione e la formazione del personale addetto ai servizi;
- gli *Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico* (IRCCS);
- gli *Istituti zooprofilattici sperimentali*;

Ministero della salute

Con il provvedimento normativo di riforma dei ministeri, emanato in attuazione della delega contenuta nella Legge 59/97, il Ministero della salute era destinato a scomparire, sostituito da un unico Ministero per le politiche del Welfare, originato dall'accorpamento del Ministero del lavoro e della previdenza sociale con il Ministero della salute. Tale dicastero, indicato come *Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali*, avrebbe dovuto assolvere alle funzioni statali a carattere prevalentemente programmatico relative a sanità, assistenza, previdenza e tutela del lavoro, ed essere articolato in quattro aree funzionali: [1] *ordinamento sanitario*, con compiti di coordinamento e indirizzo generale in materia di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle malattie umane; prevenzione, diagnosi e cura delle affezioni animali; programmazione sanitaria di rilievo nazionale; indirizzo, coordinamento e monitoraggio delle attività regionali; rapporti con le organizzazioni internazionali e l'Unione Europea; ricerca scientifica in materia sanitaria; [2] *tutela della salute umana e sanità veterinaria*, con compiti di tutela della salute umana sotto il profilo ambientale; controllo e vigilanza sui farmaci e sull'applicazione delle biotecnologie; adozione di norme, linee guida e prescrizioni tecniche di natura igienico-sanitaria relative ai prodotti alimentari; organizzazione dei servizi sanitari; tutela della salute nei luoghi di lavoro; [3] *politiche sociali e previdenziali*, per dettare principi e obiettivi di politica

sociale e stabilire criteri generali di programmazione della rete degli interventi di integrazione sociale; rapporti con gli organismi internazionali e coordinamento dei rapporti con gli organismi comunitari; controllo e vigilanza amministrativa e tecnico-finanziaria sugli enti di previdenza e assistenza obbligatoria; [4] *politiche del lavoro e dell'occupazione e tutela dei lavoratori*, con compiti di indirizzo, programmazione, sviluppo, coordinamento e valutazione delle politiche del lavoro e dell'occupazione; vigilanza dei flussi di entrata dei lavoratori esteri non comunitari; raccordo con organismi internazionali; condizioni di sicurezza nei posti di lavoro e profili di sicurezza dell'impiego sul lavoro di macchine, impianti e prodotti industriali; ispezioni sul lavoro e controllo sulla disciplina del rapporto di lavoro subordinato e autonomo.

Nel tempo, la Legge 59/97 ha perso le sue innovative caratteristiche di intervento e programmazione, e il Ministero della salute è stato istituito in via definitiva con la Legge n. 172 del 13.11.2009. Il Ministero costituisce l'organo centrale del Servizio sanitario nazionale e i suoi uffici centrali, per meglio rispondere alle esigenze di tutela e promozione della salute nella comunità, sono organizzati in *Direzioni generali* (DPCM 59/2014), raccordate e coordinate nelle loro attività da un *segretario generale*, e distinti in alcuni *enti* e *organi vigilati* (DPR n. 44 del 28.3.2013), con gestione unitaria di strutture di analisi e di servizi comuni.

- *l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA)*, istituita con D.Lgs. 269/2003 e regolamentata nella sua organizzazione e nel suo funzionamento dal DM 245/2004 e dal DM 53/2012. L'agenzia opera, con personalità giuridica di diritto pubblico e autonomia patrimoniale e finanziaria, nell'ambito della farmacovigilanza, del governo della spesa farmaceutica e dell'autorizzazione all'immissione in commercio dei medicinali.

● Competenze e attribuzioni delle Regioni e dei Comuni

Alle **Regioni** (art. 7) è delegato l'esercizio delle funzioni amministrative concernenti:

- la profilassi delle malattie infettive e diffuse;
- l'attuazione degli adempimenti disposti dall'autorità sanitaria statale sulle malattie infettive e diffuse del bestiame;
- i controlli su produzione, detenzione, commercio e impiego dei gas tossici e delle altre sostanze pericolose;
- il controllo dell'idoneità di locali e attrezzature per il commercio e il deposito delle sostanze radioattive artificiali e naturali;
- i controlli sulla produzione e sul commercio dei prodotti dietetici, degli alimenti per la prima infanzia e la cosmesi.

Le Regioni provvedono inoltre all'approvvigionamento di sieri e vaccini necessari per le vaccinazioni obbligatorie in base a un programma concordato con il Ministero della salute.

Ai **Comuni** sono invece attribuite le varie funzioni, in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera, che non sono riservate espressamente allo Stato e alle Regioni. Tali funzioni sono esercitate dai Comuni mediante le **Unità sanitarie locali (USL)**.



PRENDI NOTA

La **Legge 833/78** (Istituzione del Servizio sanitario nazionale) ha profondamente modificato l'ordinamento della struttura sanitaria italiana. Si ispira a tre importanti principi: la **prevenzione**, il **decentramento** e la **partecipazione del cittadino**.

Unità sanitarie locali (USL)

La USL, con il D.Lgs. n. 502 del 30.12.1992 e con il D.Lgs. n. 229 del 19.6.1999, si trasforma in Azienda sanitaria locale (ASL), con personalità e soggettività giuridica pubblica e dotata di autonomia organizzativa, imprenditoriale, gestionale, tecnica, amministrativa, patrimoniale e contabile [in funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali le Unità Sanitarie Locali si costituiscono in Aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale (art. 3 del D.Lgs. 502/92)]. Ogni Azienda, pur svincolata da un'organizzazione centrale a livello nazionale e pur presentando strumenti privatistici nel perseguire i propri fini imprenditoriali e gestionali, rimane comunque configurata come ente strumentale di competenza della Regione di appartenenza. Il D.Lgs. 229/99, che ha modificato anche in modo sostanziale il D.Lgs. 502/92, riguarda, come sottolinea l'art. 1, il complesso delle

funzioni e delle attività assistenziali dei servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti e dalle istituzioni di rilievo nazionale diretto a garantire la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività. La denominazione Azienda sanitaria locale (ASL) presente, per esempio, in Lazio, Campania, Piemonte, Puglia, Abruzzo e Liguria, non è però presente in altre Regioni. Ciascuna Regione può infatti scegliere di indicare una propria particolare denominazione. In Lombardia, per esempio, *Agenzia di tutela della salute – ATS*, in Veneto, *Azienda – Unità locale sociosanitaria – Azienda ULSS*, in Friuli-Venezia Giulia, *Azienda per l'assistenza sanitaria – AAS*, in Emilia-Romagna, Toscana e Umbria, *Azienda – Unità sanitaria locale, AUSL*, in Sardegna, *Azienda per la tutela della salute – ATS*, nelle Marche, *Azienda sanitaria unica regionale – ASUR* ecc.

Ruolo e competenze delle Unità sanitarie locali



All'interno dell'Unità sanitaria locale si vengono a coordinare i servizi sanitari sia di tipo preventivo che terapeutico e riabilitativo.

L'ambito territoriale delle Unità sanitarie locali

L'Unità sanitaria locale, che si propone di uniformare e coordinare i servizi sanitari di tipo preventivo, terapeutico e riabilitativo predisposti per la tutela della salute di tutta la popolazione, è il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei Comuni, singoli o associati, e delle Comunità montane, che in un **determinato ambito territoriale** assolvono ai compiti del Servizio sanitario nazionale (*art. 10*).

L'ambito territoriale di attività di ciascuna Unità sanitaria è delimitato **sulla base di gruppi di popolazione** compresi tra poche decine di migliaia e alcune centinaia di migliaia di abitanti. Nel caso di aree con popolazione particolarmente concentrata o sparsa sono consentiti limiti più elevati o, in casi particolari, più ristretti.

Nell'ambito delle proprie competenze l'Unità sanitaria locale (*art. 14*) provvede, in particolare:

- all'educazione sanitaria;
- all'igiene dell'ambiente;
- alla prevenzione individuale e collettiva delle malattie fisiche e psichiche;
- alla protezione sanitaria materno-infantile, all'assistenza pediatrica e alla tutela del diritto alla procreazione cosciente e responsabile;
- all'igiene e medicina scolastica;
- all'igiene e medicina del lavoro, nonché alla prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali;
- alla medicina dello sport;
- all'assistenza medico-generica e infermieristica, domiciliare e ambulatoriale;
- all'assistenza medico-specialistica e infermieristica, ambulatoriale e domiciliare;
- all'assistenza ospedaliera per le malattie fisiche e psichiche;
- alla riabilitazione;
- all'assistenza farmaceutica;
- all'igiene della produzione, lavorazione, distribuzione e commercio degli alimenti e delle bevande;
- alla profilassi e alla polizia veterinaria;
- agli accertamenti, alle certificazioni e a ogni altra prestazione medico-legale spettanti al Servizio sanitario nazionale.

Gli organi di gestione dell'Unità sanitaria locale

Organi dell'Unità sanitaria locale (*art. 15*) sono l'assemblea generale, il comitato di gestione e il suo presidente.

L'*assemblea generale* è costituita dal Consiglio comunale, se l'ambito territoriale dell'Unità sanitaria locale coincide con quello del Comune o di parte di esso; dall'assemblea generale dell'associazione dei Comuni, se l'ambito territoriale dell'Unità sanitaria locale corrisponde a quello complessivo dei Comuni associati; dall'assemblea generale della Comunità montana, se il suo ambito territoriale coincide con quello dell'Unità sanitaria locale.

L'assemblea generale elegge, con voto limitato, il *comitato di gestione* e il proprio *presidente*.

Il collegamento tra i diversi livelli amministrativi (amministrazione centrale, Regioni, Comuni e USL) è assicurato mediante un **sistema coordinato di finanziamento e di programmazione**.

Il *fondo sanitario nazionale*, determinato ogni anno con legge di approvazione del bilancio dello Stato, è ripartito tra le diverse Regioni, su proposta del ministro della Salute, tenendo conto delle necessità, delle indicazioni contenute nei piani sanitari nazionale e regionali, e del parere del Consiglio sanitario nazionale (*art. 51*). Il *Piano sanitario nazionale*, stabilito in conformità agli obiettivi della programmazione socioeconomica, provvede a definire i criteri di ripartizione del fondo sanitario nazionale tra le Regioni e a fissare le norme alle quali le Regioni stesse devono uniformarsi nella ripartizione dei fondi alle USL (*art. 53*). Il *Piano sanitario regionale* presenta invece, come obiettivi strategici prioritari, lo sviluppo dell'assistenza sanitaria di base, l'integrazione tra servizi sanitari e sociali e la qualificazione e riconversione della spesa sanitaria (*art. 55*).

Il Piano sanitario regionale presenta, come obiettivi prioritari, lo sviluppo dell'assistenza sanitaria di base e l'integrazione tra servizi sanitari e sociali.



PRENDI NOTA

L'**Unità sanitaria locale** si propone di **uniformare e coordinare i servizi sanitari** di tipo preventivo, terapeutico e riabilitativo predisposti per la **tutela della salute** di tutta la popolazione. È intesa come il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei Comuni, singoli o associati, e delle Comunità montane, che in un **determinato ambito territoriale** assolvono ai compiti del Servizio sanitario nazionale.

Nell'ambito delle proprie competenze l'Unità sanitaria locale provvede in particolare all'educazione sanitaria, all'igiene dell'ambiente e alla prevenzione individuale e collettiva delle malattie fisiche e psichiche.

Attività e servizi di prevenzione dell'Unità sanitaria locale

Nell'ambito delle *attività di prevenzione* che, come in precedenza rimarcato, rappresentano un fondamentale elemento di caratterizzazione della riforma sanitaria, la Legge 833/78 prevede per ogni Unità sanitaria locale specifici *servizi di igiene ambientale e medicina del lavoro*.

I servizi di prevenzione (*art. 20*), peraltro separati e non integrati in modo compiuto alle prestazioni di cura e alle prestazioni di riabilitazione, comprendono:

- l'individuazione, l'accertamento e il controllo dei fattori di nocività, di pericolosità e di deterioramento negli ambienti di vita e di lavoro;

- la comunicazione dei dati accertati e la diffusione della loro conoscenza, anche a livello di luogo di lavoro e di ambiente di residenza;
- l'indicazione delle misure idonee all'eliminazione dei fattori di rischio e al risanamento di ambienti di vita e di lavoro;
- la formulazione di mappe di rischio con l'obbligo per le aziende di comunicare le sostanze presenti nel ciclo produttivo, le loro caratteristiche tossicologiche e i possibili effetti sull'uomo e sull'ambiente;
- la profilassi degli effetti morbosi, attraverso l'adozione delle misure idonee a prevenirne l'insorgenza;
- la verifica, secondo le modalità previste dalle leggi e dai regolamenti, della compatibilità dei piani urbanistici e dei progetti di insediamento industriale e di attività produttive in genere con le esigenze di tutela dell'ambiente, sotto il profilo igienico-sanitario e di difesa della salute della popolazione e dei lavoratori interessati.

Per meglio garantire, all'interno degli ambienti di lavoro, misure necessarie e idonee a tutelare la salute e l'integrità fisica dei lavoratori, gli interventi di prevenzione devono seguire specifici criteri direttivi (*art. 24*), che devono:

- assicurare l'unitarietà degli obiettivi della sicurezza negli ambienti di lavoro e di vita, tenendo conto anche delle indicazioni dell'Unione Europea e degli altri organismi internazionali riconosciuti;
- prevedere l'istituzione di specifici corsi, anche obbligatori, di formazione antinfortunistica e prevenzionale;
- prevedere la determinazione dei requisiti fisici e di età per attività e lavorazioni che presentino particolari rischi;
- stabilire i requisiti ai quali devono corrispondere gli ambienti di lavoro al fine di consentirne l'agibilità;
- prevedere l'obbligo del datore di lavoro di programmare il processo produttivo, in modo che esso risulti rispondente alle esigenze della sicurezza del lavoro;
- stabilire le precauzioni e le cautele da adottare per evitare l'inquinamento, sia interno sia esterno, derivante da fattori di nocività chimici, fisici e biologici;
- stabilire le modalità per la determinazione e per l'aggiornamento dei valori limite dei fattori di nocività di origine chimica, fisica e biologica;
- garantire il necessario coordinamento tra le funzioni esercitate dallo Stato e quelle esercitate, nella materia, dalle Regioni e dai Comuni, al fine di assicurare unità di indirizzi e omogeneità di comportamenti in tutto il territorio nazionale nell'applicazione delle disposizioni in materia di sicurezza del lavoro.

Nell'ambito delle proprie competenze l'Unità sanitaria locale provvede alla protezione sanitaria materno-infantile e all'assistenza pediatrica.



PRENDI NOTA

La **Legge 833/78** prevede per ogni Unità sanitaria locale specifici **servizi di igiene ambientale e medicina del lavoro**.

I **servizi di prevenzione** comprendono, in particolare, l'individuazione, l'accertamento e il controllo dei fattori di nocività, di pericolosità e di deterioramento negli ambienti di vita e di lavoro e l'indicazione delle **misure idonee** all'eliminazione dei fattori di rischio e al risanamento di ambienti di vita e di lavoro.

Unità

3

L'assistenza sanitaria pubblica dopo la Legge 833/78



Le Unità sanitarie locali, con il D.Lgs. 502/92, sono sostituite dalle Aziende sanitarie locali, dotate di autonomia organizzativa, amministrativa, gestionale e tecnica, e tenute a operare secondo criteri di funzionalità, efficienza ed economicità.

Il riordino del Servizio sanitario nazionale

Negli anni successivi al 1990 il progressivo incremento della spesa sanitaria e della spesa previdenziale e, in parallelo, il graduale decremento, a causa dell'andamento dell'economia nazionale e delle nuove scelte di politica sociale, delle risorse disponibili per l'assistenza sanitaria pubblica hanno rappresentato una fonte di forte e generale preoccupazione.

La convinzione, per alcuni opinabile, che la spesa sociale e sanitaria debba necessariamente essere correlata e proporzionata all'entità delle entrate e non, invece, rapportata all'effettiva realizzazione dei bisogni, ha condotto a una riorganizzazione funzionale del servizio pubblico. Si è assistito, negli anni, a un'evidente trasformazione del Servizio sanitario, passando da una concezione di assistenza pubblica quasi senza riserve a una forma di erogazione dei servizi diretta a perseguire una **maggiore efficienza** e, soprattutto, una **maggiore economicità**. Non a caso la Legge n. 421 del 23.10.1992, con cui si avvia il riordino del Servizio sanitario nazionale, sottolinea l'esigenza di fronteggiare per prima cosa proprio le difficoltà di ordine finanziario del sistema.

Unità sanitarie locali e Aziende sanitarie locali

In attuazione della delega contenuta nell'articolo 1 della Legge 421/92, il Governo, con il D.Lgs. n. 502 del 30.12.1992, successivamente modificato e integrato dal D.Lgs. n. 517 del 7.12.1993, provvede a un vero e proprio *riordino della disciplina sanitaria* e, più in generale, al riassetto istituzionale del Servizio sanitario nazionale. Il D.Lgs. 502/92 sostituisce alle Unità sanitarie locali, strumenti operativi sul territorio, come prevedeva la Legge 833/78, le **Aziende sanitarie locali/ASL** e le **Aziende sanitarie ospedaliere/ASO** (in base al decreto sono costituiti in aziende ospedaliere gli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione e i policlinici universitari). Nel D.Lgs. 502/92 le Aziende sanitarie locali sono definite aziende dotate di auto-

Aziende sanitarie ospedaliere (ASO)

Le ASO (nei cui reparti possono essere riservati letti di ricovero per la libera professione del personale medico, tra un minimo del 5% e un massimo del 10% della disponibilità) e le ASL, secondo la nuova riforma, non sono rimborsate dallo Stato in base alla spesa effettivamente sostenuta per il ricovero del paziente ma in base ai servizi effettuati, con

cifre e tariffe precedentemente stabilite. A questo proposito il Ministero della salute predispone tabelle-guida, pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale, con le tariffe per ogni prestazione sanitaria e stabilisce i rimborsi per ogni intervento ospedaliero, suddividendo le malattie secondo raggruppamenti omogenei di diagnosi (DRG).

nomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, e tenute a operare, nelle diverse circostanze, secondo criteri di funzionalità, efficienza, economicità e qualità. Le nuove strutture sanitarie, gestite con criteri privatistici da un direttore generale scelto dalla Regione, che attinge obbligatoriamente da un elenco regionale degli idonei, aggiornato almeno ogni due anni, fruiscono di specifica autonomia gestionale, che innesci un evidente processo di aziendalizzazione, con inserimento di veri e propri fattori di mercato nel rapporto domanda/offerta.



Il direttore generale dell'Azienda sanitaria, affiancato da due collaboratori, il direttore sanitario e il direttore amministrativo, risponde in prima persona della gestione aziendale e deve impegnarsi a perseguire gli obiettivi specificatamente indicati nel Piano sanitario regionale.

● Il ruolo del direttore generale

Il *direttore generale*, che risponde in prima persona della gestione e si impegna a perseguire gli obiettivi specificatamente indicati nel Piano sanitario regionale, resta in carica cinque anni e viene affiancato da due collaboratori, il *direttore sanitario* (generalmente un medico incaricato di coordinare l'organizzazione e l'aspetto sanitario dei servizi) e il *direttore amministrativo* (un giurista o un economista che si occupa perlopiù della parte amministrativa dell'azienda), anch'essi assunti con contratto privato per cinque anni.

L'articolo 4 del D.Lgs. n. 158 del 13.9.2012 (convertito in Legge 189/2012) si occupa nello specifico della dirigenza sanitaria e sottolinea che il direttore generale è **responsabile** della gestione complessiva dell'Azienda sanitaria, ne ha la **rappresentanza legale** e adotta l'**atto aziendale**, con il quale disciplina l'organizzazione e il funzionamento dell'azienda stessa.

● Collegio di direzione, Collegio sindacale e Consiglio dei sanitari

All'interno dell'azienda operano, inoltre, il Collegio di direzione, il Collegio sindacale e il Consiglio dei sanitari.

Il *Collegio di direzione*, al quale prendono parte le varie figure professionali dell'azienda, **affianca il direttore generale** nel governo delle attività cliniche, nella programmazione e nella valutazione delle attività tecnico-sanitarie, e nell'organizzazione e nello sviluppo dei servizi. Il Collegio di direzione concorre, inoltre, alla formulazione dei programmi per l'attuazione delle attività libero-professionali *intramurarie* e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici. Il *Collegio sindacale*, che sostituisce il Collegio dei revisori, verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo strettamente **economico** e vigila sull'osservanza e il **rispetto delle leggi**. Il Collegio accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze delle scritture contabili, e trasmette, con cadenza almeno semestrale, alla conferenza dei sindaci o al sindaco del Comune capoluogo dove è situata l'azienda sanitaria, una relazione sull'andamento delle attività aziendali.

Atto aziendale

L'atto aziendale di diritto privato (art. 3, comma 1-bis del D.Lgs. 502/92), assunto e riconosciuto dal direttore generale, regola l'organizzazione e il funzionamento dell'Azienda sanitaria, nel rispetto dei principi e dei criteri previsti

dalla normativa statale e dalle disposizioni regionali. L'atto aziendale individua, in particolare, le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica.

Il *Consiglio dei sanitari*, organismo elettivo costituito da medici e da altri operatori sanitari e presieduto dal direttore sanitario, ha importanti funzioni di **consulenza tecnico-sanitaria**. Il Consiglio si esprime sulle attività di assistenza e cura, e fornisce parere obbligatorio al direttore generale nell'ambito degli investimenti e dell'organizzazione delle varie attività sanitarie.

PRENDI NOTA

La **Legge 421/1992** e il **D.Lgs. 502/1992**, successivamente modificato e integrato dal **D.Lgs. 517/1993**, provvedono al **riordino della disciplina sanitaria** e, più in generale, al **riassetto istituzionale del Servizio sanitario nazionale**. Le Unità sanitarie locali/USL sono state sostituite con le **Aziende sanitarie locali/ASL** e le **Aziende sanitarie ospedaliere/ASO**. Queste sono gestite con criteri privatistici da un **direttore generale** scelto dalla Regione, sono dotate di **autonomia** organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, e sono tenute a operare secondo criteri di **funzionalità, efficienza, economicità e qualità**.

● L'articolazione organizzativa dell'Azienda sanitaria

L'Azienda sanitaria locale provvede all'erogazione dell'assistenza a livello territoriale attraverso i dipartimenti di prevenzione, i distretti sanitari e i presidi ospedalieri. L'**organizzazione dipartimentale** (*D.Lgs. 502/92, art. 17-bis*) è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività aziendali.

Il *dipartimento di prevenzione*, organizzato in centri di costo e di responsabilità, ha prevalenti funzioni di prevenzione collettiva e di sanità pubblica, ed è dotato di autonomia organizzativa e contabile.

Il *distretto sanitario*, individuato dall'atto aziendale sulla base di criteri fissati dalla legge regionale, assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie, l'assistenza specialistica ambulatoriale, i servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze, i servizi per la tutela della salute dell'infanzia e della donna, le attività e i servizi rivolti agli anziani e alle persone disabili e le attività di assistenza domiciliare integrata. Il distretto, nell'ambito delle risorse assegnate, è dotato di autonomia gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale.

I *presidi ospedalieri* sono gli ospedali non costituiti in Azienda ospedaliera (*D.Lgs. 502/92, art. 4*). A differenza delle Aziende ospedaliere non sono dotati di personalità giuridica e godono di scarsa autonomia sia a livello direttivo che imprenditoriale. Nelle Aziende sanitarie in cui sono presenti più ospedali, questi possono essere accorpati a fini funzionali.

Il DM n. 70 del 2.4.2015, *Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*, definisce le condizioni necessarie (soprattutto l'adeguatezza di strutture e risorse umane impiegate in rapporto al numero di pazienti trattati) per garantire livelli di assistenza ospedaliera omogenei su tutto il territorio nazionale. La classificazione delle strutture ospedaliere distingue presidi ospedalieri *di base*, presidi ospedalieri *di I livello* e presidi ospedalieri *di II livello* (riferibili essenzialmente alle Aziende ospedaliere, alle Aziende ospedaliere universitarie, a taluni IRCCS e a presidi di grandi dimensioni delle ASL).

L'Azienda sanitaria provvede all'erogazione dell'assistenza attraverso i distretti sanitari, che assicurano, fra i diversi servizi, l'assistenza specialistica ambulatoriale, le attività e i servizi rivolti agli anziani e alle persone disabili e le attività di assistenza domiciliare integrata.



Il Decreto legislativo 229/99

Il D.Lgs. n. 229 del 19.6.1999, emanato in attuazione dei principi e dei criteri direttivi indicati nella Legge n. 419 del 30.11.1998, accentua ulteriormente la **connotazione aziendalistica** delle Unità sanitarie e prevede che le Aziende sanitarie:

- si costituiscano in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale;
- disciplinino la loro organizzazione e il loro funzionamento mediante *atto aziendale* di diritto privato e agiscano, in ogni circostanza, attraverso atti di diritto privato;
- informino le loro attività a criteri di efficienza ed economicità e siano tenute al rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e di ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie;
- appaltino e contrattino le forniture di beni e servizi direttamente secondo le norme del diritto privato, indicate nell'atto aziendale.

L'Azienda sanitaria locale, dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia organizzativa e amministrativa, deve esprimere e provvedere al bisogno sociosanitario delle comunità locali e assicurare i livelli di assistenza necessari al proprio ambito territoriale.



Il D.Lgs. 229/99 rafforza ulteriormente il ruolo e l'autonomia delle Regioni in ambito sanitario e, in coerenza con le prescrizioni del D.Lgs. n. 112 del 31.3.1998, che conferisce alle Regioni la generalità delle funzioni in materia sanitaria, definisce non a caso il Servizio sanitario nazionale come il *complesso delle funzioni e delle attività dei servizi sanitari regionali e degli enti e istituzioni di rilievo nazionale*.

PRENDI NOTA

L'**Azienda sanitaria locale** provvede all'erogazione dell'assistenza a livello territoriale soprattutto attraverso i dipartimenti di prevenzione e i distretti sanitari.

Il **dipartimento di prevenzione** ha prevalenti funzioni di **prevenzione collettiva** e di **sanità pubblica**, ed è dotato di autonomia organizzativa e contabile. Il **distretto sanitario** assicura i servizi di **assistenza primaria** relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie, **l'assistenza specialistica ambulatoriale** e le attività di **assistenza domiciliare integrata**. L'**impianto generale** dell'assistenza sanitaria pubblica delineato dai **D.Lgs. 502/92** e **517/93**, che hanno modificato la natura giuridico-organizzativa del Servizio sanitario e rafforzato i poteri delle Regioni e l'autonomia delle Unità sanitarie rimane nel tempo pressoché **invariato**.

Piano sanitario nazionale e Piano sanitario regionale

Nella nuova riforma sanitaria le **Regioni** elaborano proposte per la predisposizione del *Piano sanitario nazionale*, adottano il *Piano sanitario regionale* in modo da soddisfare le specifiche esigenze della popolazione locale e definiscono l'articolazione del territorio regionale in Aziende/Unità sanitarie locali. Le Regioni, inoltre, stabiliscono i criteri per la suddivisione delle ASL in distretti, disciplinano il finanziamento delle ASL, le modalità di vigilanza e di controllo e la valutazione dei risultati delle loro attività, e provvedono all'accreditamento delle strutture pubbliche o private autorizzate a fornire prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale.



Decreto del presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 (artt. 1, 2 e 3), *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza*



Il Piano sanitario nazionale indica i livelli uniformi di assistenza sanitaria e le prestazioni da garantire a tutti i cittadini, individuandoli sulla base anche di dati epidemiologici e clinici, e rapportandoli al volume delle risorse a disposizione.

Nella nuova riforma anche il ruolo dei **Comuni**, soprattutto nella fase di programmazione e di articolazione in **distretti** delle ASL, viene rafforzato. I Comuni, oltre a svolgere una funzione importante nell'ambito delle attività di controllo, esprimendo pareri sulla conferma o sulla revoca del direttore generale dell'ASL e sul programma delle attività territoriali, esercitano una non trascurabile funzione nella realizzazione delle strutture sanitarie e sociosanitarie, in quanto provvedono al rilascio delle necessarie autorizzazioni.

Oltre all'individuazione di diversi *criteri di remunerazione* per le prestazioni erogate dalle strutture sanitarie (finanziamento calcolato in base al costo standard di produzione del programma di assistenza per quanto riguarda le patologie croniche a lunga durata, l'assistenza a malattie rare e i trapianti di organo, e finanziamento calcolato in base a tariffe predefinite a livello centrale dal Ministero della salute e a livello locale dalle Regioni per quanto riguarda i ricoveri per patologie non croniche o recidivanti e le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale), la nuova riforma sanitaria e il D.Lgs. 229/99 istituiscono fondi integrativi destinati a potenziare l'erogazione di alcune *prestazioni aggiuntive*.

Queste prestazioni, superiori in genere ai livelli di assistenza garantiti dal SSN, comprendono le cure odontoiatriche e termali, l'assistenza domiciliare, la medicina non convenzionale e le cure erogate in strutture residenziali e semiresidenziali.

● Le procedure di programmazione e di attuazione

Nell'ampio riordino del Sistema sanitario viene anche largamente sottolineato il ruolo della programmazione, improntata a criteri di maggiore **flessibilità** e caratterizzata da una logica di **decentramento** e maggiore coinvolgimento delle comunità locali. Le *procedure di programmazione e di attuazione* del Servizio sanitario nazionale comprendono:

- il Piano sanitario nazionale (PSN);
- i Piani sanitari regionali (PSR);
- il Piano attuativo locale.

Il **Piano sanitario nazionale**, che ha durata triennale e viene predisposto dal Ministero della salute e approvato dal Consiglio dei ministri entro il 31 luglio dell'ultimo anno di vigenza del PSN precedente, nella formulazione dell'articolo 3 del D.Lgs. 502/92 riveste la natura di *atto generale programmatico, nel quale assumono funzionalmente rilevanza le proposizioni precettive generali adottate per competenza proprio dall'Amministrazione pubblica, intese a regolare le modalità di funzione da parte di una pluralità indeterminata di soggetti delle prestazioni erogate dal Servizio nazionale*.

Distretti

Secondo il D.Lgs. 229/99 il distretto sanitario o distretto sociosanitario assicura i servizi di assistenza primaria nell'ambito delle comunità e della realtà territoriale, garantisce la continuità assistenziale, coordinando medici di medicina generale, pediatri e servizi di guardia medica, in ambulatorio e a domicilio, e opera il necessario coordinamento con le strutture operative e con i servizi specialistici. Nella prevenzione delle malattie e nella tutela della salute collettiva l'attività del distretto si intreccia con le azioni di altre strutture operative delle ASL previste dalla nuova riforma, come il Dipartimento di prevenzione e il Dipartimento di programmazione, acquisto e controllo. Al

distretto è attribuita la funzione di tutela della popolazione, di programmazione e controllo delle attività sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali, e di produzione dei servizi. Per poter assolvere a queste funzioni e per poter esercitare un'effettiva attività di programmazione a medio/lungo termine, gli ambiti territoriali dei distretti in molte Regioni sono stabiliti intorno ai 100 mila abitanti ciascuno. Il distretto, oltre a essere una sorta di sottosistema dell'ASL, si configura quindi come sistema innovativo di relazioni sociosanitarie di base, che superano i confini formali della struttura ASL per coinvolgere attività e servizi di altre istituzioni e realtà sociali.

Il PSN, considerato il principale punto di riferimento e il fondamentale strumento di programmazione sanitaria del nostro Paese, stabilisce:

L'ultima area dei livelli essenziali di assistenza comprende le attività identificabili nel pronto soccorso, nel ricovero ordinario per acuti, nella riabilitazione e lungodegenza post-acuzie, e nelle attività di trapianto di organi e tessuti.

- le linee generali di indirizzo del SSN;
- gli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione;
- i **livelli essenziali di assistenza** da assicurare sul territorio nazionale;
- i finanziamenti corrispondenti ai livelli di assistenza, nell'osservanza dei vincoli posti dalla programmazione economico-finanziaria.



Il **Piano sanitario regionale**, la cui predisposizione è di competenza della Giunta regionale, nel D.Lgs. 229/99 viene definito come il *piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale anche con riferimento al PSN.*

Il PSR, che in fase di progetto deve essere sottoposto all'esame della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale, deve essere adottato o adeguato entro 150 giorni dalla data di entrata in vigore del Piano nazionale.

Il PSR, i cui contenuti e le cui modalità attuative sono interamente affidati alle leggi regionali, deve tener conto dell'analisi del fabbisogno finanziario, valutare le prestazioni e gli interventi prioritari, e monitorare i livelli essenziali di assistenza.

Livelli essenziali di assistenza

Il Servizio sanitario nazionale eroga a tutti i cittadini, secondo l'articolo 1 del D.Lgs. 502/92 e del D.Lgs. 229/99, le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza. Ogni prestazione deve soddisfare l'appropriatezza clinica e l'uso efficiente delle risorse e deve essere erogata senza oneri a carico del cittadino oppure, in base al criterio di compartecipazione alla spesa, dietro pagamento di una quota perlopiù limitata. I LEA assicurati dal SSN (DPCM 29.11.2001 e DPCM 12.1.2017), sono suddivisi in tre grandi aree o livelli: prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera.

Il primo livello si articola soprattutto in sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali; in sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro; in sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e i programmi organizzati di *screening*. La seconda area si articola in: attività di assistenza sanitaria di base, continuità assistenziale, assistenza farmaceutica, assistenza specialistica ambulatoriale e assistenza sociosanitaria domiciliare, residenziale e semiresidenziale. L'ultima area, infine, comprende le attività identificabili nel pronto soccorso, nel ricovero ordinario per acuti, nel *day hospital*, nella riabilitazione e lungodegenza post-acuzie e nelle attività di trapianto di organi e tessuti.

Con il DM 16.6.2016 è stata costituita la Commissione per l'aggiornamento dei LEA e per la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale, con l'obiettivo di garantire l'aggiornamento e il monitoraggio costante dei livelli di assistenza. Dai LEA sono totalmente escluse le prestazioni di chirurgia estetica non conseguenti a incidenti, malattie o malformazioni congenite, le medicine non convenzionali e alcune tipologie di intervento di medicina fisica, riabilitativa e ambulatoriale. Sono invece erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche le attività di assistenza odontoiatrica, la chirurgia refrattiva con laser e la densitometria ossea quando vi sono evidenze di efficacia clinica. Il DPCM 12.1.2017, oltre a ridefinire in modo sostanziale il perimetro dei LEA, propone alcuni importanti aggiornamenti. In particolare, le novità riguardano il nuovo nomenclatore della specialistica ambulatoriale, in cui sono inserite le prestazioni di procreazione medicalmente assistita, il nuovo nomenclatore dell'assistenza protesica, che permette di prescrivere ausili informatici e di comunicazione, i vaccini, le malattie rare e croniche, di cui è stato ampliato l'elenco e inserite nuove patologie, lo screening neonatale, che viene introdotto anche per la sordità, la cataratta e le malattie metaboliche ereditarie, la celiachia e la gravidanza, in cui viene aggiornata la lista delle prestazioni gratuite offerte dal SSN.

Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

- profilassi delle malattie infettive e diffuse
- tutela dei rischi connessi con l'inquinamento ambientale
- tutela dei rischi connessi con gli ambienti di vita e di lavoro
- sanità pubblica veterinaria
- tutela igienico-sanitaria degli alimenti
- attività di prevenzione rivolte alle persone
- servizio medico-legale

Assistenza distrettuale

- assistenza sanitaria di base
- attività di emergenza sanitaria territoriale
- assistenza farmaceutica
- assistenza integrativa
- assistenza specialistica ambulatoriale
- assistenza protesica
- assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare
- assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale
- assistenza termale

Assistenza ospedaliera

- assistenza per acuti (emergenza, assistenza ordinaria e in *day hospital* e *day surgery*)
- assistenza post-acuzie (riabilitazione ordinaria, in *day hospital* e in lungodegenza, interventi ospedalieri a domicilio)
- attività di trapianto di organi e tessuti

Articolazione per aree di offerta dei livelli essenziali di assistenza sanitaria (fonte: DPCM 29.11.2001/Ministero della salute).



A livello di Azienda sanitaria la programmazione si esplica attraverso il **Piano attuativo locale** e il **Piano attuativo metropolitano** (finalizzato al coordinamento delle strutture esistenti nelle aree metropolitane), che nell'ambito delle indicazioni del Piano sanitario regionale dovrebbero, partendo dagli effettivi e specifici bisogni di salute della popolazione, individuare le priorità e gli interventi sanitari commisurati alla domanda e rapportati alle risorse disponibili.

Con il **Programma delle attività territoriali**, indirizzato alla programmazione degli interventi messi in opera dalle diverse strutture operative presenti sul territorio, per garantire l'assistenza sanitaria e sociosanitaria, si organizza la localizzazione e il vero e proprio funzionamento dei servizi.

I LEA assicurati dal SSN sono suddivisi in tre grandi aree o livelli: prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera.

PRENDI NOTA

Le **procedure di programmazione e di attuazione** del Servizio sanitario nazionale comprendono il **Piano sanitario nazionale (PSN)**, i **Piani sanitari regionali (PSR)** e il **Piano attuativo locale**.

Il **PSN** è considerato il principale strumento di programmazione sanitaria del nostro Paese e stabilisce le **linee generali di indirizzo del SSN** e gli **obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione**; il **PSR** analizza il **fabbisogno finanziario**, valuta le prestazioni e gli interventi prioritari e **monitora i livelli essenziali di assistenza**; il **Piano attuativo locale**, infine, individua gli interventi sanitari commisurati alla domanda e rapportati alle risorse disponibili.