

**Università degli Studi di Trieste
Corso di Laurea in Infermieristica
AA 2021-2022**

Insegnamento Prevenzione e Sicurezza nei Luoghi di Cura

**Modulo Legislazione e Responsabilità Professionale
24 ore complessive (2 CFU)**

**Dott.ssa Tatiana Indrigo
Tutor Didattico CdL in Infermieristica**

**Inizio lezioni: 1 marzo 2022
Fine Lezioni: 13 aprile 2022**

Codice Teams udq75zq

CONTENUTI DEL MODULO

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) : evoluzione storica dall'Unità d'Italia al 1978

- **Gli Enti Assistenziali per la tutela sociale dei lavoratori : Le Casse Mutue**
- **La Costituzione Italiana - articolo 3, 13, 32, 38**
- **La Riforma Ospedaliera L. 32 / 1968 (legge Mariotti)**
- **Istituzione del SSN - Legge n. 833/1978**
- **Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori - Legge 180 / 1978**
- **Riordino della Disciplina in materia sanitaria Dlgs n. 502- 30/12/1992**
- **Riordino del SSN – Dlgs n. 157/ 1993**
- **Norme per La razionalizzazione del SSN- Dlgs 229/199 (LEA)**
- **Riforma del Servizio Sanitario Regionale (SSR)- L. 189/2002 e L. 221 /n 2012**
- **Legge Regionale Friuli Venezia Giulia (FVG) n. 17/2013-2014**
- **Legge Regionale FVG n. 27/2018**

CONTENUTI DEL MODULO

L'esercizio professionale

- **Il percorso di evoluzione della professione infermieristica**
- **La formazione professionale : dalle scuole convitto professionali alla laurea**
- **Dal Collegio IPASVI all'Ordine delle Professioni Sanitarie**
- **DPR n. 225/ 1974 -Mansionario dell'Infermiere**
- **DM n. 739/ 1994 -Profilo Professionale dell'Infermiere**
- **Il Codice Deontologico dell'Infermiere**
- **Legge n. 42/ 1999- Abrogazione del Mansionario**
- **Legge 251/ 2000-Disciplina delle Professioni sanitarie infermieristiche , tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione ostetrica**
- **Legge 43/ 2006- Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi Ordini Professionali**

CONTENUTI DEL MODULO

- **Legge n. 24 /2017 Gelli Bianco- Disposizioni in Materia di sicurezza delle cure e della persona assistita e in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie**
- **La responsabilità delle professioni sanitarie nel diritto civile, penale, amministrativo, disciplinare**
- **Legge n.133/2020- Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni**
- **Il personale di supporto- Conferenza Stato Regioni 22/02/2001**
- **Il Profilo dell' Operatore Socio Sanitario (O.S.S.): concetto di attribuzione delle attività assistenziali**
- **Legge n.219/2017 Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento-**
- **Normativa sulla Privacy dal DLGS 196/2003 al Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (GDPR) - regolamento (UE) n. 679/2016**

Modalità di esame

Esame scritto con quesiti a scelta multipla/quesiti aperti

L'esame si ritiene superato con una valutazione di almeno
18/30

Bibliografia

- ❖ Benci L., *Aspetti giuridici della professione infermieristica*, 8° edizione Milano, Mc Graw Hill Education, 2019
- ❖ Guida all'esercizio della Professione di Infermiere, 9° Edizione, Edizioni Medico Scientifiche, 2014
- ❖ Nicolini E., *Il Sistema Sanitario Nazionale, perché non possiamo farne a meno*, Espress Editore 2021
- ❖ Piccioli C., Sarteanesi A., *La responsabilità nelle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico sanitarie e della prevenzione*, Giuffrè Editore, 2017
- ❖ Sharon Podesva, *Manuale di legislazione sanitaria*, Edizioni giuridiche Simone, 2013



LA PROFESSIONE INFERMIERISTICA



IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

Legenda delle Fonti del Diritto

- **REGIO DECRETO (R.D.)**
- **COSTITUZIONE (Cost.)**
- **LEGGE ORDINARIA (L.)**
- **LEGGE REGIONALE (L.R.)**
- **DECRETO LEGISLATIVO (D.Lgs.)**
- **DECRETO PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA (D.P.R.)**
- **DECRETO PRESIDENTE CONSIGLIO DEI MINISTRI (D.P.C.M.)**

IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

L'ANTEFATTO:

EVOLUZIONE DELLA SANITA' PUBBLICA DALL'UNITA' D'ITALIA AL 1978

Il 1861 vede costituirsi il Regno d'Italia. Il Paese si presentava prevalentemente rurale, con un elevato tasso di mortalità infantile e povertà dilagante. I primi tentativi di industrializzazione incentivavano la concentrazione della popolazione nelle città, che erano ancora sprovviste di sistemi fognari efficienti. I principali problemi sanitari erano rappresentati da epidemie di tubercolosi, malaria e colera.

La sanità pubblica era organizzata dai **Comuni**, che stipendiavano uno o più sanitari (medici, chirurghi, levatrici...). La qualità dell'assistenza erogata era assolutamente disomogenea nel Paese.

L'assistenza veniva implementata da **organizzazioni ecclesiastiche e filantropiche** private, che gestivano ospedali, infermerie, orfanotrofi, istituti di ricovero, mense popolari...

CON LA PROCLAMAZIONE DEL REGNO D'ITALIA NEL 1861 VENNE ESTESA A TUTTO IL TERRITORIO NAZIONALE LA LEGGE SABAUDA N.3793/1859 IN BASE ALLA QUALE IL CONTROLLO SANITARIO DEL PAESE ERA GESTITO DALL' AMMINISTRAZIONE LOCALE, AFFIDATO AL SINDACO, NOMINATO DAL RE.

DISPOSIZIONI IGIENICO-SANITARIE FRAMMENTARIE E CONTRASTANTI NEL PAESE



LA LEGGE RATTAZZI (1862),

NOTA COME LEGGE SULL'AMMINISTRAZIONE DELLE OPERE PIE EFFETTUA UN PRIMO TENTATIVO DI REGOLAMENTARE GLI ENTI CHE EROGANO ASSISTENZA E LI SOTTOPONE ALLA **VIGILANZA DEL MINISTERO DELL'INTERNO**. GLI OSPEDALI, IN QUESTA ORGANIZZAZIONE, SONO COMPRESI NEL NUMERO DELLE OPERE PIE, MENTRE IL COMPITO DI GESTIRE E AMMINISTRARE L'ASSISTENZA NEI COMUNI VIENE AFFIDATO ALLE «CONGREGAZIONI DI CARITA'».

NEL 1888, CON LA L.5849 FURONO ISTITUITI, COME ARTICOLAZIONI DEL MINISTERO DELL'INTERNO, IL **CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITA'**, CON FUNZIONI TECNICO-CONSULTIVE, E LA DIREZIONE GENERALE DELLA SANITA' PUBBLICA.

IL CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITA' OGGI: VISITA IL SITO

http://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_5_7.jsp?lingua=italiano&menu=organizzazione&label=css

LA TUTELA DELLA SALUTE PUBBLICA PREVEDEVA NORME DI IGIENE AMBIENTALE E SULLA PREVENZIONE E GESTIONE DI FENOMENI EPIDEMICI. L'OBIETTIVO ERA **GARANTIRE L'ORDINE PUBBLICO**, PER QUESTO MOTIVO ERA ATTRIBUITA AL MINISTERO DELL'INTERNO. L'ASSISTENZA SANITARIA ALLA COLLETTIVITA' E AGLI INDIGENTI IN PARTICOLARE VENIVA EROGATA DALLA **RETE ASSISTENZIALE ECCLESIASTICA, DALLE ORGANIZZAZIONI FILANTROPICHE PRIVATE E DALLE SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO**.

LA RIFORMA DELLA SANITA' E DELLE OPERE PIE FU POI DEFINITA DALLA

LEGGE CRISPI NEL 1890,

CHE PONEVA **SOTTO IL CONTROLLO DELLO STATO** OGNI ENTE CON FINALITA' ASSISTENZIALE VERSO GLI INDIGENTI, TRASFORMANDOLO IN ISTITUTO PUBBLICO DI ASSISTENZA E BENEFICENZA (IPAB). MOLTI DI QUESTI ENTI ERANO OSPEDALI.

CON QUESTA LEGGE, PER LA PRIMA VOLTA, LO STATO ASSUMEVA L'ASSISTENZA AGLI INDIGENTI FRA LE RESPONSABILITA' DI PUBBLICO INTERESSE.

LA SALUTE DIVENTA UN PROBLEMA DI PUBBLICA AMMINISTRAZIONE.

I COMUNI PROVVEDONO ALL'ASSISTENZA MEDICA E OSTETRICA DEGLI INDIGENTI ATTRAVERSO LE CONDOTTE MEDICO-CHIRURGICHE E OSTETRICHE. INOLTRE AI COMUNI SPETTA **L'ONERE ECONOMICO DELLA DEGENZA** DEGLI INDIGENTI PRESSO GLI OSPEDALI.

LA LEGGE CRISPI REGOLAMENTA INOLTRE L'ORGANIZZAZIONE DEGLI **INSEGNAMENTI** CLINICI ALL'INTERNO DEGLI OSPEDALI E LE **RELAZIONI TRA UNIVERSITA' E ENTI OSPEDALIERI.**

LA LEGGE CRISPI NON PREVEDEVA L'ASSISTENZA SANITARIA GRATUITA PER COLORO CHE NON ERANO ISCRITTI NEGLI ELENCHI DEI NON ABBIENTI PERCHE' GODEVANO DI UN REDDITO DA LAVORO.

SI DIFFONDONO QUINDI LE ASSICURAZIONI OBBLIGATORIE GESTITE DA ENTI MUTUALISTICI, CHE ASSICURANO IL LAVORATORE E I SUOI FAMILIARI.

LE SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO ERANO GIA' DIFFUSE IN EUROPA CON IL FENOMENO DELL'INDUSTRIALIZZAZIONE NELL'OTTOCENTO.

E' DA QUESTO MOMENTO CHE SI SVILUPPA IL SISTEMA MUTUALISTICO CHE RESTERA' IN VIGORE FINO AL 1978.

I PROVVEDIMENTI NORMATIVI SUCCESSIVI ALLA LEGGE CRISPI SI ORIENTARONO A:

- COORDINARE I PROVVEDIMENTI FINORA EMANATI
- TRASFORMARE GLI OSPEDALI IN OSPEDALI CLINICI NELLE CITTA' SEDE DI UNIVERSITA'
- CREARE CONVENZIONI TRA OSPEDALI E UNIVERSITA'

DAGLI ANNI '20 SI ATTUARONO INTERVENTI MIRATI ALL'ASSISTENZA DI CATEGORIE A RISCHIO DELLA POPOLAZIONE:

DISABILI, MINORI, MATERNITA'-INFANZIA, ORFANI, FIGLI ILLEGGITTIMI.

LA SANITÀ IN ITALIA: IL PASSATO

1888 → legge Pagliani Crispi sulla *“Tutela dell'Igiene e della Sanità Pubblica”* (Legge n° 5849/1888)

1907 → *“Testo unico delle leggi sanitarie”* (Regio Decreto n° 636/1907)

1934 → *“Testo unico delle leggi sanitarie”* (Regio Decreto n° 1265/1934)



Lo Stato quale garante della Sanità Pubblica



A Torino durante la Grande Guerra fu creato nella sede degli Stabilimenti Michelin di via Livorno un efficiente Ospedale Militare sotto l'egida della Croce Rossa

R.D. 1265/1934 TESTO UNICO DELLE LEGGI SANITARIE

(CHE SOSTITUISCE IL PRECEDENTE TESTO UNICO DEL 1907) CHE DISCIPLINA L'INTERA MATERIA E STABILISCE LE FUNZIONI DELL'AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

ALL'ART. 1 SI LEGGE :

La tutela della sanità pubblica spetta al Ministro per l'interno e, sotto la sua dipendenza, ai prefetti e ai sindaci.

QUESTO ARTICOLO VERRA' SUPERATO APPENA ALL'ENTRATA IN VIGORE DELLA L. 13 MARZO 1958, N. 296, CHE ISTITUTIVA IL MINISTERO DELLA SANITÀ.

ALL'ART. 130 SI LEGGE:

Le università con facoltà di medicina e chirurgia, i comuni, le istituzioni pubbliche di beneficenza e altri enti morali, possono essere autorizzati con decreto del Ministro per l'interno, di concerto col Ministro per l'educazione nazionale e sentito il consiglio superiore di sanità, a istituire scuole-convitto professionali per infermiere.[...]

ALL'ART.133 SI LEGGE:

Le scuole convitto professionali per infermiere debbono funzionare presso un pubblico ospedale dotato di reparti di medicina e chirurgia che abbiano sufficiente disponibilità di servizi in proporzione al numero delle allieve e provvedere con le proprie infermiere (capo-sala, infermiere diplomate, allieve) alla assistenza immediata di una parte, almeno, delle corsie dell'ospedale. [...]

IL R.D. 1631/1938 LEGGE PETRAGNANI

«Norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali»

E' IL PRIMO PROVVEDIMENTO CHE DEFINISCE LE NORME GENERALI PER L'ORDINAMENTO DEI SERVIZI SANITARI E DEL PERSONALE SANITARIO:

- VIENE DISCIPLINATA LA FIGURA DEL **DIRETTORE SANITARIO**
- LE **STRUTTURE OSPEDALIERE** DISTINTE TRA INFERMERIE E OSPEDALI
- GLI **OSPEDALI DISTINTI** IN OSPEDALI SPECIALIZZATI (SANATORI), POST SANATORIALI, PER MALATTIE CONTAGIOSE E ISTITUTI PER LA CURA DI MALATI PARTICOLARI
- OGNI OSPEDALE VIENE DIVISO IN **REPARTI, DIVISIONI E SEZIONI**
- VENGONO IDENTIFICATE LE **STRUTTURE NECESSARIE** CARATTERIZZANTI UN OSPEDALE
- VENGONO DEFINITE LE **NORME CONCORSUALI** PER L'ACQUISIZIONE DEL PERSONALE

AL TITOLO IV, ART. 86 SI LEGGE:

Fermo restando il disposto dell'art. 130 del testo unico delle leggi sanitarie 27 luglio 1934, n. 1265, entro il termine di cinque anni dall'entrata in vigore delle presenti norme, le Amministrazioni degli ospedali di prima categoria, in relazione ai propri bisogni assistenziali, devono predisporre locali idonei per la istituzione ed il funzionamento di una apposita scuola convitto professionale per infermiere a norma dell'art. 133 del testo unico anzidetto. [...]

LA NASCITA DELLE MUTUE

FRA LA PRIMA E LA SECONDA GUERRA MONDIALE VI FU UNA GRAVE CRISI FINANZIARIA CHE COINVOLSE L'ASSISTENZA SANITARIA E CHE, DOPO VARIE TAPPE RIORGANIZZATIVE PORTO', NEL 1934, ALLA NASCITA DELLE CASSE MUTUE PARITETICHE DI NATURA CORPORATIVA, RAPPRESENTATE DAI LAVORATORI E DAI DATORI DI LAVORO

- LE MUTUE PAGAVANO LA DEGENZA OSPEDALIERA DEI PROPRI ASSISTITI,
- I COMUNI DOVEVANO ASSolverE AL PAGAMENTO DELLA DEGENZA DEI NON ABBIENTI.

TRA IL 1933 E IL 1943 VENGONO ISTITUITI ALCUNI ENTI ASSISTENZIALI PER LA TUTELA SOCIALE E DEI LAVORATORI:

1933- ISTITUTO NAZIONALE PER LE ASSICURAZIONI CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO= **INAIL**

1935- ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE= **INPS**

1942- ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA E ASSISTENZA PER I DIPENDENTI STATALI= **ENPAS**

1943- ISTITUTO NAZIONALE DI ASSICURAZIONE CONTRO LE MALATTIE= **INAM**

PaoloCarbonaio©Photo



IL RUOLO DELLE MUTUE:

- PROVVEDEVANO ALL'ASSISTENZA DEGLI ISCRITTI E DEI FAMILIARI A SUO CARICO
- COORDINAVANO LE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO E LE MALATTIE PROFESSIONALI E SOCIALI
- GESTIVANO GLI AMBULATORI DI MEDICINA SPECIALISTICA E ALCUNI REPARTI DI DEGENZA IN CUI SI PRATICAVA L'UNICA ATTIVITÀ SANITARIA ALTERNATIVA ALLA OSPEDALIERA ALL'EPOCA ESISTENTE

ALCUNI ESEMPI DI MUTUE:

INAM per i lavoratori dipendenti da enti privati

ENPAS, per i dipendenti dell'amministrazione statale

INADEL, per i dipendenti dagli enti locali

Cassa Mutua **Artigiani**

Cassa Mutua **Marittimi**

Cassa Mutua **Coltivatori Diretti**

Cassa Mutua **Dirigenti**

I LIMITI DELLE MUTUE

- GLI ENTI MUTUALISTICI, PER IL LORO CARATTERE ASSICURATIVO, NON ERANO IN GRADO DI SVOLGERE AZIONE DI PREVENZIONE NÉ DI IGIENE PUBBLICA.
- INOLTRE LE MUTUE ASSOLVEVANO ALLA NECESSITÀ DELLA CURA, IGNORANDO COMPLETAMENTE LA PREVENZIONE E LA RIABILITAZIONE
- L'ENTITÀ DEI CONTRIBUTI A CARICO DEL LAVORATORE E/O DEL DATORE DI LAVORO POTEVA VARIARE SENSIBILMENTE DA CASSA A CASSA, REALIZZANDO UN SISTEMA IN CUI ERANO DIFFERENTI LE QUANTITÀ CONTRIBUTIVE E MOLTO DIFFERENTI ANCHE LE MODALITÀ DI PRESTAZIONI EROGATE
- LA STESSA TIPOLOGIA DI RETRIBUZIONE DEL PERSONALE DELLA SANITÀ VARIAVA DA CASSA A CASSA, UN MEDICO DI FAMIGLIA PERCEPIVA UNA TARIFFA PER VISITA DALL'INAM CHE ERA CIRCA LA METÀ DI QUELLA PERCEPITA DALL'ENPAS
- CON IL SISTEMA MUTUALISTICO SI VERIFICAVANO ANCHE DIVERSITÀ NELLE CURE GARANTITE AI CITTADINI, IN BASE AL POTERE CONTRATTUALE ED ECONOMICO DELLA CATEGORIA E AL NUMERO DEGLI ASSOCIATI
- AI CITTADINI NON LAVORATORI IN STATO DI INDIGENZA L'ASSISTENZA DOVEVA ESSERE GARANTITA DALLA AMMINISTRAZIONE PUBBLICA ATTRAVERSO I COMUNI

1° GENNAIO 1948 ENTRA IN VIGORE LA COSTITUZIONE ITALIANA

- LA SALUTE DIVENTA DIRITTO PRIMARIO DELLA PERSONA
- E' CONDIZIONE NECESSARIA PER IL PIENO SVILUPPO DELLA LIBERTA' FONDAMENTALE DEL CITTADINO
- DEVE ESSERE GARANTITA E TUTELATA DALLO STATO

ARTICOLO 32

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.

ARTICOLO 3

Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.

E` compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.

ARTICOLO 13

La libertà personale è inviolabile.

Non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge.

In casi eccezionali di necessità ed urgenza, indicati tassativamente dalla legge l'autorità di pubblica sicurezza può adottare provvedimenti provvisori, [...]

E` punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà.

[...]

IN ATTESA DEGLI INTERVENTI ORGANIZZATIVI ATTUATIVI DELL'ART. 32, IN ITALIA PROSEGUI' LA POLITICA DI SVILUPPO DELLA PREVIDENZA CONTRO MALATTIE E INFORTUNI ATTRAVERSO GLI ENTI MUTUALISTICI.

LA FONTE NORMATIVA DEL SISTEMA SI RIFA' ALL'ART. 38 DELLA COSTITUZIONE STESSA.

ART. 38

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 preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria.

Gli inabili ed i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale.

Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato.

L'assistenza privata è libera.

LA TUTELA DELLA SALUTE NON ERA ASSICURATA A TUTTI I CITTADINI E NON ERA ANCORA CONNESSA ALLO STATUS DI CITTADINO, BENSÌ A QUELLO DI LAVORATORE. IL SISTEMA MANCAVA DI EQUITÀ' E ALCUNE PERSONE RESTAVANO ESCLUSE. SI AVVERTIVA, ALLA LUCE DELLA COSTITUZIONE, LA NECESSITÀ' DI UNA RIFORMA RADICALE DELL'INTERO SISTEMA.

The emblem of the Italian Republic is visible in the background, featuring a red five-pointed star with a white outline, set against a white background with green olive and oak branches. A red ribbon with the words 'REPUBBLICA ITALIANA' is draped across the bottom of the emblem.

1958

ISTITUITO IL MINISTERO DELLA SANITA'

AL MINISTERO DELLA SANITA' FURONO ATTRIBUITE TUTTE LE COMPETENZE IN MERITO A SALUTE PUBBLICA

AL MINISTERO DELLA SANITA' FURONO AFFIANCATI

IL **CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITA'**, QUALE ORGANO CONSULTIVO

E **L'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'**, CON FUNZIONE TECNICO-SCIENTIFICA E DI COORDINAMENTO.

IL MINISTERO DELLA SALUTE OGGI, VISITA IL SITO:

<http://www.salute.gov.it/>

Ministero della Salute

LA RIFORMA OSPEDALIERA

L. 132/1968

LEGGE MARIOTTI

LA PRIMA RIFORMA OSPEDALIERA FU AVVIATA DALLA L.132 DEL 1968 E DAI SUCCESSIVI REGOLAMENTI ATTUATIVI

LA LEGGE VOLEVA REALIZZARE UN SISTEMA DI SANITA' PUBBLICA NON PIU' FINALIZZATO ALLA PROTEZIONE DELL'INTERESSE COLLETTIVO (IGIENE E SALUTE PUBBLICA), MA DESTINATO A SODDISFARE IL BISOGNO DI SALUTE DEL CITTADINO, IN QUANTO TITOLARE DEL DIRITTO SANCITO DALL'ART.32 DELLA COSTITUZIONE

L'ASSISTENZA OSPEDALIERA ERA RICONOSCIUTA A TUTTI I CITTADINI

GLI OSPEDALI, FINO AD ALLORA GESTITI DA ENTI DI ASSISTENZA E BENEFICENZA, DIVENTARONO ENTI DOTATI DI SOGGETTIVITA' DI DIRITTO PUBBLICO: GLI ENTI OSPEDALIERI

GLI ENTI OSPEDALIERI ERANO GESTITI DA UN CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE NOMINATO DAGLI ENTI LOCALI (REGIONE, PROVINCIA, COMUNI)

LE IPAB (ISTITUZIONI PUBBLICHE DI ASSISTENZA E BENEFICENZA) E GLI ALTRI ENTI PUBBLICI DI ASSISTENZA FURONO TRASFORMATI IN ENTI OSPEDALIERI, COMPRESI QUELLI CHE APPARTENEVANO ALL'INPS, INAIL E ALLA CROCE ROSSA

GLI ENTI OSPEDALIERI FURONO CLASSIFICATI IN:

- OSPEDALE GENERALE DI ZONA
- OSPEDALE GENERALE PROVINCIALE
- OSPEDALE GENERALE REGIONALE
- OSPEDALE SPECIALIZZATO PROVINCIALE
- OSPEDALE SPECIALIZZATO REGIONALE
- OSPEDALE PER LUNGODEGENTI E CONVALESCENTI

LA LEGGE FISSA I REQUISITI STANDARD PER GLI OSPEDALI E INTRODUCE IL CRITERIO DELLA PROGRAMMAZIONE

MANTIENE LA SUDDIVISIONE IN SEZIONI, DIVISIONI, SERVIZI (GENERALI E DI DIAGNOSI E CURA) E INTRODUCE I DIPARTIMENTI

LE REGIONI ERANO RESPONSABILI DELLA COSTITUZIONE DI NUOVI ENTI OSPEDALIERI PER LA PRIMA VOLTA LE REGIONI HANNO RUOLO DI INDIRIZZO IN MATERIA DI SANITA', IN ATTUAZIONE DELL'ART. 117 DELLA COSTITUZIONE:

«La **Regione** emana per le seguenti materie norme legislative nei limiti dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato, sempreché le norme stesse non siano in contrasto con l'interesse nazionale e con quello di altre Regioni:

[...]

beneficenza pubblica ed assistenza sanitaria ed ospedaliera;

[...]

Le leggi della Repubblica possono demandare alla Regione il potere di emanare norme per la loro attuazione.»

OLTRE AGLI ENTI OSPEDALIERI, SVOLGEVANO ASSISTENZA E CURA ANCHE LE CLINICHE E GLI ISTITUTI UNIVERSITARI DI RICOVERO E CURA

VENGONO ISTITUITI I CENTRI DI IGIENE MENTALE (CIM)

VENNE INTRODOTTO PER LA PRIMA VOLTA IL PRINCIPIO DELLA PROGRAMMAZIONE OSPEDALIERA, MEDIANTE EMANAZIONE DI APPOSITA LEGGE NAZIONALE.

SI IDENTIFICANO ANCHE I LIMITI DELLA LEGGE DI RIFORMA DEL 1968 N° 132:

- GLI ENTI OSPEDALIERI AVEVANO AUTONOMIA ORGANIZZATIVA, MA NON FINANZIARIA
- IL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE FISSAVA L'AMMONTARE DELLA SPESA GIORNALIERA DI DEGENZA BASANDOSI SUL COSTO DELL'ASSISTENZA EROGATA AI DEGENTI
- LA SPESA DELLE CURE E DI DEGENZA E' MESSA A CARICO DEGLI ENTI MUTUALISTICI.
- IN QUESTO MODO L'ENTE NON HA DIRETTA RESPONSABILITA' FINANZIARIA, CHE NON HA DIRETTO INTERESSE A CONTENERE LA SPESA DELLE CURE, CHE LIEVITA, NEL FRATTEMPO CHE PERMANE UN NON ALTRETTANTO SPINTO MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE CURE

I REQUISITI DEGLI OSPEDALI DEFINITI DALL'ART. 19 DELLA LEGGE 132/1968 VENGONO CONFERMATI DALLA SUCCESSIVA RIFORMA SANITARIA (L.833/78)

ART. 19: REQUISITI DEGLI OSPEDALI GLI OSPEDALI, OLTRE A SODDISFARE LE ESIGENZE DELL'IGIENE E DELLA TECNICA OSPEDALIERA, DEVONO AVERE ALMENO:

- A) UN SERVIZIO DI ACCETTAZIONE, FORNITO DI NECESSARI APPRESTAMENTI PER L'IGIENE PERSONALE DEI MALATI E DI LOCALI ADEGUATI PER L'OSSERVAZIONE DEI RICOVERATI, DIVISI PER SESSO;**
- B) IDONEI LOCALI DI DEGENZA DISTINTI A SECONDA DELLA NATURA DELLE PRESTAZIONI, DEL SESSO ED ETA' DEI MALATI;**
- C) LOCALI SEPARATI PER L'ISOLAMENTO E LA CURA DEGLI AMMALATI DI FORME DIFFUSIVE;**
- D) ADEGUATI SERVIZI SPECIALI DI RADIOLOGIA E DI ANALISI;**
- E) SERVIZI SPECIALI DI TRASFUSIONE E DI ANESTESIA;**
- F) BIBLIOTECA E SALA DI RIUNIONE PER I SANITARI;**
- G) SERVIZI DI DISINFEZIONE, LAVANDERIA, GUARDAROBA, FARDELLERIA, BAGNI, CUCINA, DISPENSA;**
- H) SERVIZIO DI PRONTO SOCCORSO CON ADEGUATI MEZZI DI TRASPORTO;**
- I) POLIAMBULATORI DA UTILIZZARSI ANCHE PER LA CURA POST-OSPEDALIERA DEI DIMESSI, PER LE ATTIVITA' DI MEDICINA PREVENTIVA E DI EDUCAZIONE SANITARIA IN COLLEGAMENTO CON LE ALTRE ISTITUZIONI SANITARIE DELLA ZONA;**
- J) SERVIZIO DI ASSISTENZA RELIGIOSA;**
- K) SALA MORTUARIA E DI AUTOPSIA SECONDO LE PRESCRIZIONI DEL REGOLAMENTO DI POLIZIA MORTUARIA E DI QUELLA LOCALE.**

L'ultimo provvedimento che descrive le caratteristiche delle strutture ospedaliere oggi è il

**Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.
(G.U. 4 giugno 2015, n. 127)**

Nel 2021 c'è stata una proposta di aggiornamento. Le principali "novità" :

- *adeguamento della rete ospedaliera a quella esigenza di elasticità che la pandemia ha evidenziato con chiarezza*
- *potenziamento di alcune attività che la pandemia ha evidenziato come carenti (terapia intensiva e area semintensiva in primo luogo)*
- *maggiore chiarezza sulla declinazione delle reti cliniche*
- *tentativo di sciogliere i nodi storici dei piccoli ospedali e dei punti nascita substandard*

NEL MARZO DEL 1969 VENNERO EMANATI **TRE DECRETI ATTUATIVI** DELLA L. 132/'68:

D.P.R. 128/'69: ORDINAMENTO INTERNO DEGLI ENTI OSPEDALIERI
DISCIPLINA LE FUNZIONI DELLA DIREZIONE SANITARIA, DELLE UNITA' OPERATIVE, DEI
SERVIZI GENERALI E DEI SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DEI DIPARTIMENTI

D.P.R. 129/'69: DELINEA L'ORDINAMENTO DELLE CLINICHE E DEGLI ISTITUTI UNIVERSITARI
DI RICOVERO E CURA

D.P.R. 130/'69: DISCIPLINA LO STATO GIURIDICO DEI DIPENDENTI OSPEDALIERI, DECLINA
LE CATEGORIE DI APPARTENENZA DEL PERSONALE DEGLI ENTI, STABILISCE I REQUISITI
GENERALI PER POTER ESSERE ASSUNTI, DISCIPLINA L'ITER DEI CONCORSI PUBBLICI,
RICONOSCE IL DIRITTO ALL'ATTIVITA' SINDACALE



Lord William Beveridge



Otto Von Bismarck

I modelli di assistenza sanitaria



	Sistema BEVERIDGE	Sistema BISMARCK	Sistemi privati
Tipo di sistema	Sistema solidaristico	Sistema mutualistico	Sistema di mercato
Gestione	Governo centrale	Assicurazione obbligatoria e controllo governativo	Privati ed assicurazioni
Finanziamento	Imposte	Contributi sanitari	Prezzi dei servizi
Caratteristiche	Sistema omogeneo ed equo, ma inefficiente Ha bisogno di quote di spesa privata	Sistema più efficiente ma a rischio di selezione avversa (presa in carico dei soli soggetti più convenienti)	Max qualità ai vertici, esclusione delle categorie sociali più deboli, selezione avversa, aumento costi

NEGLI ANNI '70 VENGONO EMANATI DEI PROVVEDIMENTI LEGISLATIVI VOLTI A TRASFERIRE LA RESPONSABILITÀ DELLA TUTELA DELLA SALUTE ALLE REGIONI, METTENDO LE BASI PER UNA RADICALE RIFORMA SANITARIA

DPR N°4 DEL 1972:

TRASFERISCE ALLE REGIONI ALCUNE DELLE FUNZIONI AMMINISTRATIVE STATALI IN MATERIA DI ASSISTENZA. E' UN TRASFERIMENTO PARZIALE

LEGGE N°386 DEL 1974:

ESTINGUE I DEBITI DEGLI ENTI MUTUALISTICI NEI CONFRONTI DEGLI ENTI OSPEDALIERI, COMMISSARIA LE MUTUE E AVVIA LA RIFORMA SANITARIA

LEGGE N°382 DEL 1975:

RAFFORZA I POTERI DELLE REGIONI IN MATERIA SANITARIA E DEFINISCE LE FUNZIONI DEGLI ENTI LOCALI

LEGGE N°349 DEL 1977:

- TRASFERISCE LE FUNZIONI DELLE MUTUE ALLE REGIONI
- LIQUIDA GLI ENTI MUTUALISTICI
- NASCONO LE SAUB (STRUTTURE AMMINISTRATIVE UNIFICATE DI BASE)
- SANCISCE L'ASSISTENZA SANITARIA GRATUITA
- SI DECIDE LA SCELTA DEL MEDICO DI FIDUCIA

DPR N°616 DEL 1977 (Capo IV, ASSISTENZA SANITARIA ED OSPEDALIERA):

ESTENDE LE COMPETENZE DELLE REGIONI, OLTRE CHE L'ASSISTENZA, ANCHE LA PREVENZIONE, CURA E RIABILITAZIONE DELLO STATO DI BENESSERE FISICO E PSICHICO (SEGUE)

DELINEA LE FUNZIONI ATTRIBUITE ALLE REGIONI:

- a) la prevenzione ed alla cura delle malattie
- b) la riabilitazione degli stati di invalidita' e di inabilita' fisica, psichica e sensoriale,
- c) la prevenzione delle malattie professionali e la salvaguardia degli ambienti di vita e di lavoro
- d) igiene degli insediamenti urbani e delle collettività
- e) la tutela igienico-sanitaria della produzione, commercio e lavorazione alimenti
- f) le autorizzazioni ed ai controlli igienico-sanitari sulle acque e servizi termali
- g) l'igiene e alla tutela sanitaria delle attività sportive
- h) alla promozione dell'educazione sanitaria ed alla attuazione di un sistema informativo sanitario
- i) alla formazione degli operatori sanitari, esclusa la formazione universitaria e post-universitaria
- j) l'igiene e assistenza veterinaria
- k) protezione antinfortunistica
- l) tutela sanitaria delle attività
- m) ...

E LE FUNZIONI ATTRIBUITE ALLO STATO, COMUNI, PROVINCE

<http://www.normattiva.it/atto/caricaDettaglioAtto?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1977-08-29&atto.codiceRedazionale=077U0616¤tPage=1>

**SI SONO DELINEATE LE BASI
PER LA PRIMA RIFORMA SANITARIA
SANCITA DALLA LEGGE N°833 DEL 1978
CHE SUPERA IL CONCETTO DI ASSISTENZA
SUDDIVISA TRA CATEGORIE SOCIALI ED EROGATA
DA MOLTI ENTI E CONFERMA L'UNIVERSALITÀ
DEL DIRITTO ALLA SALUTE SANCITO DALLA
COSTITUZIONE (ART. 32)**

ADDEOGGI

MBRE 1978: LEGGE 833/78, AL VIA IL SERVIZIO SANITARIO NA