

Il diritto alla salute nella storia e nei sistemi sanitari

Cenni storici

MISURE PER LA SALVAGUARDIA DELLE CONDIZIONI

IGIENICO SANITARIE : epoca romana

acqua: risanamento di zone paludose insalubri e con malaria mediante la costruzione di canali di drenaggio, sorveglianza dello smaltimento delle acque di rifiuto, costruzione di acquedotti e loro sorveglianza perché non vengano inficiati con immondizie, costruzione di terme pubbliche

esercizio fisico-educazione fisica impartita nei ginnasi e palestre allo scopo di irrobustire la gioventù e dare alla patria dei cittadini e dei soldati sani

Igiene mortuaria: I cadaveri sono bruciati e le ceneri riposte in urne e depositate in tombe comuni o famigliari. I poveri, avanzi del circo, schiavi sono gettati in fosse comuni a cielo aperto. Con il cristianesimo inizia l'uso di seppellire i defunti. Sia la cremazione sia la sepoltura dei cadaveri (inumazione) deve avvenire fuori della città. L'inumazione avviene chiudendo il defunto in una bara di marmo o di metallo.

Igiene alimentare. Sorveglianza sui generi alimentari particolarmente grano e carni. Controllo di qualità sui prodotti in vendita nei mercati

Norme igieniche. Leggi regolavano la nettezza urbana, le fognature, lo svuotamento dei pozzi neri, la manutenzione delle strade,...

Non ci sono veri e propri ospedali ma

- “valetudinaria” , infermerie private dove i patrizi curano famigliari e schiavi,
- “medicatrinae” vicine ai templi di Esculapio dove i malati sono tenuti in osservazione e cura dai medici e loro discepoli.

Medioevo

Con al caduta dell'impero romano e l'entrata in crisi della struttura legislativa dello Stato romano è la Chiesa cattolica che rappresenta struttura che si fa carico di problemi come l'istruzione e l'**assistenza**.

Situazione sanitaria: le pestilenze. Con questa parola si indicava qualsiasi malattia epidemica rapidamente diffusibile anche per cause diverse dal contagio vero e proprio.

Dal XII secolo in Europa c'era una pestilenza ogni 10-15 anni.

L'epidemia di peste bubbonica dal 1347 al 1350 causò 43 milioni di morti in Europa.

Oltre alla peste c'erano poi la lebbra, il colera, la malaria, il vaiolo, lo scorbuto,....

Di qui la necessità di separare i malati dal resto della comunità

Misure: allontanamento ed espulsione dalle città dei malati, i morti devono essere seppelliti fuori dalla città, sono impediti i funerali (inteso come accompagnamento al funerale), case e suppellettili dei malati devono essere bruciati, c'è obbligo di denuncia della malattia, le persone che hanno assistito i malati devono rimanere fuori dalla città per 10 giorni.

Vengono accesi fuochi in cui vengono gettati unguenti, resine, erbe aromatiche allo scopo di depurare l'aria dai miasmi che diffondono il male.

Le navi che provengono da paesi sospetti devono rimanere fuori dal porto per almeno 40 giorni (da qui "quarantena").

In Italia nel Medioevo così come nel periodo feudale e poi dei Comuni e delle Signorie si erano consolidate una serie di norme disciplinanti materie proprie dell'igiene pubblica :

- ⇒ disposizioni concernenti fiere e mercati,
- ⇒ trasporti e commercio di derrate,
- ⇒ canalizzazione e deflusso di acque sporche,
- ⇒ bonifica delle terre paludose,
- ⇒ costruzione di impianti fognari e acquedotti,
- ⇒ pulizia delle piazze

Tali disposizioni assolvevano comunque più ad esigenze di prelievo fiscale piuttosto che a motivazioni sanitarie.

Il potere civile non si occupa delle esigenze sanitarie e quando se ne occupa è solo per necessità produttivistiche.

Con il Cristianesimo nasce la pratica dell'**assistenza** caritativa agli ammalati ed ai poveri.

Nei primi secoli dell'anno mille sono gli Ordini e le Congregazioni religiose che creano e gestiscono strutture di ricovero per anziani, derelitti e malati di malattie gravi e croniche, mentecatti, strutture di asilo per viandanti e lazzaretti per malati durante le epidemie. Talora anche le Corporazioni di arti e mestieri cominciano a costituire e gestire strutture di accoglienza simili.

Gli "HOSPES" sono *strutture di ricovero, ospitalità*, tenuti da Congregazioni religiose e Ordini

In particolare si chiamavano:

- ↳ “xenodochia” quelli riservati agli stranieri,
- ↳ “ptochia” quelli riservati ai poveri,
- ↳ “gerontocomi” quelli riservati agli anziani,
- ↳ “brefotrofi” quelli in cui si curavano i bambini,
- ↳ “orfanotrofi” quelli che accoglievano i bambini che avevano perso i genitori.

Tutti gli **ospedali** erano nati come **OPERE PIE** da donazioni di benefattori che lasciavano il loro patrimonio per la costituzione dell'ospedale oppure per il mantenimento dell'attività assistenziale.

Le Opere Pie potevano quindi contare su rendite derivate dal proprio patrimonio fondiario per coprire le spese in carenza di finanziamenti pubblici.

Godevano di ampia autonomia di gestione.

Il primo ospedale in Italia diretto da associazioni religiose dette Ordini Ospedalieri è fatto costruire da Papa Innocenzo III nel 1201 a Roma.
A questo seguirono gli ospedali di Pistoia e di Firenze e quindi tutti gli altri distribuiti nella penisola.

Solo intorno al 1400 avviene per la prima volta l'istituzione di luoghi di ricovero a spese dello stato e di donazioni private allo scopo di isolare i malati di peste. Questi luoghi sono chiamati "lazzaretti". Il nome deriva dal primo lazzeretto costituito a Venezia sull'isola di S. Maria di Nazareth dove l'ordine di S. Agostino ha edificato un monastero. Rapidamente in altre città sono edificati lazzeretti seguendo particolari norme: distanza dal centro abitato per impedire il contagio tramite fossati, acqua di mare, fiume,...

Dato comune di quest'epoca comunque , in Italia come in Europa, è che la salute non è un diritto o un bene da tutelare né un valore sociale ed economico che lo Stato si impegna a tutelare o di cui si fa carico, almeno per alcuni aspetti.

Solo in caso di comprovata e pubblica indigenza i municipi e le congregazioni caritatevoli intervengono.

La **salute è ancora una condizione personale** e tutelarla è un'iniziativa privata.

La cura della malattia culturalmente assolve ad esigenze di ordine pubblico interno e non di sanità pubblica. Infatti una malattia endemica crea nella popolazione fattori di rischio ai fini della quiete pubblica.

Tutto quanto sopra è rappresentato in Italia anche da un fatto: dal 1865 fino al 1958 in Italia il Responsabile politico dell'Igiene e sanità pubblica è il **Ministro dell'Interno** (non il Ministro della Sanità).

fino a tutto il '700

SALUTE= un fatto personale, privato a cui provvedere a propria cura e spese.

= assenza di malattia

La cura è diretta alla malattia senza occuparsi di quello che stà prima e dopo questo stato

La salute, la sanità e l'igiene pubblica sono estranei all'organizzazione sociale.

Nell' '800 si verificano importanti trasformazioni sociali, culturali e politiche ed inizia a cambiare qualcosa.....

INGHILTERRA

rivoluzione industriale

Negli anni '30-'40 in città come LEEDS , LIVERPOOL,...

la speranza di vita alla nascita da 15 aa a 26 aa (classi sociali più basse)

Principali malattie : malnutrizione, TBC, febbre tifoide

urbanizzazione non pianificata, sovraffollamento

Sir. E. Chadwick-”le condizioni insalubri delle città provocano malattie biologiche e sociali, degrado psicologico, vizi e spingono alla rivoluzione. Il dono pubblico di ambienti salubri rende il proletariato felice, sano e soprattutto produttivo e docile”.

Attua pertanto

- programma di risanamento delle città inglesi
- Legge di istituzione del Servizio Nazionale di sanità pubblica inglese (*public health act*) nel 1848

FRANCIA-rivoluzione francese: 1789-Dichiarazione dei diritti dell'uomo e del cittadino"-“nasce la consapevolezza che la salute non è solo un bene del singolo ma della società, del singolo che è costitutivo del tessuto sociale..”

Epoca napoleonica-“epoca d'oro della vaccinazione” **ITALIA-Repubblica Cisalpina:** sono promosse campagne vaccinali con vaccino antivaaioloso coprendo in nove anni (1800-1809) circa 1,5 ml di persone**Periodo della Restaurazione:** vengono soppresse le vaccinazioni (1815-1830)

FRANCIA-Seconda Repubblica: la Costituzione recita che “La Repubblica deve assicurare l'assistenza dei cittadini in stato di necessità sia dando risorse sia aiutando chi non può più lavorare”.

Nella metà dell'800 la Francia diventa punto di riferimento per le politiche sociali che comunque si limitavano a un contributo statale alle organizzazioni previdenziali volontarie esistenti.

GERMANIA-

lo sviluppo dell'industrializzazione determina l'ingigantirsi della questione sociale.

1883. Viene istituita per gli operai l'assicurazione obbligatoria contro le malattie (casche alimentate per 2/3 dagli operai e 1/3 dagli imprenditori).

L'operaio malato ha diritto in caso di malattia a un'indennità per le prime 13 settimane. Chi non risulta iscritto a nessuna cassa viene iscritto d'ufficio all'Assicurazione Comunale.

1885- assicurazione contro gli infortuni sul lavoro a totale carico del datore di lavoro. L'inabilità viene tutelata con i 2/3 dello stipendio e in caso di morte la vedova riceve il 60% dello stipendio.

1889- legge per la tutela della vecchiaia e invalidità (chi ha una retribuzione inferiore ad un certo valore è obbligato ad assicurarsi (casche alimentate da contributi degli operai, degli imprenditori e dello stato)

GERMANIA-

Questo schema delle assicurazioni obbligatorio è finanziato in base al criterio della capitalizzazione dei contributi versati.

Queste leggi per *le assicurazioni obbligatorie coprono solo lavoratori industriali* (esclusione dei lavoratori domestici e agricoli).

Nel 1895 ancora solo la metà dei lavoratori è coperta da assicurazione

SOCIETA' MUTUO SOCCORSO-friendly societies

(Mutualità volontaria solidale)

Inghilterra-nascono dalla metà del '700 come piccole associazioni dove i soci versando contributi ricevevano visite mediche gratuite e sussidi in caso di malattia. Lo stato incoraggia questa forma di mutualità volontaria.

Francia-ottengono il riconoscimento giuridico nel 1870 e crescono in concomitanza con il processo di industrializzazione.

Germania-come mutualismo solidale nascono a metà dell'800 le casse sociali di credito per i lavoratori rurali.

Italia-nascono nel 1844 a Pinerolo diffondendosi poi in altre regioni (Piemonte, Lombardia, Emilia, Toscana) . Hanno il riconoscimento giuridico nel 1886.

Inizio '900-la mutualità volontaria ha un declino per :

- Esigua % di popolazione coperta
- Insostenibilità finanziaria per
 - Allungamento della vita che richiede un'assistenza per malattia e vecchiaia per troppe persone e per troppi anni (aumento delle malattie croniche)
 - Sconfitta delle malattie infettive mortali (tifo, colera, setticemia) causa di epidemie (*scoperte scientifiche in campo microbiologico+ misure di controllo*)

Inizio '900-

l'organizzazione sanitaria in tutti i paesi rafforza le strutture di sanità pubblica deputate al controllo delle malattie infettive e parassitarie mentre la componente assistenziale mantiene grossi problemi per differenze di censo e quindi con conseguenze di ineguaglianza nell'accesso ai servizi.

Il modello tedesco (modello Bismark) delle “assicurazioni obbligatorie” rivolte a determinate categorie di lavoratori viene adottato nei principali paesi europei, dove vengono attivate le assicurazioni degli infortuni sul lavoro, sulla malattia e maternità, invalidità e vecchiaia, disoccupazione.

In alcuni paesi accanto alla copertura assicurativa dei lavoratori vengono introdotti elementi universalistici negli schemi assicurativi come la copertura dell'assicurazione malattie ai familiari del lavoratore o schemi pensionistici rivolti a tutti gli anziani (Gran Bretagna, Nuova Zelanda, Svezia, Danimarca, Norvegia, Finlandia).

Lo “stato sociale” comincia a perdere il carattere “particolaristico” (volto alla protezione di determinate categorie di lavoratori) e comincia ad occuparsi di settori crescenti della popolazione.

Crisi del 1929-ha effetti sulle economie di Europa e Stati Uniti e mette in crisi il sistema di copertura mutualistico.

In **USA** F. D. Roosevelt è artefice di una legge per la “social security” (1935) ovvero per la copertura assicurativa sulla vecchiaia, dell’assistenza agli anziani, dell’indennità di disoccupazione, dell’assistenza ai figli a carico, dell’assistenza ai ciechi, dell’assicurazione di invalidità.

Non si riesce ad introdurre nelle legge provvedimenti nel campo dell’assistenza sanitaria per forti opposizioni.

In **Nuova Zelanda** nel 1938 oltre ad una “social security act” viene istituito un “national health service” finanziato con il prelievo fiscale e rivolto a tutta la popolazione.

Dichiarazione universale dei diritti umani (1948- Nazioni Unite):” Ogni persona ha diritto ad un adeguato livello di vita che assicuri a lui e alla sua famiglia la salute ed il benessere, inclusi il cibo, il vestiario, l’abitazione, l’assistenza medica e i servizi sociali necessari e il diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, disabilità, vedovanza e vecchiaia”.

1949- Organizzazione mondiale della Sanità: “La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente un’assenza di malattia o infermità”

Cambia il concetto di salute che diventa un “diritto universale” **e di assistenza sanitaria** che diventa “un servizio omnicomprensivo volto a garantire il miglioramento della salute fisica e psichica delle persone attraverso gli interventi di prevenzione, diagnosi e cura delle malattie”.

Inghilterra –1948 nasce il Servizio Sanitario Nazionale (National health service-N.h.s.) con una profonda riforma delle istituzioni e organizzazioni deputate ad erogare assistenza sanitaria. Tutti gli ospedali (sia privati no profit sia municipali nonché i medici di famiglia) passarono sotto la gestione ed il controllo dello Stato. Vengono costituiti Comitati locali di sanità con il compito anche di nominare medici che si occupano esclusivamente di sanità pubblica.

I principi su cui si basa il SSN sono:

1.*Universalità* sia come accessibilità sia come omnicomprensibilità delle prestazioni

2.*Finanziamento* attraverso la fiscalità generale con contribuzione in base alle possibilità e utilizzo dei servizi in base al bisogno

3.*Gratuità* delle prestazioni

Il sistema sanitario inglese si caratterizza per il forte centralismo (modello Beveridge) con forte potere in mano al Ministero della Sanità.

In **Europa** si sviluppano sistemi sanitari orientati in senso universalistico basati su due modelli:

- **Modello britannico (Beveridge)**-in Italia, Spagna, Portogallo, Grecia. E' un modello universalistico . Tutti hanno diritto all'accesso ai servizi indipendentemente dal reddito o dall'appartenenza ad una categoria. Il finanziamento avviene attraverso la tassazione generale, il controllo è solo pubblico.
- **Modello tedesco (Bismark)**-in Germania, Francia, Svizzera, Austria, Belgio, Olanda, Lussemburgo. Si basa su tre componenti:
 1. I fondi assicurativi, suddivisi per categoria occupazionale, servono per compensare l'erogazione di assistenza in caso di malattia
 2. Produttori di servizi (medici, servizi territoriali e ospedali)
 3. Lo stato che figura come il regolatore del sistema; definisce i livelli contributivi, assicura la copertura assistenziale per i non iscritti nei fondi occupazionali, stabilisce i livelli di reddito oltre i quali non è più obbligatoria l'iscrizione ad un fondo (ricorso ad assicurazioni private)

USA-non si è mai realizzata una vera riforma sanitaria.

Nel ***secondo dopoguerra*** si verifica un boom di assicurazioni sanitarie commerciali. Il sistema assicurativo funziona con il pagamento diretto delle prestazioni e rimborso da parte dell'assicurazione.

Le imprese concedono ai dipendenti come benefit l'assicurazione malattia che è deducibile dalle tasse.

Il sistema assicurativo però che copre solo i lavoratori ma tiene fuori i disoccupati, i disabili, gli anziani.

Nel **1965** viene istituito il Medicaid programma di assistenza per i poveri ed il Medicare-programma di assistenza per gli anziani (oltre i 65 aa). Sono strumenti di protezione sostenuti con fondi pubblici.

Anni 70-80-

Negli **USA** si verifica una forte crescita dei costi sanitari. Le imprese che offrono insieme al contratto di lavoro la copertura assicurativa (benefit) si trovano nelle condizioni di non riuscire a sostenerne i costi. Si sviluppano e prendono piede le **H.M.O.** (health maintenance organisation) ovvero organizzazioni che offrono prestazioni ambulatoriali, specialistiche e ospedaliere a fronte di una quota fissa pre-pagata annualmente (inferiore alle tariffe praticate dalle assicurazioni tradizionali) con il limite del numero limitato di medici e strutture specialistiche e ospedaliere convenzionate.

Negli **anni '90** si sviluppa una nuova formula di assicurazione privata, la **“Medical saving account” (M.s.a)**, che consta un piano assicurativo+ una assicurazione accessoria per i rischi catastrofici. L'assicurato versa una quota fissa annuale in un conto vincolato per le spese sanitarie. In caso di bisogno le prestazioni necessarie sono pagate attingendo dal conto. Esaurito il conto interviene l'assicurazione per i rischi catastrofici.

L'amministrazione Bush ha sostenuto questa formula rendendo la quota annuale e gli interessi del conto deducibili dalle tasse e ha stabilito che quanto del conto non è speso possa essere utilizzato come fondo pensione.

Quella delle assicurazioni M.s.a. è una formula per le persone giovani e sane .

E' una formula che ha avuto molto successo determinando una riduzione importante delle iscrizioni alle assicurazioni convenzionali da parte dei lavoratori e conseguentemente un aumento dei loro costi.

L'aumento dei costi delle assicurazioni tradizionali determina una minore accessibilità da parte delle famiglie e una minore offerta da parte delle imprese di un contratto di lavoro insieme al benefit della copertura assicurativa.

Di conseguenza aumentano le persone che in USA non sono iscritte a nessuna assicurazione.

1978-Conferenza internazionale sull'assistenza sanitaria ad **ALMA ATA** promossa dal O.M.S. e UNICEF

*“la salute , come benessere fisico, mentale e sociale e non solo come assenza di malattia o infermità , è un DIRITTO fondamentale dell'uomo e l'accesso ad un livello più alto di salute è un *obiettivo sociale* estremamente importante, di interesse mondiale e presuppone la *partecipazione di numerosi settori socio-economici* oltre che di quelli *sanitari*”.*

Crisi petrolifera degli anni '70 –'80

Ha effetti negativi sull'economia mondiale.

(*Banca Mondiale-1987*)- Le indicazioni per il risanamento (structural adjustment) delle economie dei paesi più poveri sono:

- i tagli nei consumi e nella spesa pubblica, (compresa la sanità) per ridurre l'inflazione ed il debito pubblico
- la privatizzazione in tutti i settori
- il decentramento

quindi in tema di politica sanitaria

- 1.Introduzione nelle strutture sanitarie pubbliche forme di partecipazione alla spesa (user fees) da parte degli utenti
- 2.promozione di sistemi assicurativi privati
- 3.Privatizzazione dei servizi sanitari e introduzione del “mercato”
- 4.Decentralizzazione del governo della sanità

Rapporto Banca Mondiale 1993. "Investing in health"

- Investire in salute
- Definizione e stima economica del pacchetto di servizi clinici essenziali e di interventi di sanità pubblica che i Governi dovrebbero assicurare a tutta la popolazione (14 dollari pro capite a pacchetto).
- Introduzione di un indicatore per misurare lo stato di salute della popolazione-**disability adjusted life years**-che misura il carico di malattia di una comunità attraverso due indicatori:
 - ✓ Perdite dovute a morte prematura
 - ✓ Perdite di vita sana dovute a disabilità

La sua funzione sarebbe quella di misurare il costo degli interventi per la prevenzione e/o la cura delle malattie quindi quella di uno strumento di valutazione per l'allocazione delle risorse e la definizione delle priorità.

Conseguenze :

- Diminuisce la quota del PIL destinata alla spesa sanitaria e ancora di più la quota pubblica di questa spesa nei paesi poveri
- Privatizzazione all'interno delle strutture pubbliche
- Aggravamento delle condizioni di vita e di salute nei paesi più poveri
 - Malattie non trattate
 - Ridotto accesso ai servizi
 - Impoverimento a lungo termine (le spese sanitarie producono indebitamento, rinuncia ad altre spese vitali, sono inaspettate e la loro entità è imprevedibile fino alla fine del trattamento)
- Diffusione di riforme dei sistemi sanitari basate sul mercato in tutto il mondo (anche in Paesi con sistemi universalistici)

L'introduzione del “mercato” in sanità ha impattato sui sistemi universalistici europei (Gran Bretagna, Italia, Spagna,..). Le regole di mercato, introducendo privatizzazione e competizione, portano a maggiore efficienza del sistema.

In Inghilterra Margaret Thatcher nel 1987 ha tentato di sostituire il finanziamento statale del sistema sanitario con le assicurazioni private ma la manovra non è riuscita per una forte opposizione.

Le riforme sanitarie che vediamo in Europa non modificano tanto il sistema di finanziamento che rimane comunque sempre nelle mani dello Stato, ma modificano gli assetti istituzionali, organizzativi e gestionali.

Si separa il finanziamento e la programmazione dalla gestione ed erogazione dei servizi.

Viene introdotto il sistema contrattuale fra committenti e produttori.

La separazione fra committenti e produttori diventa costituzionale di tutti i Sistemi sanitari europei e risponde all'esigenza di ridurre le inefficienze.

PRINCIPALE LEGISLAZIONE SANITARIA IN ITALIA

In Italia i primi provvedimenti legislativi in tema sanità sono assunti dallo Stato Unitario nella **seconda metà del 1800**.

Legge 17 luglio 1890- Legge Crispi

Le Opere Pie che nascono dalla tradizione caritativa della Chiesa Cattolica per l'assistenza sanitaria o meno dei poveri, infermi, infanzia abbandonata, vengono trasformate in ISTITUZIONI PUBBLICHE DI ASSISTENZA E BENEFICENZA (IPAB), ovvero vengono inserite nella pubblica amministrazione, sono regolamentate e sottoposte a controllo sia la funzione assistenziale sia i patrimoni accumulati nei secoli da parte del Ministero dell'Interno (a livello provinciale tramite il Prefetto). Sono dettate disposizioni circa gli amministratori e amministrazioni, la contabilità la vigilanza governativa

Tutti gli ospedali esistenti sul territorio diventano così IPAB

La Legge interviene sull'organizzazione e gestione.

E' il primo tentativo di "laicizzare" il settore sanità.

La beneficenza pubblica poteva essere:

- Legale- faceva capo allo Stato, Province e Comuni e doveva finanziarsi con i tributi a favore dei poveri
- Istituzionale- faceva capo agli Enti che la praticavano ed è l'effetto di atti di liberalità spontanea

.

La prima forma di previdenza è rappresentata dalle **Casse Malattia** costituite dalle Corporazioni con i contributi degli associati

Seguono le “**società di mutuo soccorso**” (mutualità volontaria) su base comunale, sindacale e aziendale in modo libero e volontario.

Non esiste un intervento statale.

Nel **1886 con la Legge 3818** le Mutue, ottengono la personalità giuridica e vengono regolate come società civili.

Le Mutue

Sono associazioni che in cambio di una contribuzione assicurano ai loro iscritti ed ai loro familiari forme assistenziali e previdenziali in base alle disponibilità economiche delle stesse.

Le Mutue sono finanziate dai contributi dei lavoratori e dei datori di lavoro nella misura determinata dal contratto collettivo di lavoro. L'assistenza sanitaria diventa oggetto di trattative e accordi al momento della stipula di contratti di lavoro.

L'entità dei contributi varia in rapporto alla categoria di lavoratori

Sviluppo del **sistema mutualistico per lavoratori dipendenti** dell'industria, aziende agricole, aziende commerciali, aziende di credito, ... = **INAM** (istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie)

Garantiva assistenza sanitaria generica, domiciliare ed ambulatoriale, assistenza farmaceutica, assistenza ospedaliera, assistenza ostetrica, assistenza pediatrica assistenze integrative.

L'Istituto, in caso di malattia superiore a tre gg, erogava indennità economica.

Per garantire la copertura dei rischi di malattia dei dipendenti pubblici, oltre l'INAM, furono istituiti anche:

ENPDEDP- ente nazionale previdenza dipendenti da enti di diritto pubblico

ENPAS-ente nazionale previdenza ed assistenza per dipendenti statali

INADEL-istituto nazionale assistenza per dipendenti da enti locali

ENPALS-ente nazionale previdenza ed assistenza lavoratori dello spettacolo

Per i *lavoratori autonomi* vengono create casse mutue autonome provinciali:

casse mutue provinciali di malattia per i coltivatori diretti, per gli esercenti attività commerciali, per gli artigiani,...

Viene istituito l'**INAIL** che gestisce l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura.

Accanto a queste mutue sopravvivono le ***casse di mutuo soccorso “aziendali”*** (Aziende Autoferrotranviarie, Aziende Municipalizzate) e mutue che tutelano specifiche categorie di professionisti e lavoratori.

Il meccanismo con cui viene garantita la copertura dell'assistenza sanitaria è quello del **convenzionamento** con i medici di base, gli specialisti, le farmacie, le strutture ospedaliere pubbliche e private per garantire la diagnosi e cura a domicilio, in ambulatorio, in ospedale, l'assistenza farmaceutica e la riabilitazione.

Le Mutue non coprono però tutta la popolazione perché c'è una quota di benestanti che provvede direttamente alle proprie spese e i poveri alla cui copertura assistenziale provvede un finanziamento del Comune di residenza.

L'assistenza garantita con il sistema mutualistico non viene erogata in modo uniforme, ma viene estesa negli anni a fasce sempre più vaste di popolazione garantendo forme di interventi di previdenza, assistenza sociale, sanitaria ed ospedaliera.

1907-Testo Unico delle Leggi Sanitarie.

Primo dopoguerra-istituzione di Dispensari per la profilassi e la cura gratuita delle malattie veneree, l'Opera Nazionale maternità infanzia, i Consorzi provinciali antitubercolari e le Assicurazioni contro la Tubercolosi.

1934- Secondo Testo Unico delle leggi sanitarie. Istituzione dell'Istituto Superiore di Sanità e dei Laboratori provinciali di igiene e profilassi

Legge Petragliani 1938- La riforma ospedaliera.

Norme per l'ordinamento dei servizi sanitari e personale sanitario degli ospedali

1938- Legge Petragrani -

detta le norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e il personale sanitario degli ospedali.

La legge distingue ospedali e infermerie

Gli ospedali sono classificati in generali e specializzati

Le infermerie si distinguono per malati acuti, convalescenti e cronici.

I Servizi ospedalieri sono organizzati in reparti, sezioni

Il personale medico è differenziato in primario, aiuti e assistenti

Le stesse norme valgono sia per le strutture ospedaliere pubbliche sia per le religiose e le IPAB

01/01/1948- COSTITUZIONE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

ART 32-"la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività e garantisce le cure gratuite agli indigenti". "Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La Legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana."

1958: istituzione MINISTERO SANITA' che sostituisce il Ministro degli Interni come responsabile politico nazionale per l'igiene e la sanità pubblica. Ha funzioni di controllo, vigilanza e programmazione di attività relative alla salute pubblica e all'assistenza sanitaria.

Legge 132/1968- Legge Mariotti.

Nascono gli ENTI OSPEDALIERI: enti pubblici dotati di personalità giuridica e gestiti da politici, sono le istituzioni che sono deputate al ricovero e cura degli infermi.

Diventano **Enti Ospedalieri** le IPAB, gli ospedali appartenenti ad Enti pubblici ma con finalità solo assistenziali (ricovero e cura degli infermi)

Divennero Enti Ospedalieri e vennero distaccati dall'Ente di appartenenza anche gli ospedali che alla data del 1968 appartenevano ad Enti pubblici ma avevano finalità diverse oltre all'assistenza ospedaliera.

(es. gli ospedali sanatoriali gestiti dall'INPS e gli ospedali ortopedico-traumatologici gestiti dall'INAIL)

Legge 386/74 e Legge 833/78- Scioglimento del sistema
delle Mutue

I **motivi del fallimento** economico delle Mutue dipendono da un notevole incremento progressivo dei costi di gestione a fronte di un mancato incremento delle entrate. Le cause sono:

aumento del costo della vita, inflazione, aumento dei costi dei servizi erogati a fronte di un aumento salariale non corrispondente

gli Enti mutualistici non adeguano annualmente le rette di degenza per cui gli ospedali garantiscono via via un'assistenza sempre migliore ed efficiente a fronte di rette di degenza che non coprono i reali costi

per gli ospedali vanno progressivamente esaurendosi le fonti di finanziamento di natura caritativa mentre l'attività aumenta. Necessita quindi una fonte di entrate: la retta di degenza. Ogni paziente è giornalmente una fonte di reddito per l'ospedale tanto più la sua degenza si prolunga.

Lo Stato deve intervenire nella gestione sanitaria fino al 1974 e poi 1978 quando sono sciolte le Mutue.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

legge 833/78-legge di riforma sanitaria che istituisce il sistema sanitario nazionale: da sistema assicurativo di tipo mutualistico a sistema sanitario nazionale ad accesso universale

"la Repubblica tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo e nell'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, 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".

Nascono le **Unità Sanitarie Locali** che devono assolvere ai compiti del servizio sanitario nazionale nell'ambito territoriale di competenza.

Di solito comprendono un ambito da 50.000 a 200.000 abitanti tenuto conto delle caratteristiche geomorfologiche e socioeconomiche della zona.

D. Lg. 502/92 e 517/93-

- trasformazione delle Unità Sanitarie Locali e dei Presidi Ospedalieri in Aziende Sanitarie
- introduzione di logiche di tipo privatistico e di mercato.
- Finanziamento

Questo decreto conferma i principi fondamentali già introdotti dalla precedente legge di riforma:

globalità degli interventi in materia di prevenzione, cura e riabilitazione

uguaglianza di tutti i cittadini di fronte al SSN

tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività

Livelli **uniformi** di assistenza

unitarietà strutturale del SSN

programmazione nazionale delle attività sanitarie
(PSN e PSR)

partecipazione dei cittadini nell'attuazione del servizio

D. Lgs 229/99

- 1) tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività (art. 32 Costituzione)
- 2) i livelli **essenziali** e uniformi di assistenza, individuati nel Piano Sanitario Nazionale contestualmente alla risorse finanziarie da destinare alla sanità
- 3) le prestazioni sanitarie e le modalità della loro erogazione possono rientrare nei livelli essenziali di assistenza se sono conformi ai principi etici di dignità dell'uomo,
- 4) garantire l'equità di accesso, avere requisiti di qualità e appropriatezza delle cure, soddisfare il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse.

(vengono delimitati gli ambiti di intervento del SSN come obiettivi e garanzie che escludono dai livelli assistenziali erogati a carico del SSN stesso le modalità assistenziali e le prestazioni sanitarie che non corrispondano ai principi di : tutela della necessità assistenziale, efficacia dimostrabile, appropriatezza, economicità, efficienza dell'uso delle risorse)

- 5) livelli di assistenza aggiuntivi rispetto a quelli essenziali sono a carico dei Comuni; i fondi integrativi del servizio sanitario nazionale autogestiti e alimentati da contributi dei singoli associati possono finanziare prestazioni aggiuntive rispetto a quelle essenziali ma comunque con queste ultime integrate ed erogate da professionisti e strutture accreditate. Con i fondi integrativi possono essere fornite prestazioni di medicina non convenzionale, cure odontoiatriche, cure termali, rimborsati ticket , tariffe di libera professione intramuraria,
- 6) libera scelta del luogo di cura e dei professionisti da parte dei cittadini, sempre però dentro le strutture del SSN (soggetti accreditati) e degli accordi contrattuali previo condizionamento delle politiche tariffarie tra Regioni atte a favorire l'autosufficienza regionale e il miglior utilizzo delle strutture a valenza interregionale e nazionale.

LEVE per soddisfare il principio della qualità e dell'economicità dei servizi sanitari sono:

programmazione

pianificazione

controlli esterni

finanziamento

Legge Regionale 23 dicembre 2004 n. 29

“Norme generali sull’organizzazione ed il finanziamento del servizio sanitario regionale”

Principi:

- Centralità del cittadino come titolare del diritto alla salute
- Responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute
- Universalità e equità di accesso alle prestazioni
- Globalità della copertura assistenziale
- Finanziamento pubblico dei LEA
- Responsabilità individuale e collettiva nella promozione di stili di vita e di ambienti di vita
- Libera scelta del luogo di cura
- Compartecipazione degli Enti locali alla programmazione
- Collaborazione con le Università