



Alla scoperta delle professioni

Area

SERVIZI SOCIO-SANITARI



<http://orientaonline.isfol.it>

Direzione della ricerca

Pietro Taronna

Ginevra Benini coordina la linea young

Gruppo di lavoro

F. Bellusci, G. Di Castro, A. Isidoro, G. Iuzzolino, M. Latini, M.T. Lotito, S. Lotito

F. Mallardi e I. Piperno dell'Area "Ricerche sulle professioni" dell'Isfol.

*Hanno collaborato A. Buccellato, D. Barucca, M. Balzano, D. Signifredi e S. Toreti
della società TECOS.*



<http://orientaonline.isfol.it>

UNA PANORAMICA DELL'AREA SERVIZI SOCIO-SANITARI

LE CARATTERISTICHE GENERALI DELL'AREA

La delimitazione del campo d'indagine

Per tradizione i servizi socio-sanitari sono prevalentemente pubblici, ma possono anche essere erogati da privati in convenzione con il servizio pubblico (che in pratica acquista beni e servizi da offrire ai cittadini) o senza alcuna convenzione. I servizi forniti direttamente dalla pubblica sanità sono costituiti da servizi ospedalieri e da servizi medici ambulatoriali. Quelli convenzionati consistono in servizi di assistenza farmaceutica, medico-generica, medico-specialistica, ospedaliera in case di cura, protesica, balneo-termale o di altro tipo, come l'assistenza integrativa domiciliare e residenziale, semiresidenziale o riabilitativa. Gli stessi servizi erogati dalla sanità pubblica e in convenzione possono essere forniti anche dal settore privato. L'area d'indagine comprende, dunque, un insieme piuttosto eterogeneo di attività, che si estende dalle vere e proprie prestazioni mediche ad attività complementari, finalizzate ad assicurare la salute del paziente. Con il termine "servizi socio-sanitari" si indica quindi un'area nella quale convivono servizi medico-sanitari con altri a carattere sociale, in quanto destinati a supportare persone con problemi di emarginazione o disabilità che condizionano lo stato di salute. In particolare, le prestazioni socio-sanitarie si suddividono in tre tipologie:

- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale erogate dalla ASL, finalizzate "alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite";
- prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, di competenza dei Comuni, che hanno l'obiettivo di supportare le persone in stato di bisogno e con problemi di disabilità o di emarginazione e si esplicano attraverso interventi di sostegno economico, di aiuto domestico e di ospitalità alberghiera;
- prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria, "caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica.

Esse riguardano prevalentemente le seguenti aree: materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche, per infezioni da HIV, dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie in fase terminale e disabilità, conseguenti a patologie cronico-degenerative". Tali prestazioni sono assicurate dalle ASL. Le caratteristiche strutturali dell'area L'offerta di servizi socio-sanitari avviene nell'ambito di varie tipologie di strutture pubbliche o private:

- aziende sanitarie locali (ASL);
- aziende ospedaliere;
- ospedali privati;
- case di cura;
- strutture sanitarie non ospedaliere, che si distinguono in: **ambulatori e laboratori** (strutture che effettuano analisi cliniche, di laboratorio e di diagnostica); **strutture residenziali** (sanitarie assistenziali, case protette e così via); **strutture semi-residenziali** (centri diurni psichiatrici e in generale strutture che svolgono attività di tipo semiresidenziale); altri tipi di strutture territoriali (centri dialisi ad assistenza limitata, stabilimenti idrotermali, centri di salute mentale, consultori materno-infantili, centri distrettuali e così via); istituzioni pubbliche e private del settore (Assessorati regionali, Agenzie Regionali e Ministero della Salute, imprese farmaceutiche, imprese di servizi o fornitrici delle ASL, società di consulenza, centri di ricerca universitari e non).

Al 2001, in base ai dati dell'ultimo Censimento dell'industria e dei servizi dell'ISTAT, l'intera area socio-sanitaria era caratterizzata da circa 230 mila strutture e occupava poco più di 1.430.000 addetti. Nell'ambito dei servizi sanitari, i più rappresentati sono gli studi medici (circa 128 mila), seguiti da quelli odontoiatrici (poco più 38 mila), che fanno capo esclusivamente alla sanità privata, per finire con le strutture di tipo ospedaliero (circa 2.900), delle quali il 68% è a carattere pubblico. Le strutture erogatrici dei servizi di assistenza sociale sono poco meno di 35 mila. I servizi ospedalieri

rappresentano la componente più rilevante in termini di addetti totali (662 mila), il 90% dei quali opera nell'ambito della sanità pubblica. Anche gli studi medici occupano una quota significativa di addetti, pari a circa 309 mila. La restante parte di operatori dell'area sanitaria è impegnata negli studi odontoiatrici (77 mila addetti) e negli altri servizi sanitari (56 mila addetti). Sono invece circa 326 mila gli addetti che lavorano nei servizi socio-assistenziali.

Nel complesso dunque, oltre il 74% degli operatori dell'area dei servizi socio-sanitari fa capo alle istituzioni, evidenziando la centralità delle strutture pubbliche nell'offerta delle prestazioni. Un ruolo che è ancor più rilevante in ambito sociale, dove le istituzioni assorbono oltre il 92% del totale dei lavoratori. Nell'area dei servizi sanitari, invece, gli addetti delle istituzioni rappresentano il 69% del totale.

Considerando la centralità delle strutture e dei servizi pubblici, si può anche fare riferimento alle statistiche del Sistema informativo del Ministero della Salute, che riportano i dati aggiornati al 2003. In base a tali rilevazioni, le strutture erogatrici dei servizi sanitari e socio-sanitari del Servizio Sanitario Nazionale sono 943 e comprendono 197 ASL e 746 istituti di ricovero pubblici e privati, come ad esempio i policlinici universitari, gli istituti psichiatrici, gli istituti privati a presidio delle ASL, gli enti di ricerca, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ecc. (v. Tabella).

| UNITÀ E DIPENDENTI DI ASL E STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE E PRIVATE, PER TIPOLOGIA (2003) | | | | |
|---|------------|-------------|----------------|-------------|
| Struttura | N. unità | % | N. dipendenti | % |
| ASL | 197 | 21% | 437.496 | 44% |
| Strutture di ricovero pubbliche | 746 | 67% | 557.637 | 56% |
| Aziende ospedaliere | 98 | 10% | 221.681 | 22% |
| Ospedali a gestione diretta della ASL | 534 | 57% | 259.260 | 26% |
| Strutture di ricovero equiparate | 114 | 12% | 76.696 | 8% |
| Totale | 943 | 100% | 995.133 | 100% |

Elaborazioni Istat/Orientamenti su dati Ministero della Salute, Attività gestionali ed economiche delle ASL e aziende ospedaliere - Annuario statistico del SSN - anno 2003, ed. 2004 e Personale delle ASL e degli Istituti di cura pubblici - anno 2003, ed. 2004

Il numero dei dipendenti che opera in tali strutture è pari a circa 1.000.000: di questi, oltre il 90% è occupato nelle strutture del SSN (ASL e aziende ospedaliere). Il 68,3% dei dipendenti del Sistema Sanitario Nazionale è rappresentato da personale sanitario, il 20,3% da tecnici, l'11,3% da amministrativi e lo 0,2% da ruoli professionali vari: avvocati, ingegneri, architetti, assistenti religiosi. Il personale registrato nel ruolo sanitario è costituito da circa 105 mila medici e odontoiatri e da 263 mila infermieri. Tra le strutture che erogano servizi sanitari e sociosanitari vi sono inoltre le case di cura private accreditate con il SSN che ammontano a 534 unità.

Le ASL, organizzate in distretti sanitari, erogano i servizi di assistenza primaria, ambulatoriale, domiciliare e di sostegno a famiglie, anziani o malati. Inoltre si coordinano con l'assistenza ospedaliera nel gestire le attività integrate sanitarie e socio-sanitarie delegate ai Comuni. L'assistenza sanitaria integrata rappresenta un'alternativa al ricovero ospedaliero e consiste nell'assistere i pazienti presso il loro domicilio, assicurando prestazioni mediche, infermieristiche, di aiuto domestico e di assistenza sociale. Questo tipo di assistenza fornita dalle ASL ha avuto una larga diffusione nel corso degli ultimi anni, in risposta alle politiche di riduzione degli sprechi e di integrazione sanitaria e sociale. Nel corso del 2003, i pazienti che hanno ricevuto assistenza domiciliare sono stati circa 316 mila, l'83% dei quali con un'età maggiore o uguale ai 65 anni. La principale tipologia di prestazione è stata l'assistenza infermieristica. Gli ospedali erogano l'assistenza ospedaliera per la diagnosi e la cura delle malattie acute o di lunga durata, che non possono essere affrontate ambulatorialmente o a domicilio. I posti letto per degenza ordinaria negli istituti di ricovero e cura del SSN sono circa 247 mila, di cui il 20% nelle strutture private accreditate, mentre i posti letto per day hospital, quasi interamente pubblici, sono poco più di 28 mila.

L'assistenza sanitaria non ospedaliera viene erogata dalle strutture sanitarie territoriali quali ambulatori e laboratori, strutture residenziali, semiresidenziali e territoriali di altro tipo; comprende prestazioni specialistiche come le analisi cliniche, di laboratorio e di diagnostica strumentale e tutte le attività di assistenza fornite nei centri di dialisi, negli stabilimenti idrotermali, nei centri di salute

mentale, nei consultori, nei centri distrettuali, nei centri diurni psichiatrici, nelle residenze sanitarie, nelle case protette, ecc. Gli ambulatori e i laboratori del SSN sono circa 14.500: di questi, oltre 10 mila fanno parte di strutture extraospedaliere. Le strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali sono circa 6.600, mentre quelle territoriali di altro tipo sono all'incirca 5 mila. Il numero complessivo dei posti di cui dispongono queste strutture ammonta a circa 186 mila, pari a 32 ogni 10 mila abitanti. La tipologia di assistenza fornita è rappresentata prevalentemente dall'assistenza agli anziani, alla quale vengono destinati più del 70% dei posti. L'assistenza riabilitativa viene invece fornita dagli Istituti e dai Centri per il recupero e la riabilitazione funzionale, che erogano le prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative in varie forme. Le strutture riabilitative pubbliche e private in convenzione sono 775 e dispongono di oltre 27 mila posti (il 57% per attività residenziali e il restante 43% per attività semiresidenziali) pari a 5 ogni 10 mila abitanti. Nelle strutture riabilitative lavora circa il 6% del totale del personale del SSN, pari a quasi 40 mila addetti. Questa percentuale è costituita per il 38% da terapisti e logopedisti e per circa il 10% da medici.

La spesa socio-sanitaria

Un importante elemento da analizzare è rappresentato dalla spesa, che è formata da diversi elementi:

- la spesa sanitaria di competenza pubblica, che si distingue in spesa sanitaria a gestione diretta e spesa sanitaria in convenzione;
- la spesa sanitaria a carico dei privati.

La spesa del SSN rappresenta la componente principale della spesa socio-sanitaria e riguarda sia i costi sostenuti dalle strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale (Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere) che quelli sostenuti dalle strutture private accreditate. Il SSN viene finanziato in parte da risorse derivanti dal prelievo fiscale regionale (imposte regionali, compartecipazione all'IVA, altre entrate e ricavi propri, tra cui i ticket versati dai cittadini) e in parte con risorse statali (Fondo Sanitario Nazionale). La spesa sanitaria complessiva in Italia è pari a circa 105 miliardi di euro ed è rappresentata per circa il 77% dalla spesa pubblica e per il 23% da quella a carico dei privati. Complessivamente la spesa pubblica per la sanità ammonta a circa 81 miliardi di euro e rappresenta poco più del 6% del PIL; è composta per il 60% dalla spesa sanitaria pubblica a gestione diretta e per il 40% dalla spesa sanitaria in convenzione. La spesa sanitaria a carico delle famiglie è pari a circa 24 miliardi di euro e costituisce l'1,8% del PIL. Una parte considerevole della spesa sanitaria pubblica è destinata al costo del personale sanitario (v. tabella), che nel 2003 ha assorbito una quota pari al 34%.

Poco meno di quattro quinti del costo complessivo del personale è destinato al ruolo sanitario nell'ambito del quale sono comprese le principali figure professionali del settore: Medici, Infermieri e Tecnici sanitari (v. Schede 2, 5 e dalla 11 alla 17).

La spesa per la salute e i servizi sanitari delle famiglie incide per il 3,8% sul bilancio familiare: corrisponde in media a 87 euro mensili, destinati in prevalenza a medicinali, visite mediche ed esami radiologici.

| COSTI DEL PERSONALE IN MILIONI DI EURO, DISTRIBUITI PER RUOLO (2003) | |
|---|------------------|
| RUOLO | COSTI |
| Sanitario | 22.093,33 |
| Professionista | 104,66 |
| Tecnico | 3.508,64 |
| Amministrativo | 2.235,98 |
| TOTALE | 27.942,61 |

Fonte: Ministero della Salute, Sistema Informativo Sanitario - IV trim. 2003

La domanda di servizi socio-sanitari pubblici e privati

In Italia, come in altri Paesi, si assiste ad un incremento della richiesta di servizi socio-sanitari. I fattori che contribuiscono ad alimentare la crescita della domanda e a modificare il bisogno di salute della collettività, rendendo necessario un processo di adeguamento dei servizi socio-sanitari, sono di tre tipi:

- socio-demografici: l'aumento del numero di anziani, in particolare della popolazione femminile, i mutamenti nella composizione della famiglia media (aumento di single, diminuzione del numero di figli) e l'aumento dei cittadini provenienti da Paesi in via di sviluppo;
- tecnologici: i progressi delle conoscenze medico-scientifiche se da un lato contribuiscono al miglioramento delle condizioni di salute, dall'altro, modificano la struttura della spesa sanitaria, riducendo i costi per la terapia di alcune patologie e aumentando la spesa per strumenti diagnostici sofisticati;
- comportamentali: l'accresciuta attenzione al benessere fisico, l'esigenza di maggiore qualità e tempestività delle cure e una più diffusa informazione sulle terapie disponibili comportano un aumento della domanda con conseguente incremento della spesa.

I servizi socio-sanitari in Italia sono prevalentemente erogati dal settore pubblico, anche se una parte non trascurabile di cittadini si rivolge alle strutture private, soprattutto quando sono insoddisfatti della qualità del SSN, in particolare per quanto riguarda la scarsa efficacia dei trattamenti sanitari, che genera lunghe attese necessarie per ottenere le prestazioni e insoddisfazione nei rapporti con il personale e per quanto riguarda il trattamento alberghiero (nel caso degli ospedali).

Solo il 36% delle persone che hanno subito un ricovero si dichiara molto soddisfatto per l'assistenza medica ricevuta, mentre per l'assistenza infermieristica la percentuale di cittadini soddisfatti scende al 33%. I livelli di soddisfazione inoltre variano secondo le aree territoriali, risultando maggiori nelle regioni del Nord e minori al Sud. In genere, il settore privato è preferito quando il rapporto di fiducia tra medico e paziente è particolarmente importante come, ad esempio, nella prevenzione femminile e nella gravidanza.

Un'altra quota importante di domanda rivolta al privato è relativa all'assistenza odontoiatrica, essendo l'offerta pubblica più carente.

In altri casi, il ricorso alle strutture private riguarda servizi che non vengono offerti dal settore pubblico perché non sono considerati essenziali, oppure sono rivolti a soddisfare nuovi bisogni dettati dal progresso scientifico e non ancora recepiti come tali dal sistema nazionale. Il servizio privato si sostituisce dunque a quello pubblico quando quest'ultimo non consente un facile accesso alle prestazioni sanitarie.

Proprio per migliorare accessibilità e qualità dell'assistenza e per soddisfare le necessità non coperte dal SSN, il Decreto Legislativo 229/99 ha introdotto la possibilità per il personale medico di svolgere attività privata all'interno delle strutture pubbliche (intramoenia).

LE DINAMICHE IN ATTO NELL'AREA

Negli ultimi anni il sistema sanitario ha visto importanti cambiamenti finalizzati a migliorare l'assistenza e al tempo stesso rivolti alla riduzione degli sprechi della spesa sanitaria. Questo duplice obiettivo è stato perseguito attraverso la deospedalizzazione, potenziando contemporaneamente le strutture territoriali e residenziali, che sono lo strumento principale per l'integrazione tra gli interventi sanitari e quelli di natura sociale. Le leggi finanziarie, che si sono susseguite dagli inizi degli anni '90 ad oggi, hanno profondamente influito sull'area dei servizi socio-sanitari. In particolare, l'obiettivo del contenimento della spesa ha comportato:

- la riorganizzazione della rete ospedaliera, con la riduzione del 5% dei posti letto;
- la creazione dei dipartimenti ospedalieri, al fine di ottimizzarne l'attività;
- il controllo diretto da parte delle Regioni nella gestione delle risorse;
- l'incentivazione allo spostamento delle attività ospedaliere verso l'assistenza diurna e quella domiciliare;

- diversi interventi nei confronti del personale del settore: dal blocco delle assunzioni, al recupero del personale in esubero con l'attivazione di procedure di mobilità, all'incentivazione del part-time, ecc.

Dal punto di vista occupazionale, fra il 1999 ed il 2003, il SSN ha registrato un incremento del personale pari al 5%. Sono state soprattutto le ASL a registrare l'incremento più elevato in termini assoluti con un aumento di circa 18 mila dipendenti, pari al 4,3%. Nelle aziende ospedaliere si è verificata invece una variazione percentuale rispetto al 1999 del 6,5% corrispondente a circa 14 mila dipendenti.

Il maggior contributo alla crescita dei dipendenti del SSN nel quinquennio 1999-2003 proviene dal personale sanitario che è aumentato di circa 32 mila unità, registrando una variazione percentuale dell'8%.

L'aumento, rispetto al 1999, è stato pari all'11,6% per i medici e gli odontoiatri e al 6,8% per il personale infermieristico. Tra il 1995 e il 2003 la spesa sanitaria pubblica è aumentata del 68%, passando da circa 49 a poco più di 81 miliardi di euro ed è aumentato anche il costo medio pro-capite che ha raggiunto i 1.407 euro. Nel medesimo periodo la spesa sanitaria delle famiglie è passata da poco più di 17 miliardi a circa 24 miliardi di euro, registrando un incremento del 38% rispetto al 1995. La spesa sanitaria pubblica è stata caratterizzata da andamenti diversi per le varie funzioni che la compongono.

In particolare, la spesa per il personale ha risentito tra il 2000 e il 2003 dei provvedimenti volti al contenimento dei costi (vedi tabella): questa voce, che rappresenta quasi l'80% del totale della spesa sanitaria, ha infatti registrato una diminuzione sulla spesa pubblica totale.

| EVOLUZIONE DELLA SPESA SANITARIA PER IL PERSONALE (2000-2003) | | |
|---|------------------------|---------------------------------------|
| Anno | Spesa per il personale | Incidenza sulla spesa pubblica totale |
| 2000 | 25.618,58 | 36,51% |
| 2001 | 26.823,90 | 35,19% |
| 2002 | 27.693,05 | 34,89% |
| 2003 | 27.942,61 | 34,33% |

Fonte: Elaborazioni Tecos su dati Ministero della Salute, Sistema Informativo Sanitario, marzo 2004

L'evoluzione della formazione

Il settore dei servizi socio-sanitari è stato caratterizzato da importanti riforme che hanno interessato la formazione dei professionisti del settore.

La prima innovazione consiste nell'introduzione della formazione continua, un requisito indispensabile per poter svolgere l'attività professionale, comprese le funzioni dirigenziali.

La recente istituzione del programma di **Educazione Continua in Medicina** (conosciuto con la sigla **ECM**) ha consacrato il "diritto-dovere" per i professionisti della sanità all'aggiornamento continuo.

Attualmente, la formazione del personale sanitario si suddivide in formazione di base e formazione continua. La prima comprende la formazione scolastica, quella professionale ed accademica degli operatori del settore ed è finalizzata al conseguimento di titoli di studio, attestati professionali o titoli accademici per l'accesso all'esercizio delle professioni in ambito sanitario e socio-sanitario. La seconda, entrata a regime a partire dal 2002, consiste nell'obbligo della formazione continua per tutto il personale sanitario, medico e non medico, dipendente o libero professionista, operante nella sanità sia privata che pubblica.

L'ECM comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente. L'aggiornamento professionale è l'attività successiva al corso di laurea, di specializzazione, di formazione complementare e di formazione specifica in medicina generale, diretta ad adeguare per tutto l'arco della vita lavorativa le conoscenze professionali. La formazione permanente comprende le attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali ed i comportamenti degli operatori sanitari nei confronti del progresso scientifico e tecnologico, con l'obiettivo di garantire efficacia, adeguatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio Sanitario Nazionale.

Il personale sanitario può adempiere a tale obbligo assistendo ad eventi formativi (convegni, congressi, corsi, laboratori, stage, seminari, soggiorni di studio, ecc.), oppure partecipando a studi clinici controllati e ad attività di ricerca, di sperimentazione e di sviluppo o seguendo percorsi formativi autogestiti.

Ogni evento permette di acquisire un certo numero di crediti formativi, calcolato in base ad indicatori fissati dalla Commissione nazionale per l'ECM, appositamente istituita dal Ministero della Salute. Tale Commissione ha infatti stabilito che ciascun operatore sanitario deve acquisire un certo numero di crediti formativi nell'arco di un determinato periodo di tempo. Attualmente il numero dei crediti è pari a 150 da acquisire entro il 2006, mentre a partire dal 2007, per adeguarsi ai programmi di ECM europei, i 150 crediti dovranno essere acquisiti in tre anni. I crediti formativi ECM sono quindi una misura dell'impegno e del tempo che ogni operatore della Sanità deve dedicare annualmente alla propria formazione, al fine di migliorare il livello qualitativo delle proprie prestazioni.

La seconda innovazione è stata l'introduzione nel 2001 dei corsi di laurea per le professioni sanitarie che vengono definite "non mediche": dal diploma accademico si è passati alla laurea triennale che successivamente permette, con l'eventuale proseguimento degli studi per altri due anni, il conseguimento di una laurea specialistica.

A quest'ultima laurea, come pure ai master e agli altri corsi di formazione post-base attivati dalle università, possono accedere anche i professionisti sanitari in possesso del diploma universitario conseguito con la normativa precedente o quelli in possesso del diploma di assistente sociale.

In particolare sono state attivate quattro classi di laurea concernenti:

1. le professioni sanitarie infermieristiche e di ostetricia;
2. le professioni sanitarie della riabilitazione;
3. le professioni sanitarie tecniche;
4. le professioni sanitarie della prevenzione.

La terza innovazione, infine, riguarda l'introduzione di una formazione specifica, successiva al corso di laurea per i medici di medicina generale. Il decreto legislativo n. 368/1999 (attuando una direttiva del Consiglio Europeo volta ad agevolare la libera circolazione dei medici all'interno dell'UE) ha ridisciplinato la formazione medica, stabilendo che per l'esercizio dell'attività di medico chirurgo di medicina generale nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale è necessario il possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale; tale diploma è da acquisire presso le Scuole di specializzazione universitarie o attraverso la frequenza di corsi di formazione specifica in medicina generale, di durata variabile, a seconda della specialità, con frequenza obbligatoria.

Il comparto sanitario

Per delineare i tratti che caratterizzano il settore non si può prescindere da un'analisi delle tappe fondamentali del processo di riforma che ha interessato quest'area negli ultimi decenni.

Le fasi più significative di questa trasformazione sono quattro:

1) L'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) con la legge del 23 dicembre 1978, n° 833 e la contemporanea soppressione degli Enti mutualistici che erogavano le prestazioni sanitarie a specifiche categorie sociali od occupazionali. È stato realizzato così un sistema universalistico di tutela della salute (prevenzione, cura e riabilitazione) organizzato capillarmente sul territorio nazionale, attraverso le Unità Sanitarie Locali (USL).

L'USL si configurava come una struttura operativa comunale, cui veniva affidato l'espletamento delle attività di assistenza sanitaria del Sistema Sanitario Nazionale. Era priva di personalità giuridica, il suo ambito territoriale era delimitato in base a gruppi di popolazione ed era suddiviso in entità territoriali più piccole, i "distretti sanitari di base: strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e pronto intervento".

Tramite gli strumenti della programmazione e della partecipazione, la legge del '78 intendeva realizzare gli obiettivi - peraltro comuni a tutte le leggi sanitarie dei Paesi industrializzati - della tutela della salute, del governo della spesa sanitaria e del decentramento gestionale e amministrativo.

Purtroppo, dopo alcuni anni, risultava in gran parte una legge inapplicata e, quindi, incompiuta. Non risultavano migliorate né la qualità delle prestazioni, né la tempestività delle erogazioni, a fronte però di inefficienze sul piano della spesa, del personale e delle strutture.

2) I **Decreti legislativi 502/92 e 517/93** che hanno aperto la strada al cambiamento, riordinando l'intera materia. È stata avviata così una complessiva riforma del SSN, che ha modificato non solo la struttura, il ruolo e le funzioni dei principali soggetti istituzionali, ma anche le modalità di funzionamento dell'intero sistema, introducendo per la prima volta una serie di indicatori per il controllo di qualità dell'assistenza.

Schematicamente le riforme introdotte dai due decreti possono essere riassunte così:

- Gli Enti di gestione delle attività del Servizio Sanitario vengono riorganizzati secondo un modello aziendale a conduzione manageriale.
- Le USL sono accorpate e concentrate in **228 Aziende Sanitarie Locali (ASL)**, dotate di personalità giuridica, alle quali viene attribuita autonomia organizzativa, amministrativa e patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, inserendo così la gestione dei servizi sanitari in un contesto di tipo privatistico.

Esse sono affidate a Direttori generali che, con contratti di durata quinquennale, verificano la corretta gestione delle risorse ed il buon andamento dell'amministrazione. Al Direttore generale si affiancano il Direttore amministrativo e il Direttore sanitario.

Le ASL sono articolate in distretti e presidi. I **distretti** sono entità completamente autonome, in cui confluiscono diversi servizi sociali (età geriatrica, disabilità e handicap, malattia mentale, tossicodipendenza, ecc.), l'assistenza domiciliare e il Centro unico di prenotazione (CUP). Essi sono decentrati dalla gestione della ASL ed hanno un proprio dirigente. I **presidi** sono invece vere e proprie aziende, anch'esse autonome, che forniscono prestazioni specialistiche a pagamento.

A fianco delle Aziende Sanitarie vi sono le **Aziende Ospedaliere**, che offrono ai cittadini prestazioni e servizi di alta qualità e specializzazione, indipendentemente dalla zona di residenza, come ad esempio i Policlinici Universitari. Dall'inizio del 1997 le Aziende Ospedaliere devono essere organizzate in Dipartimenti, ossia in unità operative omogenee (affini o complementari) con finalità comuni. Sono obbligatori per legge quello di Salute mentale - con i servizi psichiatrici - e il Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) con il servizio di pronto soccorso, anestesia e rianimazione.

3) Il **Piano Sanitario Nazionale (PSN) 1998-2000** ed il **Decreto legislativo 229/99** rappresentano ulteriori modifiche del Servizio Sanitario Nazionale, modifiche che prendono le mosse dai limiti che la stessa riforma dei primi anni Novanta ha dimostrato. Il Piano Sanitario Nazionale articola tutte le attività e le prestazioni sanitarie in tre aree: assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera, assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro.

4) Il **Piano Sanitario 2003-2005** e gli ultimi orientamenti del sistema: la fase attuale segna un ulteriore passaggio del SSN, in conseguenza dell'avanzato processo di decentramento dei poteri alle Regioni. Tale processo è orientato al principio di sussidiarietà, inteso come partecipazione di diversi soggetti alla gestione dei servizi, partendo da quelli più vicini ai cittadini.

Per garantire un SSN efficiente ed in grado di rispondere ai bisogni della collettività in tema di assistenza socio-sanitaria, nel 2003 è stato adottato il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005.

Il Piano, rispondendo ai principi di riforma in senso federalista degli assetti istituzionali dello Stato, delinea gli obiettivi futuri del SSN attraverso la realizzazione di 10 progetti strategici:

- attuare, monitorare e aggiornare l'accordo sui livelli essenziali ed appropriati di assistenza e ridurre le liste di attesa;
- promuovere una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili;
- garantire e monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria e delle tecnologie biomediche;
- potenziare i fattori di sviluppo della sanità;
- realizzare una formazione permanente di alto livello in medicina e sanità;
- promuovere l'eccellenza e riqualificare le strutture ospedaliere;

- promuovere il territorio quale sede primaria di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari, potenziando i servizi di urgenza ed emergenza;
- promuovere la ricerca biomedica e biotecnologica e quella sui servizi sanitari;
- promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute;
- promuovere un corretto impiego dei farmaci e la farmacovigilanza.

Un aspetto rilevante del nuovo piano è costituito dalla valorizzazione delle risorse umane, rendendo più flessibili i passaggi di carriera all'interno delle strutture.

Nell'ultimo decennio sono avvenuti importanti cambiamenti degli assetti organizzativi; tra questi, vanno certamente ricordati: lo scorporo delle progressioni di carriera dei professionisti dalla struttura organizzativa: in passato la crescita all'interno della struttura era basata esclusivamente su meccanismi di tipo concorsuale, volti all'attribuzione di ruoli di responsabilità sulla linea gerarchica. Tale procedura si basava sulla presenza di posizioni vacanti, in assenza delle quali la crescita poteva avvenire solo creando ulteriori posizioni e livelli intermedi con un appesantimento della struttura; l'introduzione di meccanismi retributivi misti, nei quali alla retribuzione legata al contratto collettivo nazionale si affianca una parte connessa al raggiungimento di determinati risultati.

Un altro aspetto importante riguarda l'impiego delle moderne tecnologie della comunicazione e dell'informatica come supporto ai servizi di assistenza medica, come ad esempio la messa a punto di sistemi di tele-assistenza in favore di particolari categorie di pazienti (anziani, malati cronici, disabili, ecc.) o di popolazioni residenti in aree rurali e montane, oppure creando connessioni di rete tra diverse strutture localizzate sul territorio nazionale, attraverso cui facilitare la gestione delle cure di pazienti affetti da particolari patologie e l'interazione professionale e scientifica tra i diversi centri ospedalieri. L'introduzione di queste tecnologie comporta la necessità per le ASL e le Aziende Ospedaliere di dotarsi di competenze informatiche, sia per quanto riguarda la gestione delle infrastrutture, sia per le stesse professionalità mediche e paramediche, chiamate a dialogare a distanza con i pazienti.

Il comparto socio-sanitario

Nella nuova organizzazione della sanità pubblica viene valorizzato il livello distrettuale, all'interno del quale si articolano le attività territoriali, integrando le azioni sanitarie e sociali e la collaborazione con i soggetti privati. Una delle finalità di questa architettura è la riduzione dei tempi di permanenza dei malati nelle strutture ospedaliere, aspetto che risponde al duplice obiettivo di razionalizzare la spesa sanitaria e di assicurare ai pazienti un miglioramento delle condizioni di vita ed un decorso post-ospedaliero assistito.

Data la forte spinta in questa direzione, negli ultimi anni si è registrato un continuo aumento di soggetti privati, generalmente definiti con il termine di "terzo settore" o "privato sociale", che operano integrando o sostituendo le strutture sanitarie tradizionali. Tali soggetti spesso agiscono, per delega della ASL, nell'ambito dei servizi sociali comunali. Questo nuovo modello organizzativo, basato anche sul Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 14 febbraio 2001 che ha fissato la suddivisione dei finanziamenti tra SSN e Comuni, include il coinvolgimento di 3 componenti: (1) l'ospedale, che porta a domicilio del paziente alcune terapie specialistiche, (2) il distretto, cui è affidato il compito di assicurare tali cure, attraverso la figura del medico di famiglia, (3) i servizi sociali erogati per delega dallo stesso distretto o dal Comune.

LA SELEZIONE E LA DEFINIZIONE DELLE FIGURE TIPO

I professionisti dell'area socio-sanitaria si possono ripartire in tre distinti settori: **dirigenziale; sanitario e sociale; amministrativo**. Quello sanitario e sociale è fondamentale perché comprende le principali figure professionali caratteristiche dell'area in esame; non mancano tuttavia figure tipiche anche nel settore dirigenziale, alle quali spetta il difficile compito di conciliare i vincoli di bilancio con l'offerta di servizi adeguati ai bisogni di salute della popolazione.

Le professionalità interessate dall'area sanitaria e sociale si possono suddividere in quattro grandi gruppi in base al tipo di attività svolta – medica, sanitaria, tecnica o ausiliaria - e al percorso formativo:

- professioni sanitarie mediche, per le quali è richiesta la laurea specialistica;
- professioni sanitarie non mediche, per le quali è richiesta la laurea triennale;
- professioni socio-sanitarie tecniche, per le quali è richiesta la laurea triennale;
- professioni socio-sanitarie ausiliarie, per le quali non è richiesta la laurea.

Le **professioni sanitarie mediche** comprendono i Medici, gli Odontoiatri e i Farmacisti.

Nelle **professioni sanitarie non mediche** oltre ai profili per i quali è sempre stata necessaria la laurea come il Biologo sanitario, il Chimico, il Fisico sanitario, rientrano oggi anche quattro distinte categorie professionali:

1) le **professioni sanitarie infermieristiche e ostetriche**, che includono l'Infermiere, l'Infermiere pediatrico e l'Ostetrica;

2) le **professioni sanitarie riabilitative**, che comprendono il Fisioterapista, il Logopedista il Podologo, l'Ottico e l'Ortottista, il Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, il Tecnico della riabilitazione psichiatrica, il Terapista occupazionale e l'Educatore professionale;

3) le **professioni tecnico-sanitarie**, a loro volta articolate in: *area tecnico-diagnostica*, comprendenti il Tecnico audiometrista, il Tecnico sanitario di laboratorio biomedico, il Tecnico sanitario di radiologia medica e il Tecnico di neurofisiopatologia; *area tecnico-assistenziale*, che includono il Tecnico ortopedico, il Tecnico audioprotesista, il Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, l'Igienista dentale e il Dietista;

4) le **professioni tecniche della prevenzione**, come il Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro e l'Assistente sanitario.

Le **professioni socio-sanitarie tecniche** comprendono figure dotate di un titolo di studio universitario come lo Psicologo, il Sociologo e l'Assistente sociale, che si distinguono da quelle precedenti per il carattere tipicamente sociale e socio-assistenziale.

Le **professioni socio-sanitarie ausiliarie** infine, sono quelle ancora prive di percorsi formativi ben definiti: vi rientrano figure che svolgono attività non sanitarie, necessarie all'erogazione di alcuni servizi sanitari e socio-sanitari, come gli Operatori termali, gli Operatori tecnici addetti ai servizi ausiliari, gli Operatori socio-sanitari e così via.

La selezione delle figure tipo da esaminare nel dettaglio è stata fatta considerando il contenuto sanitario e socio-sanitario delle prestazioni, al fine di rappresentare in maniera equilibrata entrambi gli aspetti. È stato inoltre valutato il livello di specializzazione dei vari profili, selezionando quelle figure la cui professionalità richiede diversi titoli di studio: corso di formazione post diploma, laurea triennale, laurea specialistica, scuola di specializzazione e così via.

Si è cercato infine di individuare le figure emergenti, in quanto nuove o maggiormente richieste dalle strutture socio-sanitarie pubbliche e private.