

Prof Gabriele Devoti

Professore Associato di Igiene
Facoltà di Scienze della Formazione,
Scienze Politiche e Sociale
Università del Salento - Lecce

OMS-SSN-ASL

DISPENSA SS

Dispensa aggiuntiva al testo "Argomenti di Igiene"
per l'insegnamento di Igiene e Medicina Sociale
per gli Studenti del Corso di Laurea in
Servizio Sociale

Capitolo 1

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITA'

1.1 ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITA' (OMS)

Al termine della Seconda Guerra Mondiale venne istituita la United Nations Organization, ovvero la Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) con sede a New York. L'ONU decise allora di unificare tutti gli organismi che fino ad allora operavano nel campo della sanità e di trasferire tutte le funzioni ad una unica agenzia. In data 22 luglio 1946 venne pertanto istituito, con un atto sottoscritto da tutti i Rappresentanti delle allora Nazioni Unite, un unico organismo internazionale: l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), in inglese World Health Organization (WHO), con sede a Ginevra, che è entrato in piena attività il 7 aprile 1948.

L'OMS è finanziata dai governi membri della organizzazione, in proporzione alle loro dimensioni e ai loro bilanci, ed esercita le sue funzioni attraverso tre organi centrali e sei periferici. I tre organi centrali sono:

- una Assemblea Mondiale della Sanità, costituita dai delegati di tutti gli Stati membri; essa è convocata annualmente, elegge periodicamente il Consiglio esecutivo e nomina il Direttore; decide la politica della Organizzazione, stabilendo i programmi e i bilanci finanziari;
- un Consiglio esecutivo, i cui 30 membri sono eletti per un triennio;
- un Segretariato permanente, con a capo il Direttore Generale, coadiuvato da 5 Vicedirettori.

Gli organi periferici costituiti sono:

Regione Europea (sede Copenaghen-Danimarca), Regione Africana (Brazzaville-Repubblica del Congo), Regione Mediterraneo Orientale (Il Cairo-Egitto), Regione Sud Est Asiatico (New Delhi-India), Regione delle Americhe (Washington-Stati Uniti d'America) e Regione del Pacifico (Manila-Filippine).

Queste 6 grandi regioni sono state individuate per esigenze di decentramento; infatti sono caratterizzate da poteri autonomi di iniziativa e da propri programmi, in relazione ai problemi sanitari specifici dei Paesi afferenti.

Nel preambolo della Carta Costituzionale dell'OMS è riportata al primo punto la ormai famosa definizione di salute, ovvero *“La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non consiste soltanto nell'assenza di malattia od infermità”*.

Gli altri punti della Carta Costituzionale dicono che:

- il possesso del miglior stato di salute conseguibile costituisce uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano, qualunque ne siano la razza, la religione, le opinioni politiche e le condizioni economico-sociali;
- la salute dei popoli è una condizione fondamentale per la pace e la sicurezza del Mondo e dipende dalla collaborazione più stretta degli individui e degli Stati;
- i risultati ottenuti da ciascun Stato per tutelare e migliorare la salute sono preziosi per tutti;
- l'ineguaglianza dei diversi Paesi nei riguardi del miglioramento della salute e della lotta contro le malattie, in particolare quelle contagiose, rappresenta un pericolo per tutti;
- lo sviluppo sano del bambino ha una importanza fondamentale; l'attitudine a vivere in armonia con un ambiente in piena trasformazione è essenziale a questo sviluppo;
- l'ammissione di tutti i popoli ai benefici delle conoscenze acquisite dalle scienze mediche, psicologiche e correlate è essenziale per raggiungere il più alto livello di salute;
- l'informazione e le altre forme di cooperazione tra i popoli sono della massima importanza per il miglioramento della salute delle popolazioni stesse;
- i governi hanno la responsabilità della salute dei loro popoli e debbono prendere le misure sanitarie e sociali appropriate.

Lo stesso atto costitutivo specifica quali sono le funzioni esercitate dall'Organizzazione per raggiungere i suoi fini; alcune di queste funzioni sono le seguenti:

- profilassi internazionale contro le malattie epidemiche;
- preparazione ed aggiornamento della Classificazione Internazionale delle Malattie e delle cause di morte (in inglese ICD – International Classification of Diseases); quella attualmente in vigore è la decima revisione (ICD-10) utilizzata a partire dal 1994; la versione in lingua italiana è stata pubblicata nel 2000;
- elaborazione delle statistiche di morbosità e di mortalità;
- standardizzazione dei prodotti biologici e farmaceutici (es. vaccini), dei metodi di accertamento diagnostico e delle caratteristiche di qualità dei prodotti alimentari;
- igiene ambientale;
- organizzazione della ricerca scientifica;
- miglioramento di tutti i fattori riguardanti la nutrizione, le abitazioni, il lavoro e le condizioni economiche, ovvero di quelle situazioni con impatto diretto o indiretto sul livello di salute delle popolazioni.

Capitolo 2

ORGANIZZAZIONE SANITARIA IN ITALIA

2.1 WELFARE STATE

Per *Welfare State* si intende l'insieme di politiche pubbliche dirette a migliorare le condizioni di vita dei cittadini. Infatti comprende il complesso di politiche pubbliche messe in atto da uno Stato che interviene, in un'economia di mercato, per garantire l'assistenza e il benessere dei cittadini, modificando in modo regolamentato la distribuzione dei redditi generata dalle forze del mercato stesso. L'espressione "*Welfare State*", ovvero "*Stato del benessere*", entrata in uso in Gran Bretagna durante la Seconda Guerra Mondiale, è tradotta di solito in italiano come "*Stato Assistenziale*" o "*Stato Sociale*".

Gli obiettivi perseguiti dal *Welfare* sono fondamentalmente tre:

1. assicurare un tenore di vita minimo a tutti i cittadini;
2. dare sicurezza agli individui e alle famiglie in presenza di eventi naturali ed economici sfavorevoli di vario genere;
3. consentire a tutti i cittadini di usufruire di alcuni servizi fondamentali, quali la previdenza e l'assistenza sociale, l'istruzione e l'assistenza sanitaria.

Gli strumenti tipici per perseguire gli obiettivi del *Welfare* sono:

- a) corresponsioni in denaro, specie nelle fasi non occupazionali del ciclo vitale (vecchiaia, maternità ecc.) e nelle situazioni di incapacità lavorativa (malattia, invalidità, disoccupazione ecc.);
- b) erogazione di servizi in natura (in particolare istruzione, assistenza sanitaria, abitazione ecc.);
- c) concessione di benefici fiscali (per carichi familiari, l'acquisto di un'abitazione ecc.);
- d) regolamentazione di alcuni aspetti dell'attività economica (quali la locazione di abitazioni a famiglie a basso reddito e l'assunzione di persone invalide).

Il *Welfare State* storicamente nasce in Europa come risposta dello Stato ai problemi sociali portati dalla prima industrializzazione, in conseguenza dei quali emergono difficoltà crescenti per le famiglie e nuove forme di povertà. In questo modo lo Stato si sostituisce progressivamente alle Istituzioni religiose negli interventi di assistenza. Le prime esperienze di *Welfare* in chiave moderna si hanno in Germania verso la fine del 1800, infatti uno dei primi sistemi sanitari sorti in Europa è ad opera del Cancelliere prussiano Otto von Bismarck. Comunque il momento di maggiore sviluppo del *Welfare*, che coincide con la visione dello "*Stato del benessere*" come insieme di interventi di protezione sociale a carattere tendenzialmente universale in favore dei cittadini, ha avuto la sua attuazione dopo la Seconda Guerra Mondiale.

La teoria del *Welfare State* che identificava la salute come uno dei tre prerequisiti basilari, insieme a istruzione e lavoro, per un sistema di “sicurezza sociale”, venne messa in pratica in Gran Bretagna attraverso un’apposita legislazione del 1946 ad opera di Lord Beveridge, statista inglese autore della riforma sanitaria britannica. Essa copriva: disoccupazione, invalidità, perdita dei mezzi di sussistenza, collocamento a riposo per limiti di età, bisogni della vita coniugale (per le donne: matrimonio, maternità, vedovanza), spese funerarie, sussidi all’infanzia, malattia fisica o incapacità. Questa riforma venne poi presa come modello da molti altri Paesi industriali.

2.2 MODELLI DI SISTEMA SANITARIO

I modelli organizzativi di un sistema sanitario possono essere diversi, tuttavia sono due i modelli principali ai quali si sono ispirati i servizi sanitari attualmente esistenti in Europa e anche fuori dalla regione europea: il Modello Bismarck e il Modello Beveridge.

Il **Modello Bismarck**, definito anche come *modello individualistico* perché basato sulla tutela individuale della salute, è rappresentato da un sistema di assicurazione sanitaria obbligatoria, che si basa sull’appartenenza a diverse categorie professionali. Si ha una compartecipazione della copertura assicurativa da parte dei datori di lavoro e dei lavoratori. Con un contributo economico fisso e proporzionale alla categoria professionale assicurata viene offerta una gamma di prestazioni sanitarie, proporzionali all’entità del contributo versato. Tale modello attribuisce al cittadino la responsabilità della tutela della propria salute che risulta pertanto correlata e proporzionale alla sua capacità di produrre reddito.

Il **Modello Beveridge**, definito anche come *modello solidaristico*, è basato sull’universalità dell’accesso ai servizi da parte di tutti i cittadini, indipendentemente dalla loro capacità contributiva. È infatti basato su tre principi base: universalità di accesso, finanziamento mediante fiscalità generale (pagamento delle imposte) e gratuità delle prestazioni. Questo modello esprime un maggior contenuto di solidarietà sociale ed è in grado di assicurare l’eguaglianza dei diritti per tutti.

In Europa sono presenti sia Stati che hanno adottato il Modello Bismarck sia Stati che hanno adottato il Modello Beveridge, e ciascuno dei due Modelli presenta vantaggi e svantaggi. Il Modello Bismarck è presente in Stati come Germania, Francia e Olanda, mentre il Modello Beveridge è presente in altri Stati come Gran Bretagna, Spagna e Portogallo. In questi Paesi il modello di sistema sanitario adottato è stato conservato dalla data della loro adozione fino ai giorni nostri. In tutto il Novecento soltanto l’Italia ha cambiato il proprio sistema sanitario passando nel 1978 da un tipo di sistema basato sul Modello Bismarck ad un tipo di sistema basato sul Modello Beveridge.

2.3 SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

La Legge 833 del 1978 (pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n 360 del 28 dicembre 1978) ha istituito in Italia il *Servizio Sanitario Nazionale* (in sigla SSN) sopprimendo il sistema mutualistico allora vigente.

Prima dell'istituzione del SSN, nell'Italia del dopoguerra, l'Organizzazione Sanitaria era sostenuta da numerosi Enti Mutualistici (cosiddette *Mutue*) che erano competenti ciascuno per l'assistenza di una determinata categoria di lavoratori e dei loro familiari a carico. Tutti i lavoratori erano iscritti obbligatoriamente alle proprie Casse Mutue e in questo modo potevano fruire dell'assicurazione sanitaria che forniva loro le cure mediche e ospedaliere necessarie. Le Casse Mutue erano finanziate con i contributi versati dagli stessi lavoratori e dai loro datori di lavoro; infatti la tutela della salute era collegata non all'essere un cittadino ma all'essere un lavoratore e quindi ovviamente con casi di mancata copertura nei soggetti privi di una attività lavorativa. In questo caso i soggetti venivano assistiti gratuitamente dai Comuni. Questo tipo di sistema sanitario era cioè organizzato secondo il Modello Bismarck. Fino ai primi anni del dopoguerra le patologie più frequenti erano quelle di tipo infettivo e, grazie agli antibiotici, in larga parte ad andamento acuto, ovvero con decorso breve ed esito benigno. In queste condizioni le Mutue con le loro risorse economiche erano in grado di assicurare una assistenza idonea a tutti gli iscritti. Con gli anni '60 il quadro epidemiologico incominciò a cambiare con il progressivo aumento delle patologie cronico-degenerative, ovvero malattie con un lungo decorso ed un esito spesso invalidante. In queste condizioni le Mutue entrarono in sofferenza accumulando debiti progressivamente crescenti, e quindi con un impegno economico crescente anche per lo Stato che era costretto a ripianare i debiti. Tutto questo indusse il Parlamento italiano ad affrontare una profonda modificazione di quel sistema sanitario, e si arrivò così nel 1978 alla Legge 833 che istituiva il *Servizio Sanitario Nazionale*, che assume la funzione di assicuratore unico e universale, secondo il Modello Beveridge.

Il SSN nell'ordinamento giuridico italiano identifica il complesso delle funzioni, delle attività e dei servizi assistenziali gestiti ed erogati dallo Stato italiano. Ha carattere universalistico e solidaristico fornendo l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini senza distinzione di genere, età, residenza, lavoro e reddito.

I principi fondamentali su cui si è sviluppata la Legge 833/1978 possono essere sintetizzati nei tre principi di: eguaglianza, globalità e territorialità.

Secondo il "*principio dell'eguaglianza*" ogni cittadino, indipendentemente dal genere, dall'età, dal luogo di residenza, dal tipo di attività svolta e dalla categoria sociale di appartenenza deve poter usufruire dei servizi forniti dal SSN.

Secondo il "*principio di globalità*" sia la salute fisica che la salute psichica di ogni cittadino devono essere salvaguardate e senza limitarsi ai soli aspetti diagnostici e curativi ma comprendendo anche gli aspetti relativi alla prevenzione e alla riabilitazione.

Secondo il "*principio di territorialità*" l'Italia è stata suddivisa in diverse zone, in ognuna delle quali una sola istituzione deve gestire l'assistenza sanitaria nei suoi vari aspetti: questa istituzione è l'USL, ovvero **l'Unità Sanitaria Locale**.

Vengono di seguito riportati gli art. 1 e art. 2 della Legge 833/1978.

1. I principi.

La Repubblica 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 ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.

Nel servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività.

Le associazioni di volontariato possono concorrere ai fini istituzionali del servizio sanitario nazionale nei modi e nelle forme stabiliti dalla presente legge.

2. Gli obiettivi.

Il conseguimento delle finalità di cui al precedente articolo 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 che 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 avanzi di origine animale per le implicazioni che attengono alla salute dell'uomo, nonché la prevenzione e la difesa sanitaria degli allevamenti animali ed 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 la economicità del prodotto;*
- 8) la formazione professionale e permanente nonché l'aggiornamento scientifico 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 socio-sanitarie 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 ed 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 ed 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 favorendo 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 ed il reinserimento sociale dei disturbati psichici;*
 - [h) la identificazione e la eliminazione delle cause degli inquinamenti dell'atmosfera, delle acque e del suolo]*
- Quest'ultimo comma, in seguito ad un referendum, nel 1993 è stato abrogato.*

Con l'istituzione del *Servizio Sanitario Nazionale* si è mirato ad ottenere:

- a. il decentramento dei poteri decisionali dallo Stato alle Regioni ed al livello locale, riconfermando nel Sindaco la massima autorità sanitaria periferica;
- b. l'unificazione su base territoriale della gestione sanitaria nelle Unità Sanitarie Locali;
- c. la suddivisione del territorio di ogni USL in Distretti Sanitari di Base allo scopo di potenziare l'assistenza sanitaria di primo livello;
- d. maggior spazio alla prevenzione primaria e secondaria delle patologie cronico-degenerative a fianco della prevenzione ambientale e di quella delle malattie;
- e. il coordinamento dell'assistenza sanitaria di base con quella specialistica intra ed extra-ospedaliera da parte dell'USL;
- f. la razionalizzazione della spesa sanitaria mediante la programmazione nazionale e regionale, e della pianificazione locale;
- g. maggiore uniformità delle prestazioni nelle diverse aree del Paese;
- h. maggiore efficienza dei servizi e maggiore efficacia delle prestazioni.

Tali principi erano stati ben delineati nella Legge 833/1978 che aveva le caratteristiche di una legge-quadro. La mancata emanazione iniziale di un primo *Piano Sanitario Nazionale* (PSN) ha condotto in seguito le Regioni a legiferare in modo diverso e non sufficientemente programmato, accentuando in tal modo le diseguglianze assistenziali e limitando alla fine una vera e propria attuazione piena della Riforma Sanitaria. Infatti diverse anomalie di programmazione e di gestione hanno progressivamente reso evidente la necessità di sostanziali modifiche della Legge 833/1978. Inizialmente si è proceduto a semplificare la struttura delle USL, ma l'intero meccanismo andava rivisto, alla luce dell'affermarsi delle esigenze di maggiore responsabilizzazione degli amministratori, del bisogno crescente di "managerialità" nella conduzione di istituzioni, come le USL, che ormai gestivano migliaia di miliardi in una situazione di economia sempre più difficile.

Alcune delle modifiche legislative successive a questa legge, sono ad esempio:

D.lgs. 502/1992 "*Riordino della disciplina in materia sanitaria ai sensi dell'art. 1 della Legge 421/1992*";

D.lgs. 517/1993 "*Modificazioni al D.lgs. 502/1992*";

D.lgs. 229/1999, "*Riforma Ter Sanità*" detta anche Riforma Bindi, dal nome del Ministro della Sanità di allora;

DPCM del 29 novembre 2011 sui LEA;

Nella sua struttura formale il SSN si presenta articolato su tre livelli: nazionale (o centrale), regionale e locale (o operativo).

2.4 ORGANIZZAZIONE DEL LIVELLO NAZIONALE

Il livello nazionale coincide con le funzioni istituzionali di Parlamento, Governo, Ministero e con alcuni organismi di consulenza generale.

2.4.1 Il Ministero della Sanità (attualmente denominato “Ministero della Salute”)

Il riordino del Ministero della Sanità prevede per il Ministero i seguenti compiti:

- a) esercita le funzioni amministrative riservate allo Stato;
- b) svolge funzioni in materia di programmazione sanitaria, con la predisposizione del Piano Sanitario Nazionale, e quindi la definizione degli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione;
- c) svolge funzioni di coordinamento del Sistema Informativo Sanitario (SIS);
- d) svolge funzioni di vigilanza sulla conformità delle specialità medicinali;
- e) svolge funzioni in materia di sanità pubblica, nutrizione e igiene degli alimenti;
- f) svolge funzioni in materia di ricerca e sperimentazione su temi sanitari;
- g) svolge funzioni in materia di professioni e attività sanitarie.

Il Ministero, in relazione alle funzioni sopra citate, viene articolato in Dipartimenti, in Servizi ed in Uffici.

2.4.2 L’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGE.NA.S).

Novità prevista dal D.lgs. 517/93, è dotata di personalità giuridica e posta sotto la sorveglianza del Ministero della Sanità “con compiti di supporto alle attività regionali, di valutazione comparativa dei costi e dei rendimenti dei servizi resi ai cittadini e di segnalazione di disfunzioni e sprechi nella gestione delle risorse personali e materiali e nelle forniture, di trasferimento dell’innovazione e delle sperimentazioni in materia sanitaria”, a disposizione delle regioni anche per l’elaborazione di linee guida in funzione dell’applicazione coordinata del PSN e della normativa di settore.

2.4.3 La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome.

Il Consiglio Sanitario Nazionale con la L. 833/78 è stato abolito e i suoi compiti sono stati attribuiti alla *Conferenza Stato-Regioni* (definizione contratta). Detti compiti consistono nell’attività di consulenza e proposta nei confronti del governo per la determinazione delle linee generali della politica sanitaria, per l’elaborazione e l’attuazione del PSN.

La Conferenza Stato-Regioni viene sentita obbligatoriamente in ordine ai programmi globali di prevenzione anche primaria, alla determinazione dei livelli di prestazioni sanitarie, e alla ripartizione degli stanziamenti

2.4.4 Il Consiglio Superiore di Sanità

Il Consiglio Superiore di Sanità (CSS) ha il compito:

- di prendere in esame i fatti riguardanti la salute pubblica, su richiesta del Ministero;
- di proporre lo studio di problemi attinenti all'igiene ed alla sanità;
- di proporre indagini scientifiche ed inchieste su avvenimenti di rilevante interesse in campo igienico e sanitario.

Il Ministero è obbligato a richiedere al CSS pareri (che però non lo vincolano) a proposito dei più importanti eventi riguardanti la salute pubblica e delle decisioni di rilevanza sanitaria che il Ministro stesso dovrà prendere.

2.4.5 L'Agenzia Italiana del Farmaco

L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) che sostituisce quella che era la Commissione Unica del Farmaco (CUF), è formata da esperti designati sia dal Ministero della Salute che dalle Regioni e ha tra i suoi compiti quello di:

- valutare la rispondenza delle specialità medicinali ai requisiti richiesti dalle disposizioni di legge e dalle direttive emanate dalla Unione Europea e di esprimere pareri sulle procedure comunitarie per l'autorizzazione all'immissione in commercio dei farmaci;
- di esprimere parere vincolante sul valore terapeutico dei medicinali e sulla compatibilità finanziaria delle prestazioni farmaceutiche.

2.4.6 L'Istituto Superiore di Sanità

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) è organo tecnico-scientifico del SSN e dipende dal Ministero della Salute. È dotato di autonomia scientifica, organizzativa, amministrativa e contabile. Svolge funzioni di ricerca, di sperimentazione, di controllo e di formazione per quanto concerne la salute pubblica. In particolare:

- in collaborazione con le Regioni, le ASL e le Aziende Ospedaliere, nonché con enti pubblici e privati di rilevanza nazionale promuove, con compiti di indirizzo tecnico e di coordinamento, programmi di interesse nazionale coerenti con gli obiettivi del PSN nel campo della promozione e della tutela della salute;

- effettua controlli su vaccini, farmaci e dispositivi medici, alimenti, presidi chimici e diagnostici previsti dalle norme interne e comunitarie;
- promuove programmi di ricerca scientifica su rapporti tra salute ed ambiente;
- propone programmi e sperimentazioni cliniche di interesse nazionale, da svolgere presso gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e nelle aziende ospedaliere.

2.4.7 L'Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro (INAIL)

L'Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro (INAIL) è organo tecnico-scientifico del SSN e dipende dal Ministero della Salute. È dotato di autonomia scientifica, organizzativa, amministrativa e contabile. È centro nazionale di informazione, documentazione, ricerca e sperimentazione per il SSN ed opera per organismi pubblici e privati e per le imprese in materia di tutela della salute e della sicurezza e benessere nei luoghi di lavoro.

2.4.8 Gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS)

Gli IRCCS sono enti nazionali con personalità giuridica, dotati di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, alcuni di diritto pubblico altri di diritto privato, che perseguono finalità di ricerca nel campo biomedico ed in quello della organizzazione e gestione dei servizi sanitari, oltre a fornire prestazioni di ricovero e cura di alta qualificazione.

2.4.9 Gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali (IZS)

Gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali svolgono attività di ricerca scientifica sperimentale veterinaria e di accertamento dello stato sanitario degli animali e la salubrità dei prodotti di origine animale.

2.4.10 L'Agenzia Nazionale per la Protezione Ambientale (ANPA)

Non si tratta di un organismo solo del Ministero della Salute ma in cooperazione con il Ministero dell'Ambiente; viene qui descritto in quanto a detta Agenzia, a livello centrale, sono attribuite competenze di tutela ambientale che, a livello regionale, faranno capo ad Agenzie Regionali (ARPA) che assorbono alcune competenze e strutture sottratte alle ASL ed i Presidi Multizonali di Prevenzione.

2.5 IL LIVELLO REGIONALE

Il livello regionale, corrispondente alle Regioni e alle Province autonome di Trento e di Bolzano, rappresenta il momento di effettivo governo del sistema.

Il trasferimento alle Regioni dei poteri in materia sanitaria già avviato dalla Legge 833/1978 è ulteriormente accentuato dai D.lgs. 502/92 e 517/93.

Alle Regioni sono riconosciute esplicitamente le funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute, nonché dei criteri di finanziamento delle USL e delle aziende ospedaliere.

Gli istituti che entrano in gioco in questo contesto sono:

- Consiglio Regionale (potere legislativo)
- Giunta Regionale (potere amministrativo)
- Assessorati (es. Assessorato alla Sanità, Assessorato ai Servizi Sociali ecc.)

2.6 IL LIVELLO LOCALE

Il livello locale, che sarebbe più corretto definire “*livello operativo*” è caratterizzato dalla presenza di organismi deputati alla produzione delle prestazioni socio-sanitarie di prevenzione, cura e riabilitazione. Questi organismi sono le **Unità Sanitarie Locali (USL)**. La rete di USL copre l'intero territorio nazionale però col tempo determinano una rilevante quantità di critiche. Si va dalle accuse di eccessiva politicizzazione, al cattivo uso delle risorse economiche e alla incapacità di fornire prestazioni di buona qualità.

2.6.1 L'Azienda Sanitaria Locale

La novità più grande del D.lgs. 517/1993 è rappresentata dal nuovo stato giuridico dell'Unità Sanitaria Locale (USL): essa ora diventa **Azienda Sanitaria Locale (ASL)**. Con la trasformazione in Azienda si voleva introdurre nelle strutture sanitarie pubbliche le logiche gestionali tipiche del settore privato improntate a responsabilità, autonomia economica e competitività. Infatti l'ASL è dotata di personalità giuridica pubblica, e di totale autonomia: organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.

La sua dimensione è provinciale, ed è articolata in *Distretti Sanitari*.

Compito dell'ASL è garantire i *Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)* nel proprio ambito territoriale, potendo anche assumere la gestione di servizi socio-assistenziali su esplicita delega degli enti locali, con oneri a totale carico degli stessi, personale incluso.

2.6.2 Gli organi dell'ASL

L'ASL ha due organi fondamentali: il *Direttore Generale* ed il *Collegio dei Revisori* (in seguito denominato *Collegio Sindacale*).

Il *Direttore Generale* è coadiuvato da un *Direttore Sanitario*, da un *Direttore Amministrativo*.

Il *Direttore Generale* è prescelto dalla Regione tra i laureati iscritti in un elenco nazionale predisposto dal Ministero della Salute sulla base della verifica dei requisiti professionali; ad esso sono attribuiti la rappresentanza della ASL e tutti i poteri di gestione. Il rapporto di lavoro del Direttore Generale è

a tempo pieno, sulla base di un contratto di diritto privato quinquennale rinnovabile, che può essere risolto in ogni momento per gravi motivi (bilancio in disavanzo, violazione di leggi, ecc.).

Il *Collegio dei Revisori* (da 3 a 5 membri a seconda dell'entità del bilancio) vigila sull'osservanza delle leggi e verifica la tenuta della contabilità.

Direttore Sanitario e *Direttore Amministrativo* sono nominati dal *Direttore Generale*, ed il loro rapporto di lavoro è analogo. Il Direttore Sanitario è un medico con idoneità nazionale ed è responsabile della direzione dei servizi sanitari a fini organizzativi ed igienico-sanitari. Il Direttore Amministrativo è un laureato in discipline giuridiche o economiche e dirige i servizi amministrativi dell'ASL.

I tre Direttori costituiscono il “*livello di governo*” dell’Azienda, indicato spesso con il termine inglese “*governance*”.

2.6.3 Le Aziende Ospedaliere

Mentre la maggioranza degli ospedali rimane incorporata nelle ASL, un limitato numero ne viene scorporato ed eretto in Azienda Ospedaliera (AO), dotata di personalità giuridica pubblica e di totale autonomia: organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.

Per divenire Azienda gli ospedali devono qualificarsi per rilevanza nazionale ed alta specializzazione. Possono diventare Azienda gli ospedali che ospitano il triennio clinico della Facoltà di Medicina (ed entrano quindi di diritto i Policlinici Universitari).

2.7 IL FUNZIONAMENTO

Il D.lgs. 502/1992 stabilisce che gli obiettivi del SSN non sono più fissati per legge, ma demandati ai **Piani Sanitari Nazionali (PSN)** formulati con validità triennale, predisposti dal Governo d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni.

Il PSN deve contenere gli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione, nonché le linee generali di indirizzo del SSN, ed in particolare:

- a) le aree prioritarie di intervento, anche ai fini di una progressiva riduzione delle disuguaglianze sociali e territoriali nei confronti della salute;
- b) i *Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)* da assicurare su tutto il territorio nazionale (i LEA sono le prestazioni e i servizi che il SSN è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in compartecipazione, grazie alle risorse raccolte attraverso il sistema fiscale);
- c) i progetti-obiettivo (PO) da realizzare mediante l'integrazione funzionale ed operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali;
- d) le esigenze in materia di ricerca biomedica e di ricerca sanitaria applicata;
- e) gli indirizzi relativi alla formazione di base del personale;
- f) le misure e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza effettivamente assicurati in rapporto a quelli previsti;
- g) i finanziamenti relativi a ciascun anno di validità del piano.

A loro volta le Regioni sono tenute ad adottare o ad adeguare i propri **Piani Sanitari Regionali (PSR)**, uniformandoli alle indicazioni del PSN.

Da quando la Legge 833/1978 prevede la formulazione triennale dei PSN, il primo che ha visto la luce è stato il *PSN 1994-1996*. Gli obiettivi allora fissati per il 1994-1996 erano i seguenti:

- trasformare la semplice speranza di vita alla nascita, che già, in media, aveva raggiunto in Italia l'obiettivo OMS dei 75 anni, in "*speranza di vita attiva*", riducendo il numero di persone non autosufficienti in età anziana;
- portare la mortalità infantile, già in media sotto il 20 per mille nel Paese, sotto il 20 per mille in ogni regione italiana;
- ridurre la mortalità per tumori maligni di almeno il 15% come chiedeva l'OMS;
- migliorare ulteriormente la riduzione della mortalità per patologie cardiovascolari;
- migliorare e semplificare le procedure d'accesso ai servizi diagnostici, terapeutici ed assistenziali (es. day hospital, etc.)

Il **Piano Attuativo Locale (PAL)** rappresenta l'atto, di durata triennale, con cui le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere programmano, nei limiti delle risorse disponibili, le attività da svolgere nel periodo di vigenza del Piano medesimo.

Il D.lgs. 517/1993 ha inoltre stabilito che presso ogni ASL venga attivato un **Dipartimento di Prevenzione** cui sono attribuite tutte le funzioni di prevenzione (tranne quelle ambientali) e un **Dipartimento di Cure Primarie**.

Il Dipartimento di Prevenzione garantisce la tutela della salute collettiva attraverso gli obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e disabilità, miglioramento della qualità della vita e promuove azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattie di origine ambientale, umana e animale.

Il Dipartimento di Prevenzione dovrà essere suddiviso almeno nei seguenti servizi:

- igiene e sanità pubblica;
- igiene degli alimenti e della nutrizione;
- prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
- attività veterinarie: sanità animale, ecc.

Abbiamo inoltre il **Distretto** che è l'organismo deputato all'organizzazione di tutte le attività di assistenza sanitaria di base. Corrisponde ad un ambito territoriale contenuto all'interno di quello delle ASL.