

GLI ALBORI



Nel maggio del 1796 **Napoleone Bonaparte**, conquistata l'Italia, insediò a Milano l'Amministrazione Generale della Lombardia, entità politico militare di cui facevano parte le più eminenti menti illuministe filo-francesi del capoluogo lombardo, tra cui Francesco Melzi d'Eril, successivamente nominato vicepresidente della Repubblica Italiana, creata nel 1802, con a capo lo stesso Napoleone.

L'amministrazione ospedaliera lombarda fu sottratta al controllo delle municipalità e affidata a funzionari nominati dal ministro dell'interno su proposta dei prefetti, realizzando in tal modo un'integrale pubblicizzazione.

1 L'amministrazione di tutti gli ospedali, orfanotrofi, luoghi pii, lasciti e fondi di pubblica beneficenza fu riunita in una sola amministrazione: la Congregazione di Carità, presieduta dal prefetto.

La Restaurazione (congresso di Vienna 1814/15) non rimosse nel campo della sanità pubblica la sostanziale ispirazione francese.

UNITA' D'ITALIA



Con l'unificazione nel 1861 si ha la “**Legge per l'unificazione amministrativa del Regno d'Italia**” del 20 marzo 1865 n. 2248 che porta all'approvazione della prima “**Legge sulla Sanità Pubblica**” (allegato C) affidata al Ministro dell'interno e subordinatamente ai prefetti, ai sotto-prefetti ed ai sindaci.

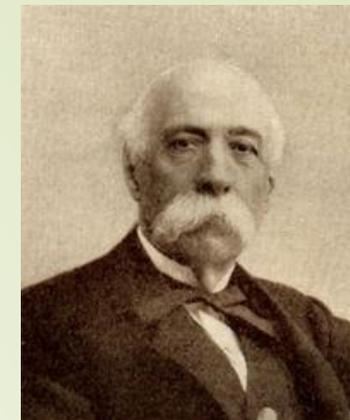
COMPETENZE MINISTERIALI : revisione dei regolamenti comunali d'igiene pubblica, prescrizione di cautele sanitarie speciali, provvedimenti di interesse generale.

2

COMPETENZE PREFETTIZIE: vigilanza sulla salute pubblica, provvedimenti d'urgenza, compilazione del rapporto statistico periodico, sorveglianza del servizio medico e farmaceutico, degli stabilimenti sanitari e delle quarantene.

COMPETENZE DEI SINDACI: tutela preventiva della sanità pubblica, disciplina igienica applicata alle case d'abitazione, alle case rurali, alle stalle, ai servizi idro-sanitari, ai presidi sanitari, penitenziari e caritativi, agli alimenti e ai cimiteri.

RIFORMA CRISPI



La legge organica 22 dicembre 1888 n. 5849 sulla “**tutela dell'igiene e della sanità pubblica**” è condensata in 6 titoli e 71 articoli. Le novità essenziali:

- al Ministro, ai prefetti e ai sindaci, - quali autorità di governo - ai corrispondenti livelli territoriali si affiancano per le **funzioni tecnico consultive** il Consiglio superiore di sanità e i consigli provinciali, circondariali e municipali sanitari;
- si prevede la figura del **medico provinciale** e circondariale, dell'ufficiale sanitario comunale. Al **medico provinciale** sono attribuiti, non soltanto funzioni di consulenza tecnica, ma anche uno **status di pubblico ufficiale per la vigilanza** sui servizi e sul personale sanitario dei comuni, sugli istituti sanitari della provincia, sull'esecuzione delle leggi ed il rispetto dei regolamenti ed ogni qualsiasi intervento urgente.

3

La legge 17 luglio 1890, n. 6972 regola le preesistenti opere pie, qualificandole come **Istituzioni pubbliche di beneficenza (IPAB)**, a circoscrizione comunale, col fine di «**prestare assistenza ai poveri, tanto in stato di sanità quanto di malattia**»; erano obbligate ad erogare il domicilio di soccorso ai poveri residenti da almeno cinque anni nei comuni .

L'ASSISTENZA SANITARIA FRA '800 E FASCISMO - LE SOCIETA' OPERAIE DI MUTUO SOCCORSO



In una fase storica caratterizzata, da una generale assenza di protezioni sociali, chi poteva permetterselo pagava per avere un'assistenza adeguata, per i più poveri non restava altro che affidarsi alle **Opere Pie e alla beneficenza**. I lavoratori salariati iniziarono così ad associarsi e a mettere in comune risorse per assicurarsi dai rischi dell'esistenza (disoccupazione, malattia, infortunio, vecchiaia, ecc.) generando un esteso e capillare tessuto di società mutualistiche: un vero e proprio welfare dal basso.

4

Le **società operaie di mutuo soccorso** diedero una prima risposta basata sulla **solidarietà reciproca** e sull'**auto-organizzazione**. Il socio versava al sodalizio una modica quota mensile che garantiva a lui e alla famiglia sussidi in caso di malattia, di invalidità o di morte e, a volte, altri tipi di aiuto (prestiti, aiuti per l'educazione, per la nascita di figli, ecc.).

Il 5 settembre 1900 nasce la *Federazione italiana delle società di mutuo soccorso*, in seguito sciolta nel periodo fascista insieme alle SOMS.

PERIODO FASCISTA



Dalla «carta del lavoro» del 21 aprile 1927 (approvata dal gran consiglio fascista) discendono i principali contratti collettivi di assicurazione obbligatoria (INAIL, INPS, ENPAS, INAM). Prestazioni sanitarie condizionate al verificarsi dell'evento malattia.

Col regio decreto n°1631 del 1938 nascono gli «**enti ospedalieri**», come sono definiti gli enti pubblici da cui dipendono ospedali. Gli ospedali sono classificati come «ospedali generali» (per acuti, convalescenti e cronici) e Ospedali speciali (tubercolosi, infettivi, psichiatrici, etc).

5

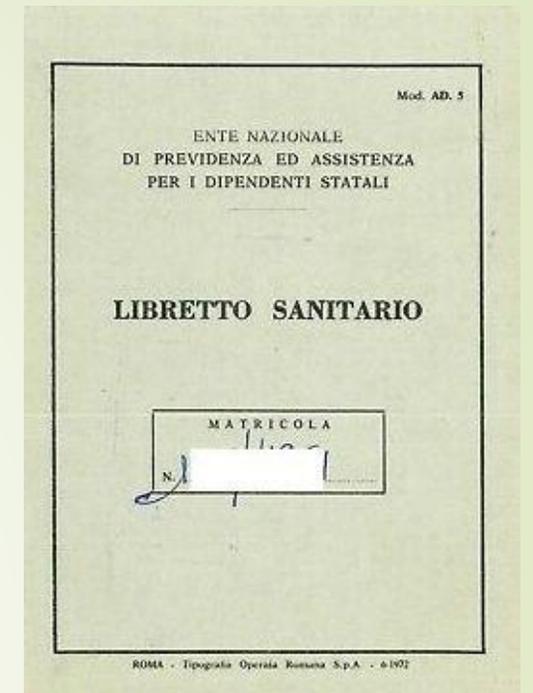
Il fascismo riportò le associazioni di mutuo soccorso sotto il rigido controllo dello stato e del regime. L'idea era di farle confluire all'interno di alcuni macro-enti. L'ultimo tentativo di portare a termine questo compito avvenne nel 1943, quando si cercò di accorpate il fitto reticolo di casse, istituti ed enti di assicurazione sanitaria nell'Ente Mutualità Fascista – Istituto per l'Assistenza di Malattia ai Lavoratori. Le cosiddette mutue.



LA CARTA COSTITUZIONALE

Art. 32: “ la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”.

ANNI '50 – '70: SERVIZI SANITARI DISOMOGENEI



La sanità impostata col sistema degli enti mutualistici (INAM, INADEL, ENPAS, INPS-sanatori) comportava una **copertura parziale della popolazione** (lavoratori e familiari a carico) e forti sperequazioni tra i beneficiari in quanto le quote contributive versate alle assicurazione variavano in base al tipo di lavoro svolto ed in questo modo si aveva accesso a diversi livelli qualitativi di assistenza.

7

Uno dei paradossi che si veniva a creare era che i soggetti più vulnerabili e maggiormente esposti a malattie e rischi sociali, come **disoccupati e lavoratori a basso reddito (ed i loro familiari)**, avevano possibilità ridotte di accedere a cure ed assistenza adeguate.

La **legge 296 del 13 marzo 1958** istituisce il **Ministero della Sanità** che assorbe le competenze dell'Alto Commissariato e delle altre amministrazioni centrali preposte alla sanità pubblica. È coadiuvato nelle proprie funzioni dal Consiglio superiore di sanità, organo consultivo, e dall'Istituto superiore di sanità, organo tecnico-scientifico.

Trasferimento delle competenze agli enti territoriali



Legge 12 febbraio 1968, n. 132 (cosiddetta "legge Mariotti", dal nome del Ministro [Luigi Mariotti](#)), riforma del sistema degli ospedali, fino ad allora per lo più gestiti da istituti di assistenza e beneficenza, trasformandoli in enti pubblici ("**enti ospedalieri**"); disciplina dell'organizzazione, classificazione in categorie, funzioni nell'ambito della **programmazione nazionale e regionale** ed il finanziamento.

legge 17 agosto 1974, n. 386: estinse i debiti accumulati dagli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, sciolse i consigli d'amministrazione dei primi e ne dispose il commissariamento, trasferendo i compiti in materia di assistenza ospedaliera alle [Regioni](#)

DPR 4 del 1972 - Trasferimento alle regioni delle funzioni amministrative statali in materia di assistenza.

8 **Legge n°349 del 1977**

- trasferisce funzioni enti mutualistici **alle regioni**; liquidazione enti mutualistici;
- nascono le SAUB strutture amministrative unificate di base;
- diritto all'assistenza sanitaria gratuita;
- scelta del medico di fiducia;
- pagamento del medico di base:
- non più notule (più visite più compensi, come i «medici della mutua»).

1978: nasce il Servizio Sanitario Nazionale



In Europa due sono i modelli sanitari che i vari Paesi hanno seguito: quello Bismark fondato sulle assicurazioni sociali obbligatorie, come stabilito per la prima volta in Germania nel 1883, e il **modello britannico** basato sul rapporto Beveridge - da Sir William Beveridge economista di area liberale - voluto da Winston Churchill nel 1942. È da questo rapporto che discende l'istituzione del servizio sanitario inglese, **aperto a tutti, da cui prenderà spunto anche quello italiano.**

9 A battersi per questa riforma è **il Ministro della Sanità, Tina Anselmi**, una delle personalità di maggior spicco dell'Italia democratica.

La legge istitutiva è la **n. 833 del 23 dicembre 1978.**

Vedi qui il servizio RAI con **intervista a Tina Anselmi** – [clicca qui](#).



I PRINCIPI CARDINE DELLE LEGGE 833/1978

- **Copertura universale:** estensione a tutti i cittadini dell'assistenza sanitaria.
- Impossibilità di rinunciare alla tutela sanitaria.
- Obbligo di finanziamento in base alle possibilità (**fiscalità generale**).
- Diritto a ricevere i **servizi in base alle proprie esigenze**.
- **Omogeneità del grado di copertura** dei cittadini sul territorio nazionale.

Principio di universalità: secondo con cui vengono garantite prestazioni sanitarie a tutti senza distinzione di condizioni individuali, sociali e di reddito;

10

Principio di uguaglianza: secondo cui tutti hanno diritto alle medesime prestazioni a parità di bisogno;

Principio di globalità: secondo cui non viene presa in considerazione la malattia ma in generale **la persona**; ciò implica un collegamento di tutti i servizi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione.



Organizzazione e finanziamento originari del SSN

Sotto il profilo **tecnico**:

- unificazione degli enti mutualistici ed istituzione delle USL: ambito territoriale 50.000-200.000 abitanti.

Sotto il profilo **politico**:

- Introduzione del principio di **equità** (erogazione delle prestazioni senza distinzioni); **organo di governo delle USL** è il comitato di gestione, organo di base dell'USL era l'Assemblea generale costituita dal **consiglio comunale**.

11

Sotto il profilo **economico**:

- istituzione del **Fondo Sanitario Nazionale** per razionalizzare la spesa sanitaria mediante l'introduzione della programmazione.



I problemi organizzativi derivanti dalla prima riforma SSN

L'impianto del SSN delineato dalla legge 833 aveva diversi punti critici: scarsa efficienza organizzativa, mancanza di responsabilizzazione, modello organizzativo inadeguato:

- scadenze fissate con scarso realismo;
- impossibilità di determinare la spesa in assenza di programmazione;
- carenza di strumenti di controllo della spesa;
- gestione clientelare delle USL;
- mancanza di valutazione (indicatori di qualità).

12

Si resero necessarie leggi di riordino che cambiassero l'organizzazione del SSN senza metterne in discussione i principi.



I decreti legislativi n. 502/1992 e n. 517/1993

- **Regionalizzazione:** le Regioni hanno **piena responsabilità finanziaria** delle risorse assegnate dal Governo, eventuali scostamenti devono essere ripianati con fondi regionali
- **Aziendalizzazione:** le USL si costituiscono in **aziende (ASL)** e i grandi ospedali si rendono autonomi dalle USL e si trasformano in Aziende ospedaliere (autonomia imprenditoriale)
- I poteri di gestione (ASL, Azienda ospedaliera) sono riservati al **direttore generale** che deve assicurare la parità di bilancio
- **finanziamento** delle ASL avviene per quota capitaria pesata e quello delle aziende Ospedaliere per tariffa a prestazione;
- **introduzione dell'accreditamento** con un'apertura alla «libera concorrenza tra strutture pubbliche o **private**»;
- introduzione del concetto di **Livelli Essenziali e uniformi di Assistenza.**

La riforma 2001 del titolo V della Costituzione

Legge Costituzionale 18 ottobre 2001 n.3



«spetta alle regioni la potestà
legislativa
in campo di tutela della salute»

14

La modifica del titolo V della Costituzione sancisce la piena autonomia delle Regioni nell'organizzazione e nella gestione della sanità.



I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Costituiscono la novità più significativa della legislazione degli anni '90. Hanno acquisito dignità costituzionale con la riforma del Titolo V (competenza legislativa esclusiva dello Stato nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni da garantirsi su tutto il territorio nazionale).

I LEA sono, in sostanza, l'elenco ufficiale delle prestazioni essenziali sanitarie cui ha diritto ciascun cittadino italiano. Vedi da ultimo il **decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017** – [clicca qui](#).

15

Sancito l'obbligo di aggiornamento dei LEA, da attivare in seguito all'esame della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA, su proposta del Ministero della Salute di concerto col MEF e d'intesa con la Conferenza Stato – Regioni.

Grazie per l'attenzione.
Giuseppe Beato