

DISPENSA LEZIONE 1

Antica Roma

Misure attuate per la salvaguardia delle condizioni igienico sanitarie.

Acqua: risanamento di zone paludose insalubri e con malaria mediante costruzione di canali di drenaggio, sorveglianza dello smaltimento delle acque di rifiuto, costruzione di acquedotti e 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 familiari. Sia la cremazione che l'inumazione dei cadaveri deve avvenire fuori dalla città.

Igiene alimentare: sorveglianza sui generi alimentari in particolare grano e carni. Controllo di qualità sui prodotti in vendita nei mercati.

Norme igieniche: erano presenti leggi che regolavano la nettezza urbana, le fognature, lo svuotamento dei pozzi neri, la manutenzione delle strade ecc...

Non erano presenti veri e propri ospedali ma:

Valetudinaria: erano infermerie private dove i patrizi curavano familiari e schiavi.

Medicatrinae: erano situate vicino ai tempi di Esculapio dove i malati erano tenuti in osservazione e cura dai medici e loro discepoli.

A partire dal 1000 d.C.

Con la caduta dell'Impero Romano e l'entrata in crisi della struttura legislativa dello Stato romano è la Chiesa cattolica che rappresenta la struttura che si fa carico di problemi come l'istruzione e l'assistenza. Tutte le malattie epidemiche rapidamente diffusibili venivano definite pestilenze. (In Europa c'era una pestilenza ogni 10-15 anni, un esempio sono le epidemie di peste bubbonica dal 1347 al 1350, la lebbra, il colera, la malaria, il vaiolo, lo scorbuto ecc...)

Da queste situazioni nasce la necessità di allontanare i malati dal resto della comunità, venivano prese misure come la sospensione dei funerali, i malati venivano seppelliti fuori dalla città, le persone che avevano assistito il malato dovevano recarsi fuori città per 10 giorni e le navi provenienti da paesi sospetti dovevano rimanere fuori dal porto per 40 giorni. (Da qui deriva il termine quarantena utilizzato oggi).

Inoltre durante questo periodo storico si sono consolidate 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

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

Come già detto la Chiesa Cattolica si prende carico dell'assistenza sanitaria ai malati. Nasce l'assistenza caritativa a malati e poveri da parte di ordine e congregazioni religiose, creando strutture di ricovero per anziani e malati e lazzeretti per malati durante le epidemie. Alcune volte anche le corporazioni di arti e mestieri cominciano a costituire e gestire strutture di accoglienza simili.

Nascono quindi anche gli *Hospes* e cioè strutture e centri di accoglienza e soccorso non specializzati. Sono gestiti da congregazioni religiose e ordini e potevano essere di diversi tipi:

- *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.

Un'altra forma di aiuto per i malati che si sviluppa sono le *Opere Pie*, nate da donazioni di benefattori che lasciavano il loro patrimonio per la costituzione dell'ospedale o 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. In questo modo 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, seguono gli ospedali di Pistoia e di Firenze e successivamente gli altri distribuiti nella penisola.

Verso il Rinascimento

Solo attorno 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. Nascono così i Lazzaretti. Essi seguivano particolari norme come distanza dal centro abitato per impedire il contagio tramite fossati, acqua di mare, fiumi ecc...

Caratteristica comune di questo periodo storico è che la salute non è considerata come 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 quindi 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. Nasce comunque in questo periodo storico la figura del medico pubblico e vengono istituiti i primi contratti di condotta.

A partire dal '800

Nell'800 cominciano a verificarsi importanti trasformazioni sociali, culturali e politiche.

In Inghilterra a partire dagli anni 30 dell'800 viene attuato un programma di risanamento delle città, viene istituito il Servizio Nazionale di sanità pubblica (Public Health Act 1848) Cit. 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".

In Francia durante la Rivoluzione francese viene scritta la: "Dichiarazione dei diritti dell'uomo e del cittadino (1789)", nasce la consapevolezza che la salute non è solo un bene del singolo ma della società, del singolo che è costitutivo del tessuto sociale...".

Durante l'epoca napoleonica, definita l'epoca d'oro della vaccinazione, nell'Italia della Repubblica Cisalpina sono promosse campagne vaccinali con vaccino antivaaioloso

Nella seconda metà dell'800 la Francia diventa punto di riferimento per le politiche sociali.

Possibilità ulteriori dati su Germania e vari sistemi sanitari mondiali...

Tutela della salute dopo il 1861 in Italia

In Italia nel 1844 nascono le Società di Mutuo Soccorso. La Prima nasce a Pinerolo, diffondendosi poi in altre regioni (Piemonte, Lombardia, Emilia e Toscana). Ottengono il riconoscimento giuridico nel 1886. Le mutue sono associazioni che in cambio di una contribuzione assicurano ai loro iscritti ed ai loro famigliari forme assistenziali e previdenziali in base alla disponibilità economiche delle stesse. Le casse mutualistiche costituite furono l'INAM (Istituto Nazionale per l'assicurazione contro le malattie), poi divenuto INPS dal 1943. INAIL (Istituto Nazionale Assicurazione contro gli infortuni sul lavoro), che gestisce l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali. ENPALS (ente nazionale previdenza ed assistenza lavoratori dello spettacolo).

- *1888*: vien affidata al Ministero dell'Interno la *Direzione generale per la sanità* (livello centrale). Invece i Prefetti e i Sindaci (livello locale) sono tenuti all'istituzione del *Medico Provinciale* e dell'*Ufficiale Sanitario*. Sempre del 1888 è la legge Crispi-Pagliani (1888 n. 5849), sulla tutela dell'Igiene e della sanità pubblica”.
- *1890*: (Legge 17 Luglio 1890 n. 6972) legge Crispi (norme sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza”. Le Opere Pie che nascono dalla tradizione caritativa della Chiesa Cattolica per l'assistenza sanitaria vengono trasformate in Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza (IPAB). Vengono quindi inserite nella pubblica amministrazione, sono regolamentate e sottoposte a controllo sia per la funzione assistenziale sia per i patrimoni accumulati nei secoli. La funzione di controllo viene svolta dal Ministero dell'Interno (a livello provinciale tramite il Prefetto). Tutti gli ospedali esistenti sul territorio diventano IPAB. La legge interviene quindi sull'organizzazione e sulla gestione. È quindi il primo tentativo di laicizzare il settore della sanità.
- *1934*: (RD n. 1265 del 27 Luglio 1934) “Testo unico delle leggi sanitarie”. Comportava aspetti organizzativi a livello:
 - Centrale: (Direzione Generale di Sanità Pubblica) viene istituito il Consiglio Superiore di Sanità Pubblica e l'Istituto di Sanità Pubblica.
 - Provinciale: creazione degli Uffici Sanitari Provinciali, del Consiglio Provinciale di Sanità e del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi.
 - Comunale: compongono questo livello il Sindaco, l'Assessore alla Sanità e l'Ufficiale Sanitario per la tutela della salute pubblica.

Il decreto concerne norme in materia di:

- Esercizio di professioni e arti sanitarie.
 - Igiene suolo e abitato.
 - Tutela igienica di acqua potabile, alimenti e bevande.
 - Lotta contro malattie infettive e di “interesse sociale”.
 - Polizia mortuaria.
- *1945*: (Decreto 12 Luglio 1945 n. 417), con esso viene istituito l'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità Pubblica (ACIS) con lo scopo di “tutela della sanità pubblica, coordinamento e vigilanza su organizzazioni sanitarie e enti con scopo di prevenire e combattere le malattie sociali”.

- 1948: (Articolo 32 della Costituzione della Repubblica Italiana)
 - 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 in nessun caso può violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

- 1958: (Legge 13 Marzo 1958 n. 296) concernente l'Istituzione del Ministero della Sanità, con l'obiettivo di creare una direzione unica e articolata di politica sanitaria. Aveva le seguenti articolazioni:
 - Livello centrale: composto dal Consiglio Superiore di Sanità Pubblica e dall'Istituto Superiore di Sanità.
 - Livello periferico: composto dagli Uffici di Medici e Veterinari Provinciali, dagli Uffici Sanitari dei Comuni e dei consorzi dei Comune e dagli Uffici Sanitari specifici (ad esempio quelli delle zone di confine).

Il sistema mutualistico comportava però l'insorgenza di diverse problematiche tra cui l'accesso alle prestazioni dei cittadini diversificato a causa di pluralità di enti e la mancanza di programmazione nazionale con conseguenti squilibri in strutture e modalità operative. A partire dall'attuazione di questa legge si comincia a riflettere sulla possibile chiusura degli enti mutualistici e sulla creazione del Servizio Sanitario Nazionale.

- 1968: (Legge del 12 Febbraio 1968 n.132 "Legge Mariotti") concernente gli "Enti ospedalieri e l'assistenza ospedaliera". Questa legge prevedeva una profonda innovazione degli ordinamenti degli ospedali pubblici
Costituisce le basi di una riforma ospedaliera complessiva che prevede la costituzione degli Enti ospedalieri (che vanno a sostituire le IPAB) governati da un Consiglio di Amministrazione. Essi sono dotati di personalità giuridica e sono effettivamente le istituzioni che sono deputate al ricovero e cura degli infermi. Gli enti furono classificati in base ai livelli di competenza:
 - Regionale: altissima specialità
 - Interprovinciale: alta complessità
 - Provinciali: media complessità
 - Di comunità: di base

I nosocomi diventano enti ospedalieri autonomi, con stessa organizzazione e indirizzati allo svolgimento di attività di ricovero e cura con attività di programmazione ospedaliera e piano assistenziale ospedaliero da raccordare con i piani regionali.

- 1972: (D.P.R. 14 Gennaio 1972 n.4), tutte le funzioni amministrative esercitate dagli organi centrali e periferici dello Stato in materia di assistenza sanitaria sono trasferite alle regioni a statuto ordinario.

- 1974: (Legge 17 Agosto 1974 n. 386) concernente l'inizio dello scioglimento del sistema delle casse mutue. Il motivo del fallimento economico delle casse mutue fu un notevole incremento progressivo dei costi di gestione a fronte di un mancato incremento delle entrate. Tra le cause principalmente imputabili troviamo l'aumento del costo della vita, l'inflazione

e il conseguente aumento dei costi dei servizi erogati a parità di salari. Gli enti mutualistici inoltre non adeguarono annualmente le rette di degenza per cui gli ospedali garantirono via via un'assistenza sempre migliore ed efficiente a fronte di rette di degenza che non coprivano i reali costi. Per finire negli ospedali andarono progressivamente ad esaurirsi le fonti di finanziamento di natura caritativa. Si creò così la necessità di una fonte di entrate e si creò la retta di degenza. Ogni paziente è giornalmente una fonte di reddito per l'ospedale tanto più la sua degenza di prolunga.

- 1978: (Legge 23 Dicembre 1978 n.833 “*Prima Riforma*”) Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Viene attuato come strumento operativo per la garanzia della tutela della Salute dei cittadini ad accesso universale.
 - Definitivo superamento del sistema mutualistico, scioglimento di enti con finalità assistenziali e confluenza verso l'istituendo SSN.
 - Art. 1 Legge 833: “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il Sistema Sanitario Nazionale. La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana”.
 - “... Il Servizio Sanitario Nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio...”.

Con la Prima Riforma vengono:

- Incamerati 1207 Enti Ospedalieri.
- Assorbiti gli enti mutualistici e la loro attività.
- Create 657 Unità Sanitarie Locali (USL). Le USL sono gli enti che devono assolvere i 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. Compongono le USL le strutture ospedaliere del territorio, la medicina di base, il servizio farmaceutico, l'igiene pubblica, l'igiene mentale, il servizio veterinario e la medicina preventiva e igiene del lavoro.

Il Servizio Sanitario Nazionale con la Legge 833 prevedeva:

- Assistenza medica di base.
- Assistenza ospedaliera.
- Assistenza specialistica.
- Assistenza farmaceutica.

I tre principi alla base del Sistema Sanitario Nazionale sono:

- Principio di universalità.
- Principio di uguaglianza.
- Principio di globalità.

Tra gli obiettivi della Legge 833 del 1978 con la conseguente istituzione del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) troviamo:

- Estensione dell'assistenza sanitaria.
- Diagnosi, cura e riabilitazione in ottica di globalità.
- Prevenzione di malattie e infortuni in ogni ambito di vita e lavoro.
- Igiene e salubrità di ambienti di vita, di lavoro e di alimenti. Controllo di igiene ambientale.
- Tutela maternità, infanzia, salute in età evolutiva e anziani, attività sportive, salute mentale.
- Superamento di squilibri territoriali garantendo livelli uniformi di assistenza.
- Centralità di programmazione per organizzazione di servizi (Piano Sanitario Nazionale PSN e Piano Sanitario Regionale PSR).
- Finanziamento attraverso il Fondo Sanitario Nazionale.

Secondo il testo della Prima Riforma i livelli di competenza erano tre:

- Stato: funzioni di programmazione generale e di stanziamento delle risorse. Gli enti addetti a queste mansioni sono: Parlamento, Governo, Ministero della Sanità, Consiglio Sanitario Nazionale (CSN), Consiglio Superiore di Sanità (CSS), Istituto Superiore di Sanità (ISS), Istituto Superiore per la Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro (ISPELS), Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE).
- Regioni: funzioni legislative, programmatiche e di coordinamento. Gli enti addetti a queste mansioni sono: Consiglio Regionale, Giunta Regionale, Assessorato Regionale alla Sanità, Presidi e Servizi Multizonali, Consiglio Sanitario Regionale (CSR), Osservatorio Epidemiologico Regionale.
- Comuni: compiti di gestione amministrativa diretta (USL) Gli enti addetti a queste mansioni sono: Unità Sanitaria Locale (USL), Distretto Sanitario di Base.

Il modello sanitario previsto secondo la legge 833 entra in crisi per due fattori principali:

- Insoddisfazione dei cittadini utenti circa la qualità delle prestazioni, essendoci una forte disparità di offerta di servizi nelle diverse regioni.
- Incontrollabilità di spesa sanitaria, alimentata da continui deficit causati da una forte deresponsabilizzazione economica e incontrollabilità dei costi.

Da qui ne deriva la necessità di una nuova riforma per aumentare l'economicità di gestione e la responsabilizzazione di soggetti interessanti.

- 1992/1993: (Riordino del SSN D.Lgs. n.502/1992 e 517/1993 “Seconda Riforma”)
 - Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”

- Decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 “Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”

Con questi due Decreti Legislativi si attua una profonda trasformazione del servizio sanitario mediante un riordino della disciplina in materia sanitaria. Si passa quindi da una concezione di assistenza pubblica illimitata ed incondizionata ad una concezione di assistenza pubblica con spesa sociale e sanitaria proporzionata ad una effettiva realizzazione di entrate. Si attua quindi una riorganizzazione funzionale del servizio pubblico per un recupero di efficienza, economicità e qualità.

La Seconda Riforma si basa su questi principi riformatori:

- Ottimale e razionale utilizzazione delle risorse.
- Migliore efficacia e produttività del SSN, creazione di un sistema di concorrenzialità.
- Equità distributiva.
- Contenimento della spesa.

Tra i punti salienti della riforma troviamo:

- Rafforzamento del ruolo delle Regioni.
- Aziendalizzazione di strutture di produzione ed erogazione di servizi sanitari.
- Competitività tra pubblico e privato e adozione di accreditamento come prerequisito per esercizio di attività sanitarie.
- Adozione metodo di verifica e revisione della qualità delle prestazioni.
- Nuovo modello di finanziamento.
- Partecipazione del cittadino alla fase gestionale ed organizzativa del SSN.
- Definizione di Livelli Uniformi di Assistenza sul territorio nazionale.

Con la Seconda Riforma vengono garantiti a tutti i cittadini i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e cioè la minima prestazione erogabile. (Art. 1 D. Lgs 502/1992 "Il Servizio Sanitario Nazionale garantisce a tutti i cittadini i LEA attraverso le risorse finanziarie pubbliche"). I LEA possono essere definiti come prestazioni e servizi essenziali, necessari e appropriati per rispondere ai bisogni fondamentali di tutela della salute dei cittadini.

Le Unità Sanitarie Locali vengono sostituite dalle Aziende Sanitarie.

- Aziende Unità Sanitarie Locali: con competenza per ambito territoriale.
- Aziende Ospedaliere: costituite da ospedali di rilievo nazionale e alta specializzazione, policlinici universitari e istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico.

Le Aziende Sanitarie sono dotate di:

- *Personalità giuridica pubblica*: (essendo un soggetto istituzionale deputato alla gestione dei servizi sanitari).
- *Autonomia organizzativa*.
- *Autonomia amministrativa*.
- *Autonomia patrimoniale*.
- *Autonomia contabile*.
- *Autonomia gestionale*.

- *Autonomia tecnica.*

La Seconda Riforma presenta importanti innovazioni:

- Aziende autonome con personalità pubblica.
- Riduzione del numero.
- Finanziamento in quota capitaria e a tariffa.
- Direttore Generale, coadiuvato da Direttore Sanitario Aziendale e Direttore Amministrativo.
- Dirigenza sanitaria articolata su due livelli.
- Sistema di accreditamento.
- Obbligo di pubblicità dei risultati.
- Istituzione del Dipartimento di Prevenzione.

Le Aziende Sanitarie Locali (ASL) sono composte da i seguenti organi:

- *Direttore Generale (DG)*: nominato dalla Regione, rappresentante legale, titolare di poteri gestionali e responsabile dei risultati conseguiti.
 - *Collegio dei Revisori*: composto da 5 membri, due designati dalle Regioni, una dal Dicastero del Tesoro, uno dal Dicastero della Sanità e uno dalla Conferenza dei sindaci. Ha compiti di controllo amministrativo.
 - *Direttore Amministrativo (DA)*: con funzioni di direzione dei servizi amministrativi.
 - *Direttore Sanitario (DS)*: con funzioni di direzione dei servizi sanitari.
- *1999: (Decreto Legislativo 19 Giugno 1999 n.229 Riforma Bindi “Terza Riforma”). “Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell’articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n.419”.*
 - *Art. 1, Comma 1 "La tutela della salute come diritto fondamentale dell’individuo ed interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio Sanitario Nazionale, quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti ed istituzioni di rilievo nazionale, ... "*

Principi riformatori della Terza Riforma:

- *Rafforzamento di connotazione aziendalistica:*
 - Autonomia imprenditoriale.
 - Organizzazione e funzionamento definiti con atto aziendale di diritto privato
 - Appalti o contratti per forniture di beni e servizi definiti secondo norme di diritto privato
 - Attività orientata a criteri di efficacia efficienza ed economicità con rispetto del vincolo di bilancio
- *Valorizzazione delle Regioni.*
- *Rafforzamento del ruolo dei Comuni in fase di programmazione e controllo.*
- *Articolazione in Distretti di Aziende USL.*

- *Integrazione socio-sanitaria*: con percorsi assistenziali integrati con prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale.
- *Istituzione di fondi integrativi sanitari*: destinati a potenziare l'erogazione di prestazioni aggiuntive ovvero superiori ai livelli di assistenza garantiti dal SSN.
- *Riforma della dirigenza sanitaria*: collocata in un unico ruolo distinto per profili professionali e con esclusività di rapporto di lavoro.
- *Sperimentazioni gestionali*: forme di collaborazione tra strutture SSn e soggetti privati.
- *Accredimento Istituzionale*: come sistema integrato.
- *Formazione Continua*: che consiste in attività di qualificazione specifica per i diversi profili professionali.

Per quanto riguarda gli aspetti relativi all'organizzazione:

- Confermata e ridefinita la figura di Direttore Generale.
 - Collegio dei Revisori sostituito dal Collegio Sindacale.
 - Istituzione del Collegio di Direzione.
 - Rafforzamento delle funzioni di integrazione con il Distretto, individuando la figura del Direttore di Distretto affiancato da un Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali.
- *2001*: (Legge Costituzionale n.3/2001 Riforma del Titolo V).

Vengono definite tre nuove classi di competenza in materia di intervento pubblico:

- Materia di legislazione esclusiva dello Stato.
- Materia di legislazione concorrente Stato-Regioni, tra queste troviamo la “tutela della salute”.
- Materia di legislazione esclusiva delle Regioni.

Programmazione: previsione completa e dettagliata di attività e strategie strumentali finalizzate al raggiungimento di obiettivi prescelti. La programmazione sanitaria viene effettuata su vari livelli:

- *Livello Centrale*: attraverso il Piano Sanitario Nazionale (PSN).
 - *Livello Regionale*: attraverso il Piano Sanitario Regionale (PSR).
 - *Livello Locale*: Piano Attuativo Locale (PAL).
- *Livello centrale (Stato)*: tutela la salute dei cittadini, elabora il PSN e definisce i LEA.
 - *Livello regionale (Regioni)*: assicurano l'esecuzione dei LEA, elaborano il PSR, attuano la definizione, l'organizzazione e il finanziamento delle ASL e AOS.
 - *Livello locale (Aziende)*: sono coloro che effettivamente erogano le prestazioni.