SENATO DELLA REPUBBLICA

VIII LEGISLATURA

(N. 496)

DISEGNO DI LEGGE

presentato dal Ministro della Sanità

(ALTISSIMO)

di concerto col Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale

(SCOTTI)

col Ministro del Bilancio e della Programmazione Economica

(ANDREATTA)

e col Ministro del Tesoro

(PANDOLFI)

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 22 NOVEMBRE 1979

Approvazione del piano sanitario nazionale per il triennio 1980-1982

ONOREVOLI SENATORI. — Il presente disegno di legge concerne l'approvazione del piano sanitario nazionale per il triennio 1980-1982, ai sensi degli articoli 3 e 53 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Il piano, che ha già riportato il parere favorevole del Consiglio sanitario nazionale, delinea la strategia di attuazione del Servizio sanitario nazionale, cioè lo sviluppo globale del sistema sanitario in tutte le sue espressioni: istituzionali, organizzative, tecnico-sanitarie e finanziarie.

La strategia globale del piano è finalizzata a garantire a tutti i cittadini la tutela della salute mediante forme unitarie di interventi, basate sulla prevenzione e sul potenziamento dei servizi assistenziali di base, a superare gli squilibri territoriali nelle condizioni di tutela sanitaria, nonchè ad aumentare la produttività della spesa in termini di efficienza e di efficacia.

Nell'ambito del progetto globale di sviluppo del piano sanitario nazionale precisa

TIPOGRAFIA DEL SENATO (3.000) — 2/3/4

gli interventi specifici da compiere nel triennio 1980-1982. Si tratta di dieci « azioni programmatiche », selezionate per il carattere di priorità e di fattibilità nel triennio; e per ciascuna di esse, il piano indica le cose da fare e stanzia le risorse finanziarie occorrenti.

Il piano comprende, inoltre, i criteri per il controllo di attuazione delle azioni programmatiche e per la verifica dell'uso delle risorse, nonchè le procedure per la gestione politica del processo programmatorio che coinvolge l'Amministrazione centrale e le Regioni.

Il piano fissa in lire 16.040 miliardi l'importo del fondo sanitario nazionale per l'anno 1980, da ripartire tra le Regioni. Di tale importo, lire 15.594 miliardi si riferiscono a spese correnti e lire 446 miliardi a spese di investimento. Complessivamente il fondo sanitario nazionale incide per il 5,22 per cento sul prodotto interno lordo, previsto in lire 307.000 miliardi nell'anno 1980.

Al disegno di legge sono allegati la relazione al piano sanitario nazionale 1980-1982, il dispositivo del piano stesso e l'indicazione analitica del procedimento di determinazione degli aggregati di spesa del fondo sanitario nazionale (cfr. l'indice a pagina 203).

DISEGNO DI LEGGE

Articolo unico.

È approvato il piano sanitario nazionale per il triennio 1980-1982, allegato alla presente legge, recante le linee generali di indirizzo e le modalità di svolgimento delle attività istituzionali del Servizio sanitario nazionale.

All'onere relativo all'anno finanziario 1980 si provvede quanto a lire 15.594 miliardi a carico del capitolo n. 5941 dello stato di previsione del Ministero del tesoro e quanto a lire 446 miliardi a carico del capitolo n. 7082 dello stato di previsione del Ministero del bilancio e della programmazione economica per il medesimo anno finanziario.

Per gli anni successivi la dotazione del fondo sanitario nazionale sarà autorizzata con apposita disposizione da inserire nella legge di approvazione del bilancio.

ALLEGATI

RELAZIONE ALLA PROPOSTA DI PIANO SANITARIO NAZIONALE PER IL TRIENNIO 1980-82

PARTE I

LA STRATEGIA

1. *Gli antefatti.*

La definizione di un programma di cambiamento, ispirato ai princìpi della legge 23 dicembre 1978, n. 833, che istituisce il Servizio sanitario nazionale, richiede una valutazione preliminare di ciò che è accaduto e di ciò che sta accadendo nel settore sanitario.

Negli ultimi dieci anni il tasso di aumento delle spese nel settore sanitario ha superato costantemente il tasso di crescita del prodotto interno lordo (vedi tabella n. 1).

All'aumento del volume di spesa non ha fatto, tuttavia, riscontro un adeguato miglioramento qualitativo e quantitativo delle condizioni di salute della popolazione.

La frammentazione delle competenze amministrative in materia sanitaria tra una molteplicità di enti, diversi per natura giuridica, per ambito territoriale, per funzioni di competenza e per categoria assistita, ha reso, peraltro, impossibile la composizione in un disegno unitario degli interventi a tutela della salute.

Dalla tutela sanitaria organizzata per categorie professionali sono rimasti, comunque, esclusi gruppi non esigui di cittadini.

Sotto l'aspetto economico, la moltiplicazione dei centri di decisione e di spesa, al di fuori di ogni effettivo coordinamento, ha generato sprechi, ha alimentato la dispersione delle risorse ed ha provocato crescenti disavanzi di gestione. Questa situazione ha tratto solo temporaneo giovamento dai provvedimenti di ripianamento dei *deficit* degli enti mutualistici e degli enti ospedalieri adottati dal Governo negli anni 1966, 1967, 1970, 1971, 1974 (vedi tabella n. 2).

All'origine di siffatto stato di cose sta il modello accentrato e settoriale della sanità italiana nel dopoguerra, che ha avuto le sue espressioni più significative nella creazione del Ministero della sanità — con propri uffici periferici — nella separazione della sanità pubblica dalle restanti istituzioni sanitarie e nella abbondante legislazione settoriale assicurativa e mutualistica.

Sotto l'aspetto economico, tale modello ha cominciato ad entrare in crisi durante gli anni sessanta con la estensione dell'assistenza mutualistica a nuove categorie di lavoratori, i lavoratori autonomi, e con l'ampliamento dei tipi di prestazioni garantite e gratuite, al di fuori del meccanismo assicurativo proprio del sistema e cioè senza garantire, a carico degli interessati, l'adeguata copertura contributiva per i nuovi impegni.

Non vanno dimenticati, poi, alcuni effetti del processo di industrializzazione del paese, che hanno agito come fattori di accelerazione della crisi, generando nuove situazioni di rischio e modificando il quadro delle patologie tradizionali. Gli inquinamenti ambientali, le sofisticazioni alimentari, gli squilibri territoriali, l'insorgenza di stati di malessere sociale anche a causa delle migrazioni di massa e dell'urbanizzazione spinta hanno generato nuove forme di patologia, mentre, per contro, un modello dei consumi distorto, la mitologia del benessere a tutti i costi, la trasformazione della famiglia, con la sempre più accentuata emarginazione degli anziani, sono stati causa di

TABELLA N. 1

LA SPESA SANITARIA IN ITALIA DAL 1964 AL 1977

(*in miliardi di lire correnti*)

INDICAZIONI	1964	1969	1974	1975	1976 (*)	1977
A) *Dati di riferimento*						
P.I.L.	33.941	51.691	101.723	115.072	143.849	172.988
Consumi finali interni	26.767	40.240	80.520	93.324	113.409	137.539
Spesa sanitaria netta di cui:	1.309	2.374	6.053	7.381	8.793	10.832
— pubblica	267	410	844	894	960	1.344
— mutualistica	1.042	1.964	5.209	2.974	3.764	4.064
— ospedaliera regionale	—	—	—	3.513	4.069	5.424
Spesa sanitaria complessiva di cui:	1.343	2.429	6.343	7.746	9.285	—
— spese amministrazione imputate	30	30	105	142	168	—
— interessi passivi	4	25	185	223	324	—
B) *Confronti*						
Spesa sanitaria netta sul P.I.L. (%)	3,8	4,6	5,9	6,4	6,1	6,3
Spesa sanitaria netta sui consumi finali (%)	4,9	5,9	7,5	7,9	7,7	7,9
Spesa sanitaria complessiva sul P.I.L. (%)	3,9	4,7	6,2	6,7	6,4	—

Fonte: Per gli anni fino al 1976: bilanci consuntivi degli enti finanziatori della spesa; per il 1977: rilevazione del Ministero della sanità.

(*) I dati relativi alla spesa sanitaria sono provvisori e parzialmente stimati.

TABELLA N. 2

CONTRIBUTI STRAORDINARI DELLO STATO A RIPIANO DELLE GESTIONI DEFICITARIE

(*in milioni di lire*)

ANNO	Legge	Stanziamento	Enti mutualistici beneficiari
1966	6 agosto 1966, n. 635	25.000	Federmutue coldiretti (25.000)
1967	27 luglio 1967, n. 659	10.000	Federmutue artigiani (10.000)
	23 dicembre 1967, n. 1243	82.800	INAM (59.800), ENPAS (5.000), CM Trento (535), CM Bolzano (465), Federmutue coldiretti (17.000)
1968	*idem*	160.000	INAM (110.000), ENPAS (13.000), F. coldiretti (35.000), CM Trento (1.070), CM Bolzano (930)
1969	*idem*	233.200	INAM (105.968), ENPAS (58.676), F. coldiretti (66.942), CM Trento (685), CM Bolzano (929)
1970	18 dicembre 1970, n. 1034	140.000	INAM (86.167), ENPAS (23.049), INADEL (7.005), ENPDEDP (1.476), ENPALS (3.937), CM Trento (882), Federmutue coldiretti (16.804), CM Bolzano (677)
1971	*idem*	110.000	INAM (67.335), ENPAS (18.013), INADEL (5.475), ENPDEDP (1.113), ENPALS (3.077), CM Trento (689), CM Bolzano (525), CM Tirrena (129), CM Adriatica (213), CM Meridionale (243), Federmutue coldiretti (13.133)
1972/73	6 dicembre 1971, n. 1053	115.000	ENPAS (115.000)
1974	17 agosto 1974, n. 386	1.748.000	INAM (1.099.912), ENPAS (72.036), INADEL (76.888), ENPALS (6.169), CM Trento (12.083) CM Bolzano (2.910), CM Adriatica (1.727), CM Tirrena (2.305), CM Meridionale (1.401), Federmutue coldiretti (286.180), artigiani (122.364), commercianti (64.025)
1975	*idem*	952.000	INAM (601.622), ENPAS (16.342), INADEL (40.375), ENPALS (6.926), CM Trento (3.413), CM Bolzano (2.437), CM Adriatica (566), CM Tirrena (108), CM Meridionale (1.896), Federmutue coldiretti (187.507), artigiani (56.002), commercianti (34.806)

altri fenomeni abnormi come il consumismo farmaceutico, l'accentuazione dei ricoveri ospedalieri, l'allungamento delle degenze, l'uso improprio delle strutture sanitarie per supplire alle carenze del settore dell'assistenza sociale.

È negli anni '60 che si è cominciata a profilare una risposta di tipo nuovo all'aggravarsi dei problemi indicati.

La legge 27 luglio 1967, n. 685, recante: « Approvazione del programma economico nazionale per il quinquennio 1966-1970 », nell'impostare la programmazione come metodo di amministrazione delle risorse per uno sviluppo equilibrato del paese, ha dedicato una larga attenzione ai problemi della sanità.

La soluzione è stata intravista nel superamento della mutualità e nella creazione di un Servizio sanitario nazionale.

Il metodo della programmazione non è riuscito, però, a decollare per una molteplicità di cause ed anche il « progetto » di istituzione del Servizio sanitario nazionale ha subìto una battuta di arresto, nonostante importanti prese di posizione da parte delle Confederazioni sindacali dei lavoratori.

È con la istituzione nel 1970 delle Regioni a statuto ordinario che il superamento della mutualità è divenuto improcrastinabile e il processo di riforma sanitaria ha ripreso il suo laborioso *iter*.

Il trasferimento delle competenze sanitarie alle Regioni e agli enti locali in applicazione degli articoli 117 e 118 della Costituzione è avvenuto, tuttavia, tanto lentamente e disorganicamente da provocare il deterioramento delle istituzioni mutualistiche, senza che contemporaneamente fossero predisposti i servizi unificati delle Unità sanitarie locali, destinati a sostituirle.

Neppure il trasferimento alle Regioni delle competenze in materia di assistenza ospedaliera, attuato con il decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito con modificazioni nella legge 17 agosto 1974, n. 386, ha conseguito risultati consistenti, a causa della incompletezza del provvedimento che ha attribuito alle Regioni la responsabilità della assistenza ospedaliera, senza consentire ad esse il controllo delle attività extraospedaliere che condizionano la frequenza dei ricoveri e la durata delle degenze.

È pur vero che il Governo insieme con detto provvedimento ha presentato al Parlamento il disegno di legge istitutivo del Servizio sanitario nazionale, ma mentre il primo provvedimento è diventato immediatamente operativo, per il secondo i tempi parlamentari, prima, e lo scioglimento anticipato del Parlamento, poi, ne hanno impedito, allora, la sua approvazione definitiva.

2. *La necessità di una svolta.*

Tutto ciò ha fatto maturare nelle forze politiche il convincimento della non ulteriore differibilità di un cambiamento profondo nel settore sanitario, la necessità di una correzione di rotta idonea a modificare gradualmente, ma radicalmente, le condizioni strutturali del sistema stesso, per passare dalla azione frammentaria e disorganica di recupero degli stati di malattia di gruppi di cittadini alla tutela unitaria e globale della salute di tutta la popolazione, in un quadro di compatibilità delle spese con la situazione economica del paese.

Tale rafforzato e rinnovato convincimento si è tradotto, nel corso degli anni '70, in iniziative legislative da parte del Governo e dei Gruppi parlamentari. Dopo una prima interruzione dovuta allo scioglimento delle Camere nel 1976, l'*iter* parlamentare del provvedimento che istituisce il Servizio sanitario nazionale si è concluso, a seguito di un attento e approfondito dibattito, con l'approvazione del relativo disegno di legge.

Oggi, nel rispetto dei princìpi contenuti nella legge 23 dicembre 1978, n. 833, chi ha la responsabilità della politica sanitaria ed economica deve, senza incertezze e senza nascondere le difficoltà, proporre al paese il massimo impegno per modificare l'ordinamento vigente e per correggere le tendenze in atto, onde consentire al sistema sanitario italiano di strutturarsi, per gli anni ottanta, in modo da presentarsi all'appuntamento con la realtà europea con certezze e pro-

spettive profondamente diverse da quelle del passato.

La correzione non può essere superficiale o di tipo congiunturale. Una riforma, per essere tale, deve rispettare due princìpi: attuare uno spostamento sostanziale e massiccio di poteri e di mezzi finanziari da una parte ad un'altra e, contemporaneamente, garantire la piena efficienza del servizio nell'interesse della comunità alla quale è rivolta.

Preoccuparsi solo dell'efficienza vorrebbe dire compiere una semplice opera di razionalizzazione, insufficiente ad incidere in maniera duratura sugli elementi strutturali del sistema.

Preoccuparsi solo di attuare uno spostamento di attribuzioni e di mezzi, senza farne discendere una migliore efficienza dei servizi, vorrebbe dire compiere una operazione nominalistica, un mero trasferimento di poteri, che farebbe perdere ogni credibilità alla riforma.

In questo convincimento, il Governo propone alle forze politiche e sociali e al paese nel suo complesso una strategia di medio periodo per la trasformazione sostanziale del sistema sanitario:

identifica nel triennio 1980-82 l'arco di tempo necessario per avviare, in maniera significativa e irreversibile, il mutamento del sistema;

assegna al complesso delle azioni da intraprendere gli obiettivi unificanti della eliminazione degli squilibri territoriali e dell'intervento unitario e globale a tutela della salute, concretamente incentrato sulla prevenzione e sui servizi sanitari di base, in conformità delle conclusioni della conferenza internazionale dell'Organizzazione mondiale della sanità di Alma Ata;

indica nelle modificazioni istituzionali — che coinvolgono direttamente i Comuni, le comunità montane, le Regioni, l'Amministrazione centrale dello Stato nella tutela della salute dei cittadini — e nel governo rigoroso e programmato delle risorse i fattori che permetteranno di conseguire gli obiettivi;

associa alle scelte di carattere interno la volontà di coordinarsi più efficacemente, anche in campo sanitario, con l'Europa, intensificando i legami e i rapporti con gli organismi comunitari e con i sistemi sanitari degli altri paesi europei.

La strategia proposta comporta un impegno su molti fronti. Essa resta, tuttavia, una strategia unitaria che richiede, a tutti i livelli di governo del sistema, rigore e determinazione, ma anche immaginazione e lucidità di visione, convinzione e costanza, non meno che gradualità e prudenza.

Essa trova la sua condizione di realizzabilità nel consenso sociale, da conquistare attraverso lo strumento della partecipazione democratica alle scelte e alla gestione sociale dei servizi.

Essa trova, altresì, il proprio fattore di coerenza interna nell'adozione del metodo della programmazione.

Di questa strategia triennale, che il Governo propone per il settore sanitario, è necessario precisare i diversi aspetti: gli obiettivi, le condizioni, gli effetti, il quadro internazionale.

3. *Gli obiettivi.*

Il piano sanitario triennale si caratterizza per la scelta di tre obiettivi principali: la tutela della salute vista in termini di intervento unitario e globale, centrato sulla prevenzione e sui servizi sanitari di base; il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese; l'aumento della produttività della spesa sanitaria.

I primi due obiettivi assumono il valore di elementi unificanti delle azioni da intraprendere e di effetti ultimi delle politiche proposte.

Ciò che li distingue è la loro caratteristica di attraversare « orizzontalmente » tutti gli altri obiettivi indicati all'articolo 2 della legge n. 833. Le indicazioni della legge, considerate separatamente, presentano un carattere di settorialità, come effetto di applicazioni specializzate a problemi determi-

nati di tutela sanitaria. Il superamento degli squilibri territoriali e il primato della prevenzione e dell'assistenza sanitaria di base, invece, restano validi in generale, all'interno di qualsiasi azione settoriale che il presente o i successivi piani triennali decidano di privilegiare nell'arco di tempo della loro validità.

Il terzo obiettivo di carattere generale, da valere non solo per questo primo piano sanitario ma che, tuttavia, in questo primo piano va perseguito con particolare impegno, è quello di aumentare l'efficienza e la produttività della spesa.

4. *Le condizioni.*

L'esito di una strategia volta ad innovare radicalmente la struttura del sistema sanitario dipende dall'azione di condizioni favorevoli, che aiutano a spingere nel senso voluto, e di situazioni non favorevoli, che trattengono, invece, nella direzione contraria.

Per questo il primo piano triennale si configura come un ponte tra la vecchia e la nuova politica sanitaria: un ponte da percorrere in una sola direzione, verso l'avvenire, rinunciando definitivamente a ripercorrere, a ritroso, strade già battute, con risultati deludenti.

Sono da assicurare, come fattore positivo, e da utilizzare, come fattore di accelerazione del processo di riforma sanitaria, le seguenti condizioni.

Prima condizione: nel breve periodo, e comunque non oltre il 31 dicembre 1979, va realizzato il nuovo assetto istituzionale previsto dalla legge n. 833, in quanto esso permette di assicurare la unità del servizio, che è condizione necessaria per il conseguimento di qualsiasi obiettivo di merito.

Seconda condizione: va reso operativo e sistematico all'interno del Consiglio sanitario nazionale il raccordo istituzionale tra gli organi centrali dello Stato, le Regioni e le forze sociali. La partecipazione delle Regioni e delle forze sociali alle grandi scelte ha qui la sua sede privilegiata.

Terza condizione: deve essere attivato, nel più realistico rispetto dei tempi indicati dalla legge n. 833, un concreto « processo di programmazione sanitaria », sia a livello nazionale, sia in sede regionale.

Con l'espressione « processo di programmazione » il Governo intende una successione ciclica di adempimenti di istruttoria, di definizione normativa, di attuazione, di verifica e di riadeguamento del documento programmatico, da compiersi con il concorso delle Regioni, per quanto concerne il piano sanitario nazionale, e con il concorso degli enti locali e delle altre istituzioni ed organizzazioni sociali interessate, per quanto concerne i piani sanitari regionali.

A questo riguardo deve essere affermato con chiarezza che il processo programmatorio non si identifica, nè si esaurisce, con la elaborazione del piano sanitario, inteso come elenco di cose da fare e di risorse da utilizzare in tempi predeterminati. Ciò che rende credibile, accettabile, e, quindi, operativo il piano sanitario è il coinvolgimento democratico di soggetti istituzionali, politicamente motivati e investiti di responsabilità gestionale, nel processo istruttorio del piano stesso; è la fissazione non arbitraria, ove sia doverosa, di vincoli agli organi del livello sottostante; è il rispetto dell'autonomia di tali organi nell'ambito dei vincoli fissati; è la verifica costante e tempestiva dell'attuazione del piano, per riadeguarlo alle nuove situazioni di fatto, con la collaborazione degli stessi soggetti istituzionali preposti alla sua attuazione.

Quarta condizione: va realizzato il più stretto raccordo tra la programmazione sanitaria e la programmazione economica. Il piano economico triennale 1979-81 approvato il 12 gennaio 1979 dal Governo costituisce il naturale punto di riferimento per questo raccordo a livello nazionale, sia per la verifica della compatibilità della spesa nel settore sanitario con la situazione economica del paese, sia per utilizzare la possibilità di finalizzare parte dei programmi di sviluppo nel settore delle opere pubbliche e della formazione professionale alle esigenze del Servizio sanitario nazionale, sia infine per armonizzare l'attività della Cas-

sa per il Mezzogiorno, nel settore del completamento delle strutture edilizie igieniche e sanitarie, alle indicazioni dei piani sanitari nazionale e regionali.

I piani sanitari regionali, per simmetria, trovano il proprio analogo riferimento di raccordo nei piani regionali di sviluppo economico.

Quinta condizione: va assicurata la massima coerenza della legislazione di attuazione, nazionale e regionale, con le indicazioni della legge n. 833 e con gli indirizzi strategici fissati dal presente piano sanitario nazionale.

Si tratta di condizioni che non è difficile determinare perchè sono legate soprattutto alla volontà politica degli organi competenti di realizzarle.

Per altre condizioni, invece, il discorso diventa più complesso e le difficoltà aumentano.

È condizione indispensabile riuscire, in tempi brevi, ad assicurare agli enti locali e alle comunità montane le competenze necessarie per gestire la « totalità » dei servizi sanitari, per parecchi dei quali non hanno diretta esperienza, preparando gli operatori ai nuovi compiti in una visione di servizi integrati.

È condizione necessaria il recupero dei ritardi centrali e locali, accumulati nell'attuazione delle leggi preparatorie della riforma, specie in materia di azzonamento territoriale e di applicazione delle convenzioni uniche.

È condizione necessaria l'attuazione di una politica del lavoro che consenta modalità più flessibili di utilizzo del personale, ridando elasticità all'impiego delle risorse, altrimenti eccessivamente irrigidite dalla assoluta preminenza delle spese correnti per il personale.

È condizione necessaria il superamento delle difficoltà procedurali che riducono la efficacia nella utilizzazione dei finanziamenti in conto capitale e che determinano accumulo di residui passivi e ritardi nel compimento degli investimenti.

È condizione indispensabile che il Parlamento — approvando la riforma degli studi di medicina, con la definizione dei conseguenti problemi del numero programmato, della istituzione del corso di laurea in odontoiatria, della disciplina dei diplomi universitari e della disciplina delle specializzazioni — faciliti il processo di attuazione del Servizio sanitario nazionale.

È condizione indispensabile che il Parlamento prenda sollecitamente in considerazione i disegni di legge concernenti la legge quadro sulla « formazione, aggiornamento, specializzazione e riqualificazione professionale degli operatori e tecnici sanitari » e la « riqualificazione professionale straordinaria degli infermieri generici e degli infermieri volontari della Croce rossa italiana », già presentati dal Governo nella precedente legislatura e che verranno ripresentati alle nuove Camere.

È condizione necessaria che si proceda sollecitamente alla riorganizzazione dell'assistenza, recuperando concettualmente e nel concreto delle applicazioni quella integrazione organica tra il settore sanitario e il settore dell'assistenza che i progetti di legge sulla istituzione del Servizio sanitario nazionale originariamente prevedevano e che ragioni di opportunità parlamentare hanno, in seguito, suggerito di abbandonare.

Se ciò è valso a rendere più spedito l'*iter* di approvazione della riforma sanitaria, non di meno le ragioni intrinseche della materia, le indicazioni del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, e la realtà di molte leggi regionali che già hanno optato per la unificazione organizzativa dei due campi di attività, inducono a riconquistare in sede di applicazione l'unitarietà degli interventi socio-assistenziali e sanitari, che l'ultimo capoverso dell'articolo 15 della legge n. 833 rende possibili e auspicabili.

È condizione indifferibile, infine, quella di ridare dignità, professionalità ed efficienza alle strutture pubbliche impegnate nel settore e di accrescere la loro produttività.

Il degrado della pubblica amministrazione è un grande problema nazionale che investe, in misura forse non maggiore che in altri settori, ma certo in maniera più preoccupante, il settore sanitario. Risalire la chi-

na è ormai un imperativo categorico. Il problema comporta questioni di ordinamento, di infrastrutture, di procedure e di uomini. L'amministrazione deve poter offrire ai giovani di maggior talento e più preparati prospettive attraenti di realizzazione personale e professionale, anche in discipline tecniche ed economiche; deve aprirsi ed acquisire alla funzione pubblica esperienze e competenze maturate al proprio esterno e deve riconquistare, al proprio interno, il personale dipendente allo spirito di servizio, inteso in senso creativo e costruttivo.

Attraverso una rinnovata politica del personale, da perseguire utilizzando gli strumenti legislativi e gli accordi sindacali che la legge n. 833 prevede, il Servizio sanitario nazionale deve acquistare un grado di conoscenza dei fenomeni e una capacità realizzativa adeguati al compimento delle proprie importanti funzioni istituzionali; a maggiore ragione ciò vale per quelle più impegnative funzioni di trasformazione e di riforma che il piano sanitario gli assegna per questo primo, determinante triennio 1980-82.

Il Governo non si nasconde il grado di severità e di impegno che è richiesto, a tutti i livelli, da condotte conformi alle condizioni indicate.

Ma verrebbe meno al suo dovere se non dicesse, con franchezza e lealtà pari alla convinzione, che queste sono le condizioni minime per assicurare senza contraccolpi il passaggio dall'attuale sistema di assistenza sanitaria ad un efficiente Servizio sanitario nazionale.

Il mancato rispetto delle richiamate condizioni porterebbe ad un sicuro insuccesso, con ripercussioni gravi sullo stato dei servizi e per conseguenza sulla protezione sanitaria dei cittadini.

Non meno grave sarebbe la ripercussione sulla economia nazionale. L'incidenza della spesa sanitaria è tale che una incontrollata espansione del *defict* in questo settore rischierebbe di far saltare le previsioni del piano economico triennale 1979-1981 e la strategia di politica economica approvata di recente dal Consiglio dei ministri e attualmente all'esame del Parlamento.

Alcune delle condizioni enunciate ricadono nella diretta responsabilità del Governo. Altre, però, investono ambiti di potere autonomo delle Regioni, dei Comuni e delle comunità montane. Il Governo ha il dovere di fare presente che la volontà politica di realizzare la riforma sanitaria si misura, oltre che sui grandi enunciati, sulle iniziative concrete volte a determinare le condizioni necessarie per la sua realizzazione.

In coerenza con questo principio, il Governo ribadisce la propria volontà di rispettare le scadenze che ritmano il processo di riforma, con gli adeguamenti resi necessari dalla recente congiuntura politico-parlamentare, e dichiara la propria indisponibilità a ulteriori rinvii e slittamenti dei termini stessi.

5. *Gli effetti sperati.*

L'osservanza delle condizioni enunciate accompagnate dal miglioramento dell'apparato pubblico preposto alla tutela della salute, appaiono idonei a garantire un quadro di sviluppo del sistema sanitario dal quale è lecito attendersi nell'arco di tempo del triennio i seguenti risultati:

– *rispetto alla tutela della salute*:

il miglioramento della condizione di salute della popolazione, nei suoi aspetti generali, e in particolare:

il conseguimento dei risultati specifici indicati nei progetti obiettivo appresso illustrati;

l'abbattimento totale o il conseguimento di apprezzabili miglioramenti nella lotta alle malattie eradicabili o controllabili;

il conseguimento di risultati apprezzabili quale effetto di una azione più decisa nei confronti di fenomeni morbosi che assumono rilievo sociale in rapporto alla situazione epidemiologica delle diverse aree territoriali;

una migliore qualità della assistenza erogata dai servizi;

un raccordo più stretto tra la tutela della salute e la politica del territorio, con particolare riferimento alla lotta contro gli inquinamenti;

una migliore conoscenza scientifica delle condizioni di salute in chiave epidemiologica, anche ai fini di più puntuali indicazioni per la ricerca bio-medica e sanitaria;

– *rispetto all'organizzazione dei servizi*:

la unificazione dell'organizzazione sanitaria e la riconduzione a unità dei criteri di intervento per la tutela della salute;

il potenziamento dei servizi di base;

l'integrazione con gli altri servizi sociali, secondo quanto previsto dall'ultimo comma dell'articolo 15 della legge n. 833;

un consistente progresso rispetto al riequilibrio delle condizioni assistenziali nelle diverse zone del paese;

lo sviluppo di iniziative di partecipazione democratica alla gestione sociale e al controllo dei servizi;

l'avvio di iniziative di ricollocazione funzionale e territoriale del personale dipendente;

l'esaltazione della professionalità nel servizio e l'instaurazione di metodi di lavoro basati sull'autonomia tecnico-funzionale, sul lavoro di gruppo, sulle interdisciplinarità delle competenze;

un più responsabile coinvolgimento del personale convenzionato nel processo di trasformazione qualitativa dei servizi;

l'attivazione del sistema informativo sanitario;

– *rispetto all'impiego delle risorse*:

una diversa, graduale distribuzione territoriale delle risorse finalizzata all'eliminazione degli squilibri attuali;

lo spostamento dagli impieghi attuali ad impieghi coerenti con gli obiettivi indicati ai punti precedenti, e, di conseguenza, una maggiore qualificazione della spesa;

l'effettuazione di investimenti a breve termine destinati al potenziamento dei servizi di base;

il contenimento dell'espansione della spesa, in armonia con le indicazioni del piano triennale economico circa la riduzione del disavanzo pubblico allargato;

l'introduzione della « programmazione di bilancio » e di una diversa struttura del piano dei conti che permetta una migliore comprensione dei fatti gestionali;

l'instaurazione di sistematici e tempestivi controlli che richiamino l'attenzione sugli andamenti gestionali anomali e provochino le necessarie misure correttive o repressive.

6. *Il sistema sanitario italiano nel quadro europeo e internazionale.*

La coincidenza della presentazione della presente proposta di piano sanitario nazionale con l'insediamento del primo Parlamento europeo eletto a suffragio diretto, l'opzione in favore dell'Europa « senza riserve e a pieno titolo » espressa dal piano economico triennale e l'eco sempre viva della solenne dichiarazione della Conferenza internazionale sull'assistenza sanitaria di base, adottata dall'OMS e dal Consiglio esecutivo dell'UNICEF ad Alma Ata nel settembre dello scorso anno, imprimono alla dimensione internazionale dei problemi sanitari un carattere attivo ed operativo di cui bisogna tenere conto. Non si tratta più, infatti, di recepire, quasi contro voglia e con ritardi preoccupanti, direttive e raccomandazioni definite in sede internazionale che chiedono anche al nostro paese di adeguare aspetti del proprio sistema sanitario alle indicazioni stabilite.

Accanto al doveroso rispetto di questi impegni vi è bisogno di una presenza più attiva di rappresentanti del Governo italiano e dei suoi organi negli organismi comunitari e internazionali, per due scopi principali:

portare il contributo diretto di una esperienza di riforma che, per quanto con-

cerne l'assistenza sanitaria di base, anticipa puntualmente la totalità delle indicazioni della conferenza di Alma Ata;

studiare assieme agli altri paesi gli strumenti più adatti e le tecniche più efficaci per il contenimento delle spese, problema che è comune ormai a tutti i sistemi sanitari e in tutti genera preoccupazione ed allarme.

In questa proiezione attiva verso l'esterno, la politica sanitaria italiana può porsi concretamente il problema dell'assistenza tecnica ai paesi in via di sviluppo. È una dimensione operativa tutta da approfondire, che può trovare agganci con i temi del servizio civile, e che può rappresentare un campo qualificato di attività ed uno sbocco concreto sia per la crescente forza lavoro di questo settore, sia per nostre specifiche produzioni di settore.

In questo stesso quadro di iniziativa internazionale possono trovare più agevole soluzione gli aspetti tecnici dell'assistenza sanitaria agli italiani all'estero e al personale navigante, mediante accordi di reciprocità da ricercare e da promuovere.

PARTE II

LE AZIONI PER IL TRIENNIO 1980-82

1. *I presupposti delle azioni programmate.*

L'obiettivo sostanziale del piano triennale è affidato, complessivamente, alla descritta strategia generale nonchè, nei suoi aspetti particolari, ad una serie di azioni specifiche che vengono descritte in questa parte del documento.

Nella contestualità di indicazioni di lungo periodo e di azioni a queste coerenti da compiere a breve e medio termine risiedono la credibilità del programma, la sua accettabilità sociale e politica, la sua garanzia di successo.

Le singole azioni, oltre ad essere funzionali alla manovra complessiva, hanno valore intrinseco in se stesse, in quanto si appalesano idonee ad incidere, nei settori in cui operano, su rilevanti modelli di comportamento. Esse assumono, cioè, un ruolo che va al di là del loro stesso peso sanitario ed economico.

La legge n. 833 è la prima organica e compiuta riforma sociale approvata dal Parlamento ed è la prima che entra in vigore dopo la creazione delle Regioni.

Per la organicità del suo impianto istituzionale, per l'originalità del « progetto sociale » che sottende, per la funzionalità delle soluzioni organizzative che propone, per il peso economico che la sua gestione presenta, la sua attuazione è destinata a diventare il naturale paradigma di riferimento per altre iniziative di trasformazione nel campo dell'azione sociale.

Tutto ciò accresce il valore delle azioni previste, in quanto conferisce ad esse una aggiuntiva funzione trainante per il riassetto delle autonomie locali e per il funzionamento dell'intero settore dei servizi sociali.

L'insieme degli interventi che sono precisati in questa parte del documento si fonda sulla definizione di obiettivi specifici da cui derivano « azioni settoriali » che ricomprendono in sè la globalità degli interventi necessari per il conseguimento di tali obiettivi, in un quadro di coerenza con gli obiettivi strategici del piano triennale.

Le azioni settoriali, però, si dovranno comporre, a loro volta, a livello territoriale, in una sintesi organica che persegua altre finalità: quella dell'unitarietà delle azioni a tutela della salute dell'uomo e quella della compatibilità finanziaria di ogni singola azione con il quadro d'assieme dei flussi finanziari.

Il piano presenta, dunque, due tipi di coerenze interne, una verticale e una orizzontale.

Esse costituiscono nel loro intreccio una griglia attraverso la quale diventa possibile sia valutare il rilievo di una singola azione settoriale nel quadro complessivo dell'organizzazione territoriale, sia analizzare il completo svolgimento di detta azione nel perseguimento degli specifici obiettivi di settore.

Nel definire le azioni destinate a dare contenuto a questo primo piano sanitario è necessario tenere presente l'influenza di numerosi provvedimenti di completamento della legge n. 833 che debbono essere adottati nell'arco iniziale del triennio.

Si tratta di provvedimenti di natura diversa che interagiscono con il piano in quan-

to ne influenzano le soluzioni, restandone, però, per altro verso, influenzati essi stessi.

Non v'è dubbio che alcune leggi nazionali previste dalla legge quadro di riforma sono destinate a creare situazioni nuove, che il piano sanitario deve in qualche modo tenere presenti sin d'ora. Ma è altrettanto certo che il disegno strategico illustrato nella prima parte del documento, la necessità di determinare condizioni strutturali e procedurali coerenti con gli obiettivi generali del piano, la specificazione delle azioni di settore e territoriali che segue, non potranno lasciare indifferente il legislatore nazionale quando si tratterà, ad esempio, di definire il riordinamento del Ministero della sanità o di fissare le condizioni e le garanzie di salute uniformi per tutto il territorio nazionale o di stabilire la disciplina unitaria e globale del settore farmaceutico.

Il medesimo discorso vale per alcuni decreti delegati, previsti anch'essi dalla legge n. 833. Fra essi assumono un rilievo particolare quello che deve definire la disciplina dello stato giuridico del personale delle Unità sanitarie locali e quello istitutivo dell'Istituto superiore della prevenzione e della sicurezza del lavoro.

La stessa considerazione può essere fatta per numerosi altri provvedimenti: decreti del Presidente della Repubblica, decreti del Presidente del Consiglio, decreti ministeriali, atti formali di indirizzo e coordinamento, attraverso i quali si provvederà a disciplinare ulteriori aspetti del processo di trasformazione del sistema.

La circostanza che il maggior numero di questi provvedimenti sarà emanato « dopo » l'approvazione del piano triennale, se da un lato limita la puntualità del documento programmatico, costringendolo a riferirsi a « intenzioni di fare » più che a proposizioni normative definite in ogni dettaglio, dall'altro costituisce un vantaggio perchè assicura alla produzione normativa e amministrativa nazionale e regionale di esecuzione della legge n. 833 un riferimento univoco, capace di dare coerenza intrinseca a tutto il processo di attuazione. La circostanza è peculiare di questo primo piano sanitario 1980-82. È preciso impegno del Governo operare perchè entro la scadenza di questo primo piano triennale il Servizio sanitario nazionale sia definito in tutti i suoi essenziali aspetti di struttura.

Un'altra circostanza va tenuta presente, anch'essa influente sul grado di specificazione delle azioni programmatiche previste in questo primo triennio: la insufficiente disponibilità di dati conoscitivi sullo stato di salute del paese, sulla consistenza ed efficienza delle strutture e dei servizi sanitari, sulle attività svolte e sul loro costo analitico.

La frammentazione istituzionale, indicata tra le cause della precaria situazione sanitaria attuale, è all'origine anche di questo stato di cose. Il primo piano sanitario paga, in termini di approssimazione per alcune sue indicazioni, l'inattitudine a rilevare e a comporre in sintesi conoscitive omogenee i dati epidemiologici, statistici e finanziari relativi all'attività delle istituzioni sinora operanti nel settore.

Di questa situazione si deve, comunque, tener conto, ma non per farsene un alibi per non decidere o un pretesto per rinviare le decisioni, bensì per rafforzarsi nel convincimento che è tempo di passare all'azione, con buon senso e con realismo, nella consapevolezza che il processo programmatorio offre i modi, attraverso le verifiche annuali, per correggere le stime e per approfondire il grado di dettaglio delle indicazioni mano a mano che i dati conoscitivi verranno in seguito acquisiti e valutati. Anche a questo riguardo va applicato un principio dell'operare umano che è tanto giusto e importante quanto disatteso: il principio della gradualità. Uno dei difetti più vistosi dell'epoca presente è quello di chiedere tutto e subito, ignorando che la realtà può dare anche molto ma a condizione che si rispettino i ritmi e i tempi della sua necessaria evoluzione.

La convinzione che ha ispirato il Governo nel selezionare e proporre le azioni programmatiche che vengono di seguito enunciate è che un obiettivo è valido in concreto quando è realisticamente attuabile. L'importante per questo primo piano sanitario è che si facciano tutte le cose che è pos-

sibile fare; che le cose fatte abbiano tutte il segno della trasformazione e che si muovano nella direzione giusta rispetto alle indicazioni strategiche del piano sanitario.

2. *La strutturazione organica dei servizi.*

La prima indicazione di piano per il 1980-1982 riguarda la strutturazione organica dei servizi su base territoriale.

Vi sono varie ragioni per questa scelta:

dare subito un riferimento unitario all'operazione di confluenza dei servizi e del personale degli enti che cessano di esistere o che vengono parzialmente assorbiti dal Servizio sanitario nazionale, assicurando nel contempo la continuità assistenziale nella fase di trapasso da un tipo di organizzazione ad un altro;

utilizzare questa operazione di confluenza per creare le condizioni strutturali necessarie alla unitarietà e alla globalità degli interventi a tutela della popolazione, dando concreto segno del nuovo modo di concepire la tutela della salute;

creare sin dall'inizio la griglia delle coerenze verticali e orizzontali, settoriali e territoriali, di cui servirsi per verificare e, all'occorrenza, per contrastare le logiche particolaristiche, sia nelle scelte organizzative e finanziarie, sia nella valutazione dei comportamenti abituali degli operatori e degli utenti.

Il piano assume a questo riguardo il *livello territoriale regionale* come livello ottimale per le funzioni di programmazione, di promozione, di coordinamento. di verifica del sistema dei servizi sanitari e per la loro complessiva integrazione organica ai fini della ricollocazione funzionale e territoriale del personale.

Assume il *livello territoriale dell'Unità sanitaria locale* come livello specifico dell'integrazione organica dei presidi e dei servizi destinati all'assistenza sanitaria e come sede propria della partecipazione istituzionalizzata alla gestione politica e amministrativa dei servizi.

Assume il *livello territoriale del distretto sanitario* come livello ottimale, non istituzionale, per l'integrazione « funzionale » delle attività destinate agli interventi di base e come sede propria della partecipazione spontanea degli utenti e degli operatori alla gestione sociale e alla verifica democratica di funzionamento dei servizi.

Non esiste un modello univoco di organizzazione dei servizi valido per tutte le realtà territoriali, nè la legge n. 833 lo prevede.

Vi sono, tuttavia dei princìpi generali ai quali devono ispirarsi le decisioni regionali e locali in materia.

2.1 *I bisogni da soddisfare.*

Un principio da rispettare è quello della congruità tra la natura e l'ampiezza dei bisogni da soddisfare e la risposta organizzativa che si intende realizzare.

La determinazione dei bisogni non consiste nella semplice presa d'atto della domanda espressa dai cittadini a livello individuale. È, viceversa, un processo costante di affinamento dell'analisi delle condizioni di salute della popolazione, per far emergere i bisogni (collettivi e individuali) inespressi e insoddisfatti; i bisogni soddisfatti, ma in maniera impropria, surrettizia o eccessivamente costosa; gli pseudo-bisogni che non richiedono soddisfacimento, ma solo la presa di coscienza della loro natura di bisogno inessenziale, artificiosamente indotto o conservato per abitudine; i bisogni, infine, che esistono solo come effetto perverso di un cattivo uso di fattori sanitari (ad esempio, le malattie iatrogene).

La raccolta sistematica dei dati statistici e l'osservazione epidemiologica mirata, accompagnati dalle iniziative per modificare, con l'educazione sanitaria, il comportamento individuale e collettivo degli operatori e degli utenti, sono i modi per realizzare nel corso del triennio, con la necessaria progressione, la verifica della congruità dei servizi ai bisogni reali e, all'occorrenza, per riadeguare i servizi in base alle nuove conoscenze acquisite.

Nell'attesa di conseguire un sufficiente grado di determinazione scientifica dei bisogni reali, la strutturazione organica dei servizi deve ispirarsi agli obiettivi strategici adottati da questo primo piano sanitario e che sono: l'integrazione delle competenze settoriali ai vari livelli per ottenere una risposta unitaria ai bisogni della popolazione; il potenziamento delle attività riguardanti la prevenzione e gli interventi sanitari di base; il privilegio delle attività in qualunque settore o livello territoriale esercitate, aventi connessione con i progetti-obiettivo definiti dal piano.

La genericità delle indicazioni è solo apparente.

Pur lasciando spazio all'autonomia di decisione delle Regioni, il rispetto del criterio è valido a conferire uniformità sostanziale al Servizio sanitario nella sua dimensione nazionale.

2.2 *L'organizzazione territoriale dei servizi*:

a) *Il livello distrettuale: i servizi di base.*

Un secondo principio al quale debbono ispirarsi le decisioni regionali e locali in materia di strutturazione organica dei servizi è quello della ricomposizione unitaria, a livello territoriale, delle diverse attività settoriali, privilegiando, nel quadro di questa ricomposizione « orizzontale », i servizi di base.

È questa la scelta qualificante della legge n. 833 che il piano sanitario fa propria, individuando in essa la modalità per ricondurre ad unità sostanziale i tre momenti dell'intervento sanitario: la prevenzione, la diagnosi e cura, la riabilitazione.

La rete delle Unità sanitarie locali va organizzata avendo presente questo orientamento unitario.

Esso consente di evitare il rischio di rigide caratterizzazioni settoriali dei servizi, pur garantendo ampi spazi alla competenza professionale ed alla specializzazione degli operatori. Questi trovano, anzi, la possibilità di esercitare le proprie competenze specifiche nel concreto delle attività, secondo modelli più gratificanti di lavoro interdisciplinare e di interventi coordinati.

Il criterio suesposto consente di recuperare armonicamente, nella globalità dell'intervento di base, sia il personale degli enti e dei servizi pubblici già utilizzato in forme e modi diversi, sia il personale convenzionato con il rapporto libero-professionale, propiziando una sostanziale rivalutazione e valorizzazione del ruolo del medico di base.

L'attuazione della legge n. 833 consente di perseguire questo obiettivo attraverso modalità diverse ma tra loro convergenti:

le leggi regionali di organizzazione delle Unità sanitarie locali debbono fissare normativamente il modello dei servizi e possono farlo ispirandosi ai princìpi sopra enunciati;

le stesse leggi promuovono la delimitazione territoriale dei distretti;

l'attuazione delle convenzioni uniche per la medicina generica e per la specialistica consentono di realizzare una più equilibrata distribuzione di medici generici, di pediatri e di specialisti nel territorio, nonchè di utilizzare i medici generici ed i pediatri in attività di prevenzione e di sanità pubblica accentuando il processo di integrazione di tutto il personale operante nei servizi di base e avviando forme di lavoro coordinato, anche interdisciplinare o di *équipe*, nel quadro di una politica di « servizi che vanno verso l'utente ».

Il coinvolgimento dei medici dei servizi di base (sia delle strutture pubbliche che convenzionati) in attività coordinate di prevenzione, di diagnosi e cura, di riabilitazione — costituendo una più qualificata modalità di lavoro e di risposta ai bisogni primari di tutela della salute della popolazione locale — può determinare una apprezzabile diminuzione del consumo di prestazioni farmaceutiche, diagnostico-strumentali, specialistiche e ospedaliere.

La misurazione degli effetti in queste quattro direzioni si pone come elemento di verifica dell'effettivo conseguimento di una efficiente organizzazione dei servizi di base. Essa può valere, inoltre, come fattore di garanzia che la scelta del sistema di compenso dei medici convenzionati « a quota

capitaria » — in sè valida in quanto libera l'attività professionale dalla pressione di un « mercato » della salute — non si traduce in fenomeni di disaffezione verso gli assistiti, con conseguente trasferimento delle responsabilità diagnostico-curative ad altri comparti del servizio sanitario.

La ristrutturazione dei servizi e l'applicazione delle convenzioni uniche vanno, a questo scopo, accompagnate dalla definizione di « profili di rispondenza », da concordare con le organizzazioni mediche, e dalla adozione di procedure lavorative che, senza inessenziali appesantimenti burocratici, agevolino, anche per i medici con rapporto libero-professionale convenzionato, la consuetudine all'integrazione delle funzioni entro i servizi di base. In questo modo sarà possibile salvaguardare la natura libero-professionale del rapporto del medico con il servizio, che costituisce un punto fermo del piano, e nello stesso tempo assicurare l'integrazione funzionale dell'attività del personale convenzionato nel servizio stesso, per fini di utilità pubblica.

Questa integrazione funzionale va realizzata in più direzioni.

Una prima direzione di integrazione è verso le attività specificamente rivolte alla vigilanza dell'ambiente naturale, di vita e di lavoro ed alla vigilanza degli alimenti. Ciò ai fini di un'efficace azione di prevenzione, che non deve essere attribuzione specifica di un apposito settore ma deve diventare l'espressione costante e normale di una particolare attenzione che « tutti » gli operatori dei servizi di base debbono avere nei confronti delle cause generali e specifiche di turbamento delle condizioni di salute dei cittadini e della collettività. Ovviamente questa attenzione si esprimerà con modalità proprie all'attività professionale di ciascun operatore e con l'intensità implicata dal tipo di rapporto in atto con il Servizio sanitario nazionale.

Questa integrazione rispetto alle attività di prevenzione deve esprimersi, inoltre, nella partecipazione alla osservazione epidemiologica mirata o volta ad identificare, nelle loro cause effettive e nelle caratteristiche di azione, i bisogni reali — individuali e collettivi — della popolazione assistita.

Come effetto di ciò, il Servizio sanitario nella sua espressione istituzionalizzata ed il singolo sanitario saranno messi in grado di scegliere con maggior consapevolezza ed efficacia i modi più opportuni per soddisfare tali bisogni.

Una seconda direzione di integrazione delle funzioni dei medici e dei servizi di base è verso l'area delle attività specialistiche e diagnostico-strumentali.

Si tratta in questo campo di tradurre in comportamenti coerenti, sia dei medici di base, sia degli specialisti operanti nei poliambulatori (intra ed extraospedalieri), le condizioni già previste in apposite direttive del Comitato centrale di liquidazione degli Enti mutualistici e nelle convenzioni uniche vigenti. In base a queste norme, il presidio polispecialistico si qualifica come supporto diagnostico-strumentale e di consulenza del medico di base, restando però attribuita a quest'ultimo la funzione di sintesi di tutte le conoscenze relative al cittadino utente e la scelta dei metodi di intervento.

Un'altra forma di collegamento tra distretto di base e servizi specialistici potrebbe essere rappresentata dalla « sperimentazione » di forme di visite mediche globali di soggetti apparentemente sani che possono in tal modo essere identificati nei loro fattori di rischio, con correzione ed indicazioni educative.

Il sistema della indagine multifasica di massa nota come *check-up* ha dimostrato non solo la sua anti-economicità, ma il rischio di aumentare la patologia non reale; diventa sempre più importante invece un sistema che effettui un bilancio globale dello stato di salute e che venga seguìto da interventi educativi, di esercizio fisico e di dieta « mirata ». Sono sufficienti poche attrezzature ambulatoriali ed un raccordo razionale con un laboratorio per fare uno *screening* o « *triage* » che non sia fine a sè stesso, ma inizio di un rapporto nuovo fra utenza e strutture.

Attraverso il collegamento con appositi programmi inseriti su elaboratore, che già sono impiegabili anche in italiano, diven-

terebbe possibile fornire con immediatezza indicazioni su ulteriori esami specialistici e soprattutto suggerimenti sulla dieta, su esercizi fisici e su modificazione dello stile di vita.

In tal modo si determinerebbe un quadro di ingresso in un sistema più continuo e coerente che consenta al distretto di avere un quadro aggiornato delle condizioni generali della maggioranza degli utenti, organizzando interventi sistematici di « mantenimento della salute » e riducendo il rosario delle visite specialistiche indiscriminate e non collegate.

La terza direzione di integrazione è verso i servizi sociali. L'assistenza di base non è solo un fatto sanitario, nè è sempre possibile discriminare dove finisce il bisogno sanitario e dove cominciano altri tipi di bisogno sociale: assistenziale, economico, culturale, o viceversa.

La sede propria di questa integrazione di funzioni, a diretto contatto con la popolazione, è il distretto sanitario.

La vicinanza immediata con la popolazione e il carattere primario dei bisogni individuali e collettivi che i servizi di base sono chiamati a soddisfare determinano due precisi connotati del distretto. Esso si definisce, in termini di spazio, come il bacino ottimale di utenza per lo svolgimento delle anzidette funzioni che interessano direttamente le persone ivi residenti.

Esso è, inoltre, l'ambito di espressione e di incidenza delle attività partecipative non istituzionali, di tipo spontaneo o promosse dalle organizzazioni e associazioni in cui si articola la collettività locale.

Questi connotati pongono il problema della determinazione del valore di soglia minima e massima entro cui i servizi distrettuali di base sono agevolmente fruibili dalla popolazione residente e entro cui riesce realmente ad esprimersi e ad incidere la partecipazione sociale per quanto concerne le modalità di svolgimento dei servizi, le proposte per il completamento di essi, la verifica dei risultati conseguiti, la socializzazione diretta delle informazioni statistiche ed economiche relative ai servizi stessi.

A questi fini può essere assunto un doppio parametro di riferimento: quanto al bacino d'utenza, il parametro è di tipo demografico e può orientativamente essere fissato attorno ai 10 mila abitanti, fatte salve le diversità di situazione demografica o di distribuzione della popolazione sul territorio. Quanto alle esigenze della partecipazione sociale il parametro è di tipo istituzionale-amministrativo e consiste nel far coincidere la perimetrazione distrettuale con ambiti amministrativi preesistenti (più comuni, un solo comune, circoscrizioni, quartieri e simili) in maniera da non frazionare l'integrità delle diverse figure istituzionali territoriali.

Nelle grandi aree metropolitane il problema dei servizi di base richiede soluzioni differenziate, in quanto l'unità del tessuto territoriale, la continuità e l'entità dell'addensamento demografico sono tali da rendere inadeguato il valore di soglia minima prima accennato.

Dal punto di vista operativo, il distretto sanitario di base costituisce un'area dotata di ampia autonomia tecnico-funzionale, nel quadro di programma d'attività indicati dagli organi decisionali ed organizzativi della Unità sanitaria locale.

Soggetti di tale autonomia tecnico-funzionale sono i vari operatori che agiscono al livello distrettuale, identificabili in base alle specifiche e distinte competenze e responsabilità (area medica, infermieristica, tecnica, socio-assistenziale), alla posizione giuridico-funzionale (pubblici dipendenti, convenzionati), alla intensità di presenza sul territorio (residenziali, non residenziali). Per quanto concerne le attività mediche ed infermieristiche, l'opzione più importante e risolutiva ai fini della qualificazione della prestazione e degli effetti economici indotti, è verso l'operatore residenziale e questo traguardo è da perseguire con ogni possibile mezzo.

L'organizzazione della modalità di lavoro al livello di base costituisce l'occasione per favorire la ricomposizione delle varie funzioni e per realizzare e valorizzare il lavoro di gruppo, che non deve avere il significato univoco di lavorare materialmente assieme,

ma di lavorare in maniera coordinata e finalizzata, con frequenti momenti di riflessione comune sul lavoro compiuto e sui programmi di attività futura.

Nel quadro dell'organizzazione delle modalità di lavoro, affidata sotto l'aspetto normativo alle leggi regionali e, nel concreto dell'attuazione, alle decisioni politico-amministrative e al coordinamento organizzativo delle Unità sanitarie locali, va compiuto un deciso passo in avanti per assicurare a livello di base, e quindi con ampia diffusione territoriale, la presenza, anche ad accesso, di essenziali funzioni specialistiche, quali la odontoiatria, l'ostetricia e ginecologia, la psichiatria, da integrare strettamente alle tradizionali funzioni igienistiche, mediche e infermieristiche, che hanno finora rappresentato l'espressione tipica del servizio di base.

Nell'ambito dell'autonomia tecnico-funzionale riconosciuta agli operatori dei servizi distrettuali di base, questi hanno un soggetto cui riferirsi nell'operatore pubblico, in forza del più vincolante rapporto con il Servizio sanitario nazionale che quest'ultimo possiede.

b) *L'area dei servizi specialistici.*

A cavaliere tra il livello distrettuale e il livello dell'USL si collocano i « servizi specialistici ». Il termine abbraccia espressioni tecniche e funzioni che possono andare da attività suscettibili della massima diffusione territoriale, come nel caso dell'odontoiatria, dell'ostetricia-ginecologia e della psichiatria già citate, ad attività che per l'elevata peculiarità scientifica e tecnologica possono essere localizzate solo presso poche e adeguate strutture sanitarie (ospedali, istituti universitari, istituti sicentifici).

Ciò non di meno, pur non essendo attribuibili ad un solo livello territoriale, le attività specialistiche vanno considerate nella loro globalità come « area funzionale » strettamente correlata ai servizi di base.

Quest'area si concreta in un complesso di funzioni e di attività anche di gruppo, aventi carattere consultivo per scopi diagnostici e curativi attivabili a richiesta dei medici o dei servizi di base, sia per interventi su singoli assistiti sia per specifici programmi o progetti-obiettivo finalizzati a particolari modalità di tutela della salute.

I servizi specialistici possono essere ubicati in sede extraospedaliera o in sede ospedaliera, ma, in entrambi i casi, la funzione svolta è la medesima.

Nell'organizzare l'area dei servizi specialistici si deve tener conto di alcuni criteri generali, che tendono a favorire il recupero di queste attività nella strategia unitaria dei servizi di base e a valorizzarne la peculiarità nazionale, che è quella di concorrere a qualificare la prestazione sanitaria dei servizi di base e di costituire un valido filtro ai ricoveri ospedalieri.

I criteri da tener presenti sono:

la integrazione effettiva ed operativa con le altre strutture, presidi e servizi presenti sul territorio, tanto in termini di attività, quanto in termini di contatti e di possibilità di interscambio di personale;

la dotazione di un potenziale professionale e tecnico-strumentale adeguato a garantire una risposta efficiente, efficace e sollecita a tutti i casi clinici che non necessitano di ricovero ospedaliero;

la realizzazione della continuità dell'intervento specialistico, quando si richiedano prestazioni ulteriori non affidabili al medico di base e non necessitanti il passaggio ad altre e più complesse competenze specialistiche e ospedaliere;

la possibilità di agire dinamicamente oltre che verso l'individuo, anche verso l'ambiente di vita e di lavoro con programmi di attività finalizzati, ad iniziativa dei servizi di base e di propria iniziativa ma in coordinamento con i primi.

La sede normale dei servizi specialistici è il poliambulatorio, sia esso extraospedaliero od ospedaliero; un poliambulatorio, però, ripensato e riorganizzato nella logica del nuovo sistema sanitario, con funzioni aggiuntive che, per la loro qualità, ne fanno un centro polivalente, alternativo all'ospedale per tutte quelle attività che non richiedono il ricovero continuato come condizione necessaria.

Presso questo centro poliambulatoriale, pertanto, sono da prevedere, in una prospettiva di integrazioni progressive, i servizi specialistici; i servizi di diagnosi strumentale; i servizi di riabilitazione di normale routine; la sede del servizio di guardia medica e di pronto intervento; possibili attività di ricovero a tempo parziale (centri diurni o *day hospitals*); la sede di attività consultoriali sia stabilmente presenti, sia saltuarie per eccesso di operatori di servizi avente la propria sede a livello di Unità sanitaria locale o di presidio o di servizio multizonale; la sede per attività di incontro tra gruppi di popolazione e operatori sanitari per la socializzazione di conoscenze scientifiche e di problemi attinenti alla tutela della salute, per la valutazione di informazioni statistiche, epidemiologiche ed economiche, per attività di educazione sanitaria.

Il centro poliambulatoriale può, altresì, diventare, dove le condizioni ambientali lo consentano o in una prospettiva di ristrutturazioni future, luogo di aggregazione di ambulatori medici dei servizi di base, costituendo per questa via una sede specifica di tutela della salute che esprime anche fisicamente — con indubbi vantaggi gestionali e comodità per gli utenti — il carattere unitario della nuova strategia adottata dal Servizio sanitario nazionale.

Il poliambulatorio ripensato secondo i criteri enunciati si presta ad operare come struttura funzionale interdisciplinare, in cui la presenza e l'attività contemporanea di più specialisti consente di fornire con sollecitudine risposte compiute e complessive, sia sotto l'aspetto diagnostico che terapeutico, ai quesiti clinici posti dai medici di base.

L'attività del poliambulatorio non si esaurisce in tale funzione. Essa deve rivolgersi anche, e in maniera particolarmente incisiva date le competenze professionali e la strumentazione a disposizione, alla prevenzione individuale e collettiva.

Di notevole rilievo può essere la sua azione nei confronti delle situazioni « a rischio », individuate o sospettate a livello di medicina di base, e ciò tanto in fase di definizione diagnostica quanto nelle successive fasi di controllo sistematico dei pazienti.

Non meno importante è la funzione di filtro ai ricoveri, che si esprime in una gamma di possibilità alternative, quali la risoluzione, di concerto con il medico curante, della cosiddetta « patologia minore »; la effettuazione di accertamenti preliminari, concordabili con la struttura ospedaliera nel quadro dei programmi di « pre-ospedalizzazione » e di prenotazione per i casi che abbisognano di ricovero, procrastinabile però nel tempo; l'attuazione di programmi di « dimissione protetta », mediante la prosecuzione ambulatoriale del trattamento terapeutico, a cura o in collaborazione con i sanitari ospedalieri; l'esecuzione di attività di piccola chirurgia o di traumatologia minore; la effettuazione di attività fisioterapica e riabilitativa a pazienti suscettibili di recupero funzionale, sia dopo il trattamento ospedaliero, sia ad evitare il ricorso ad esso; l'attività di ospedale diurno e l'effettuazione di interventi assistenziali di lunga durata nel corso della giornata, senza bisogno, però, di pernottamento, e durante i quali siano da alternare periodi di trattamento, di riposo, di animazione sociale, di terapia occupazionale, ecc. Quando questa gamma di interventi non sia sufficiente, si renderà giustificato e utile il ricorso a servizi e presìdi di livello superiore.

c) *Il livello delle Unità sanitarie locali.*

Come è chiaramente precisato dalla legge n. 833, l'USL costituisce il livello specifico della gestione politico-amministrativa e dell'organizzazione unitaria e globale di tutti i presìdi e servizi che insistono nell'ambito del territorio di competenza.

Essa si caratterizza, altresì, come momento di coordinamento tecnico-funzionale di tutti i servizi e presìdi operanti in tale ambito. All'interno di tale coordinamento acquistano un rilievo particolarmente importante l'integrazione delle funzioni ospedaliere nel complesso dei servizi sanitari territoriali e le caratteristiche della funzione organizzativa svolta dalla struttura centrale dell'USL.

In particolare, con la cessazione degli enti ospedalieri, gli ospedali riacquistano il rilievo prioritario di presidio sanitario, integrato strettamente nella rete dei servizi, deputato allo svolgimento di precipue funzioni non altrimenti risolvibili a livello di base o attraverso i servizi specialistici. L'integrazione funzionale degli ospedali con il restante complesso dei servizi di base e specialistici non è facile da realizzare.

L'incidenza delle strutture ospedaliere è assai grande sia in termini di soddisfacimento delle richieste degli utenti; sia come soluzione per il superamento delle difficoltà, reali o presunte, che si determinano a livello dei servizi di base; sia in termini di assorbimento di risorse umane e finanziarie; sia come fattore di squilibrio territoriale, per la diversa consistenza che tali servizi presentano nelle varie Regioni.

Tuttavia, pur prendendo coscienza che si tratta di una situazione di fatto che condiziona pesantemente il processo di riorganizzazione e che non sarà possibile sanare in tempi brevi, è assolutamente necessario affrontare il nodo organizzativo degli ospedali con il massimo impegno e con carattere di priorità.

Gli obiettivi principali da perseguire sono tre:

raccordare i servizi di degenza ai servizi di base e specialistici (intra ed extra-ospedalieri) nel senso detto in precedenza, ossia spostando progressivamente il baricentro assistenziale dal presìdio « ospedale » ai servizi di base, con le conseguenze organizzative, sul personale e finanziarie che ne derivano;

riqualificare la funzione ospedaliera, restituendola ai compiti specifici, affidati a personale con adeguata preparazione, operante all'interno di moduli organizzativi più confacenti al nuovo disegno strategico di tutela della salute;

riequilibrare, in termini di erogazione di risorse e di disponibilità di servizi ospedalieri, la situazione delle varie Regioni italiane.

La natura organica del sistema dei servizi che è stata enunciata fa sì che l'intervento in una direzione finisca per riverberare effetti positivi su tutti gli altri campi di azione.

Così, il potenziamento dei servizi di base, compresi quelli dell'area specialistica, determina una minore pressione sui servizi ospedalieri; questa condizione si rivela propizia per favorire la qualificazione interna dell'attività ospedaliera; una migliore funzionalità degli ospedali consente di liberare risorse e personale per potenziare i servizi specialistici ambulatoriali; questi a loro volta concorrono a rendere più efficace l'assistenza di base. In altri termini, è ragionevole presumere che il processo di riorganizzazione, una volta avviato, alimenti in sè fattori positivi che agevolano l'ulteriore corso delle trasformazioni.

La funzione ospedaliera sopra delineata costituisce il necessario completamento dei servizi di base, con i quali si integra per fornire una risposta completa ai bisogni di tutela sanitaria della popolazione.

La sua collocazione funzionale al livello delle USL sta a significare l'esigenza tendenziale di concepire ciascuna USL come un sistema sufficiente e completo di servizi integrati, affidati ad un organo gestionale proprio, espressione dei Comuni soli o associati, in grado di usare finalisticamente le risorse finanziarie disponibili e di procedere alle necessarie riallocazioni, componendo e riequilibrando le spinte che il peso dei vari presìdi e servizi tende ad esercitare.

L'ambito dell'Unità sanitaria locale, e il suo conseguente dimensionamento, trovano in questa esigenza organizzativa e gestionale un preciso parametro di riferimento. L'indicazione operativa che ne consegue è quella di evitare che le USL siano tanto esigue da non consentire una economica presenza e integrazione di tutti i servizi occorrenti per assicurare il soddisfacimento dei normali bisogni sanitari della popolazione e, allo stesso modo, di evitare che esse abbiano dimensioni tanto ampie da rendere difficile il governo e il coordinamento dei servizi stessi.

I parametri indicati dalla legge n. 833 hanno, quindi, ampia giustificazione sul piano funzionale.

L'integrazione dei servizi ospedalieri con i servizi di base conferisce un diverso risalto al problema del dimensionamento ottimale degli ospedali.

Il rapporto posti-letto/abitanti cessa di essere il solo termine di riferimento per tale dimensionamento, perchè la « dotazione aggregata di servizi di base, specialistici e ospedalieri » viene ad acquistare un rilievo più significativo ai fini della tutela sanitaria della popolazione e una tutela efficace può essere assicurata, in realtà territoriali diverse, attraverso combinazioni variabili dei fattori considerati. Tuttavia il tipo di aggregazione cui si dà vita non è indifferente. Infatti, la incidenza delle diverse combinazioni e la qualità dei servizi differiscono in maniera sensibile a seconda della incidenza dei diversi fattori, a tutto scapito delle situazioni dove le strutture ospedaliere sono sovraccariche e i servizi di base e specialistici sono carenti.

A parte ciò, il rapporto posti-letto/abitanti è di per se stesso scarso di contenuto informativo se non si conoscono anche l'indice di occupazione dei posti-letto, il tasso di spedalizzazione e la durata media delle degenze.

Per conseguenza, nell'affrontare il problema della riorganizzazione dei servizi è necessario uscire dall'ottica settoriale per considerare la potenzialità ospedaliera in rapporto alla dotazione di servizi di base e specialistici esistente nelle diverse realtà territoriali.

Questa interdipendenza permette di utilizzare l'eventuale eccesso di servizi ospedalieri per operazioni di riconversione in servizi specialistici ambulatoriali, in ospedali diurni o in altri impieghi di tipo socio-sanitario.

La stessa logica permette di superare la eventuale carenza di servizi ospedalieri, privilegiando per quanto è possibile le strutture specialistiche, i centri polivalenti diurni e i servizi sanitari e sociali che operano come valida alternativa al ricovero ospedaliero e che sono economicamente più convenienti.

L'insufficienza del parametro semplice « posto-letto per mille abitanti », la diversa incidenza degli altri elementi di valutazione (indice di occupazione, tasso di spedalizzazione e durata media delle degenze) e la variabilità del rapporto con i servizi specialistici e di base esistenti nelle diverse realtà territoriali, in una situazione di carenza di informazioni come quella presente, rendono problematico ottemperare al disposto del punto *c*) dell'articolo 53 della legge n. 833 e indicare « gli indici nazionali e regionali di posti-letto e la ripartizione quantitativa degli stessi ».

L'argomento potrà essere approfondito, con indicazioni più puntuali, nei prossimi aggiornamenti del piano. Per ora resta accertato che la situazione attuale dei servizi ospedalieri è fortemente squilibrata tra le diverse Regioni, con l'aggravante che in generale le Regioni dove le carenze di posti-letto sono maggiori, sono anche le meno provviste di strutture poliambulatoriali specialistiche. Questa situazione rappresenta il massimo tollerabile di squilibrio tra le Regioni.

L'obiettivo del primo piano triennale è quello di ridurre tale squilibrio, operando in modo che la situazione integrata al termine del triennio — quando saranno possibili più fondate e attendibili misurazioni — sia più prossima in tutte le Regioni alla « media » attualmente rilevata di 6 posti-letto per mille abitanti, considerata quest'ultima come il riferimento empirico che esprime, allo stato dei fatti, il minore squilibrio possibile rispetto alle situazioni estreme attualmente esistenti.

La situazione « integrata » sarà valutata tenendo conto complessivamente dei posti letto, dell'indice di occupazione, del tasso di spedalizzazione, della durata media delle degenze, nonchè dei servizi specialistici ambulatoriali intra ed extraospedalieri.

Dato questo carattere dell'integrazione, sono possibili diverse modalità di intervento per ridurre gli squilibri. La loro scelta è rimessa ai piani regionali, nei quali è possibile valutare con maggiore realismo le situazioni da correggere e l'incidenza dei vari fattori in gioco.

Nelle Regioni dove il numero dei posti letto per mille abitanti è, in partenza, superiore alla media di riferimento del 6 per mille si rende possibile, e doveroso, nel corso del triennio, riconvertire parte delle attività ospedaliere in altre funzioni sanitarie o sociali.

Nelle Regioni dove la dotazione di posti letto è inferiore alla media nazionale, si rende necessario intervenire con investimenti adeguati, avendo però presente che il potenziamento dei servizi non deve necessariamente avvenire in direzione ospedaliera. Infatti, l'attuale dotazione insufficiente di posti letto può rivelarsi non più tale quando siano stati adeguatamente potenziati i servizi di base e specialistici, la funzionalità ospedaliera sia stata migliorata attraverso opportune iniziative organizzative e i posti letto occupati siano stati liberati dagli ammalati impropri, attraverso il potenziamento dei servizi sociali.

In tutte le Regioni, comunque, a prescindere dalla maggiore o minore disponibilità di strutture ospedaliere, in connessione con la riorganizzazione integrata dei servizi, va attivato un processo di qualificazione interna degli ospedali esistenti. Tale qualificazione va ricercata nelle direzioni appresso indicate:

vanno superate funzionalmente le distinzioni rigide tra le divisioni, realizzando aree dipartimentali per grandi blocchi di funzione (area dei servizi di accettazione — urgenza — emergenza, a cerniera tra l'esterno e l'interno; area delle discipline mediche; area delle discipline chirurgiche; area dei servizi di riabilitazione-mantenimento ecc.), all'interno delle quali sono da perseguire forme di lavoro interdisciplinari e modalità più flessibili di utilizzazione dei posti letto complessivamente compresi nell'area dipartimentale; sono da realizzare, inoltre, collegamenti operativi, anche ambulatoriali, con i servizi specialistici e di base esterni, riaprendo l'ospedale alla collaborazione dei medici curanti e proiettando per contro il personale ospedaliero, specie quello a tempo pieno, sul territorio, a supporto delle attività di base;

va promossa la massima efficienza dei servizi nei quali si registrano « strozzature » di funzionamento che si ripercuotono negativamente su tutta l'attività ospedaliera. In particolare sono da tenere sotto controllo i servizi diagnostici (laboratori, radiologia), le accettazioni, i reparti operatori, i servizi economali;

va perseguita l'utilizzazione ottimale delle attrezzature, sia dimensionandone l'entità alle reali possibilità d'impiego e di utenza, sia curando il grado di preparazione degli operatori, sia assicurando ad esse un sufficiente servizio di manutenzione;

vanno promosse opportune iniziative nel settore amministrativo-gestionale tendenti a realizzare risparmi, attraverso forme di acquisti collettivi in base a protocolli prefissati, attraverso una più marcata professionalizzazione dei servizi economali ospedalieri, ed altre iniziative consimili.

La validità degli interventi descritti può essere misurata attraverso gli indicatori accennati in precedenza.

Nel triennio 1980-82 è possibile, se non risolvere il problema ospedaliero nella sua interezza, per il quale si richiedono tempi lunghi, quanto meno ottenere in sede regionale e nazionale un migliora tasso di occupazione dei posti letto più prossimo al tasso ottimale dell'85 per cento anche attraverso fusioni, concentrazioni o chiusura di piccoli ospedali; una minore durata media delle degenze, più prossima alla media dei principali paesi europei che è di giorni 9, una minore frequenza di ricovero, specie nei settori della medicina, della chirurgia generale, della psichiatria, della lungodegenza e della riabilitazione, più prossima al ragionevole tasso del 14 per cento, assunto come misuratore della capacità di attuazione e di risoluzione dei servizi alternativi extraospedalieri. Anche l'indice del numero dei giorni di spedalizzazione per 1.000 abitanti, in quanto prodotto di due grandezze, il tasso di spedalizzazione e la durata media di degenza, può utilmente essere usato per valutare i risultati che si vanno a conseguire nel corso del triennio.

L'altra funzione caratterizzante di questo livello è quella di organizzazione e di coordinamento dei servizi. Essa è condivisa tra l'organo di gestione dell'USL, al quale fanno capo le decisioni amministrative e gestionali, e la struttura centrale dell'USL, alla quale fanno capo le attività di direzione tecnico-sanitaria e amministrativa e le funzioni di coordinamento organizzativo dei servizi.

È questo un campo nel quale le Regioni hanno possibilità di ampio intervento, essendo rimessa alla legge regionale la disciplina della materia.

Al di là di quanto è indicato in proposito nel decreto delegato sullo stato giuridico del personale e di quanto potrà prevedere la contrattazione sindacale, vi sono alcuni punti fermi che rivestono importanza fondamentale per l'organizzazione dei servizi e per il loro buon funzionamento.

Sopra ogni altro, deve essere rispettato il principio della responsabilità diretta delle persone preposte a queste funzioni. Ma la responsabilità deve essere chiaramente individuata con riferimento ad ambiti prefissati di attribuzioni. A queste deve accompagnarsi l'esercizio di adeguati poteri e la sottoposizione ad altrettanti doverosi obblighi. L'accollo di responsabilità è garanzia di certezza di diritto; è stimolo all'iniziativa ed è banco di prova per l'individuazione e la valorizzazione del merito.

L'affermazione nel concreto delle soluzioni organizzative del principio di responsabilità fa giustizia tanto dell'autoritarismo arbitrario, quanto dell'assemblearismo deresponsabilizzante, entrambi causa non secondaria dell'attuale degrado della pubblica amministrazione.

L'impegno al riguardo è quello che le Regioni definiscano nelle leggi di organizzazione delle USL, in termini non equivoci, il problema delle responsabilità direzionali e di coordinamento, nonchè di realizzare analoga chiarezza negli ordinamenti degli uffici, non dimenticando di considerare che ogni soluzione va riguardata anche rispetto ai costi che genera.

La seconda indicazione, che si lega strettamente alla prima, è il rispetto della professionalità, una professionalità da recuperare all'interno dell'operazione di confluenza del personale degli enti disciolti nel Servizio sanitario nazionale — mettendo ogni persona al posto giusto secondo le competenze tecniche e le capacità personali — o da conquistare attraverso una progressiva azione di riqualificazione e di acculturamento.

I nuovi compiti che la riforma sanitaria attribuisce all'amministrazione centrale, alle Regioni e agli enti locali e l'uso di tecniche di lavoro diverse, più specifiche e puntuali, anche in campo amministrativo, impongono di considerare con attenzione e di sviluppare con iniziative adeguate questo campo di attività.

L'obiettivo strategico è quello di dotare il Servizio sanitario nazionale di una burocrazia preparata e di una dirigenza manageriale. Esso trova il suo primo strumento di attuazione e la sua prima occasione di verifica nelle risposte che i piani regionali sapranno dare al riguardo.

La terza indicazione è quella di sottoporre a rigoroso riesame le procedure di lavoro, applicando i canoni della scienza dell'organizzazione, per eliminare tutto ciò che è superfluo, duplicato, antieconomico; per accorpare in un solo adempimento ciò che al presente richiede sequele di passaggi successivi; in termini più sintetici per accrescere la produttività dell'attività amministrativa e gestionale.

A questo riguardo, più che scendere a specificazioni esemplificative, il Governo mette a disposizione delle Regioni, a richiesta, la consulenza del Centro studi del Ministero della sanità e del Comitato tecnico-scientifico per la programmazione sanitaria.

d) *I servizi multizonali.*

L'assunto fondamentale della legge n. 833 relativo alla capacità delle USL di soddisfare la gran parte dei bisogni socio-sanitari della popolazione lascia ugualmente spazio

alla presenza di servizi e di strutture deputate a rispondere ad una domanda più complessa, sia sotto il profilo organizzativo che dal punto di vista della capacità operativa e della competenza professionale.

Per il soddisfacimento di questi bisogni la legge n. 833 individua servizi definiti « multizonali », assumendo, in questa maniera, come parametro di riferimento quello territoriale, ma chiamando in causa immediatamente anche altri parametri. La « multizonalità » infatti, correttamente intesa, tiene conto non solo dell'ampiezza del bacino di alimentazione, ma anche della frequenza con la quale i bisogni sanitari complessi si manifestano. Ne consegue che la tipologia dei servizi multizonali ed i criteri della loro distribuzione territoriale sono i più vari e richiedono una metodologia pianificatoria assai attenta e selettiva, sorretta da adeguati strumenti di valutazione nosologica ed epidemiologica.

Sarà, quindi, compito dei piani regionali individuare puntualmente questi servizi, tenendo conto delle seguenti indicazioni generali:

— nel settore dell'igiene e della sanità pubblica i servizi multizonali più importanti sono il laboratorio di sanità pubblica (l'attuale laboratorio provinciale di igiene e profilassi), i servizi preposti alla tutela della salute dei lavoratori e la stazione di disinfezione.

Lo sviluppo organico di una rete di laboratori di sanità pubblica non può prescindere dai seguenti elementi di valutazione:

a) la sfera di attività dei laboratori di sanità pubblica è costituita dall'ambiente esterno, con lo scopo principale di concorrere all'attuazione degli interventi di prevenzione primaria;

b) ad ogni laboratorio può essere delegato lo « sviluppo » completo di un particolare settore di attività per tutto l'ambito regionale, mentre per l'espletamento delle funzioni ordinarie ogni laboratorio provvede per l'ambito territoriale di sua competenza. In questo senso si può parlare di « regionalizzazione » dei laboratori, in contrapposizione alla soluzione dell'unico laboratorio regionale del quale non appare utile l'istituzione;

c) le attuali due sezioni dei laboratori provinciali, nonchè l'istituto zooprofilattico per la parte animale, devono essere coordinate funzionalmente nell'unico laboratorio di sanità pubblica, escludendo che in esso siano eseguite analisi cliniche in campo umano a fini diagnostici. Queste vanno riservate invece alla competenza esclusiva dei servizi poliambuolatoriali ed ospedalieri delle USL;

d) ad ogni laboratorio, in ragione della propria specializzazione, deve essere affidata la funzione di revisione delle analisi nell'ambito territoriale regionale, restando riservata all'Istituto superiore di sanità e all'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro la definizione delle metodiche di analisi, delle procedure per il controllo di qualità delle determinazioni analitiche e di quelle necessarie a stabilire gli *standards* di qualità dell'aria, dell'acqua, del suolo e delle bevande;

e) i laboratori di sanità pubblica debbono partecipare ai programmi di formazione e di aggiornamento del personale del Servizio sanitario e ai programmi di educazione alla salute.

L'individuazione di funzioni multizonali nei servizi sanitari specialistici e ospedalieri dovrà avvenire utilizzando criteri e metodologie adeguate a garantire il massimo di efficacia unitamente alla più elevata convenienza gestionale.

Nel settore ospedaliero tali criteri sono costituiti dalla corrispondenza tra esigenze sanitarie e modo di soddisfarle nonchè dall'esigenza di un certo grado di legami funzionali obbligati. Nel rispetto di queste condizioni è possibile aggregare funzioni specialistiche multizonali a qualunque ospedale, in base a specifiche scale di utenza. Queste sono determinabili attraverso: il grado di complessità tecnica del servizio; la necessità più o meno stretta di competenze accessorie; l'esistenza di patologie specifiche; l'equilibrio tra l'utilità sociale e la convenienza gestionale.

Gli stessi parametri valgono anche per la scelta ed il dimensionamento dei servizi di alta specializzazione a scala regionale, avendo riguardo al fatto che la presenza nosografica specifica deve essere tale da consentire il mantenimento della qualità e della professionalità degli operatori.

In nessun caso l'enfasi posta nell'attuazione di servizi multizonali nel settore ospedaliero dovrà creare la condizione per la realizzazione di presìdi monospecialistici.

Nel quadro delle indicazioni concernenti i servizi multizonali, una specifica attenzione va riservata alle funzioni la cui utenza si allarga, di necessità, oltre l'ambito territoriale di una singola regione, per motivi ricollegabili non solo alla facoltà di scelta da riconoscere ai cittadini, quanto anche alla opportunità di non sovraddimensionare le strutture rispetto alla loro utilizzazione reale nell'ambito della sola utenza della regione di localizzazione.

Si tratta, in questi casi, di funzioni di diagnosi e cura attinenti in genere all'altissima specializzazione o di servizi che richiedono apporti di professionalità e l'uso di strumentazioni non diffusibili al di là di precisi limiti quantitativi, pena il decadimento della qualità dei risultati e l'assoluta antieconomicità delle relative gestioni.

Peraltro, l'esperienza insegna che si tratta di situazioni sempre in divenire, in quanto le funzioni di questo genere acquistano una propria potenzialità di decentramento mano a mano che, superata la fase innovativa, le strutture inizialmente create riescono ad irradiare all'esterno le capacità professionali specifiche e il *know-how* tecnologico necessari per trasformare le attività relative da prestazioni eccezionali e straordinarie in prestazioni più correnti, anche se sempre ad elevato contenuto professionale e tecnologico.

Le considerazioni svolte controindicano la adozione di soluzioni organizzative rigide in questa materia, basate su classificazioni che inevitabilmente finirebbero per cristallizzare le situazioni, rendendole impermeabili alle evoluzioni conoscitive e tecnologiche.

In questi casi, l'interesse generale del Paese e il rispetto dell'integrità delle funzioni programmatorie delle singole Regioni e delle funzioni gestionali delle USL possono essere meglio tutelati con le seguenti soluzioni:

riservare al Ministero della sanità e al Consiglio sanitario nazionale, per le rispettive competenze, la definizione tipologica degli *standards* quali-quantitativi e della soglia minima di utenza per le funzioni multizonali che si allargano oltre l'ambito di una singola regione, nonchè agli organi predetti, di concerto con il Ministero della pubblica istruzione, la definizione delle analoghe funzioni che sono svolte da strutture universitarie convenzionate, che per assolvere ai loro compiti istituzioni didattici e di ricerca devono costituire bacini di utenza allargata;

riservare ad accordi tra tutte le Regioni, da definire a livello centrale, in occasione delle annuali approvazioni o revisioni del piano sanitario, e, in sede applicativa, alle derivate programmazioni regionali — nel rispetto degli *standards* e dei limiti di soglia definiti — l'impianto di nuovi presìdi e il potenziamento di quelli già istituiti, lasciando spazio alla espressione dei bisogni emergenti;

riservare a meccanismi di compensazione, operanti tra Regioni a livello di fondo sanitario nazionale, la soluzione dei connessi problemi gestionali, per la parte delle spese correnti.

La soluzione del meccanismo compensativo tra Regioni, va attivata progressivamente, in relazione al passaggio dalla spesa storica alla spesa teorica *pro capite* rettificata, e deve valere come meccanismo ordinario per la parte riguardante la spedalità pubblica.

e) *Il livello regionale.*

L'organizzazione dei servizi a livello regionale deve tenere conto che sono devolute alla competenza della Regione le attività di legislazione, di programmazione, di impulso, di coordinamento, di finanziamento e di controllo, nonchè la definizione dei rap-

porti con le Università, al fine di assicurare l'integrazione funzionale della ricerca e dell'insegnamento nell'ambito della rete regionale dei servizi sanitari.

Più in dettaglio, le attività da organizzare a livello regionale possono essere così individuate:

programmazione socio-sanitaria e pianificazione dei servizi;

indirizzo, vigilanza e coordinamento dei servizi socio-sanitari gestiti dagli enti locali;

ripartizione e controllo del fondo sanitario regionale;

gestione del ruolo unico del personale sanitario;

promozione di iniziative regionali di formazione degli operatori;

organizzazione degli approvvigionamenti a scala regionale;

strategia gestionale in materia patrimoniale;

gestione del sistema informativo regionale (SIR);

relazioni con i settori che interagiscono con quello della sanità.

Nell'ambito di tali competenze, la legge regionale deve determinare il relativo schema organizzativo.

Lo svolgimento delle attività di programmazione richiede agli uffici regionali un rilevante ruolo promozionale e la capacità di un continuo ed articolato dialogo con le collettività locali, mentre le specifiche attività di ripartizione e gestione del fondo sanitario regionale e di controllo dell'impiego delle risorse rendono indispensabile l'adozione di valutazioni di tipo sostanziale, basate su tecniche specifiche e sulla disponibilità di dati analitici, in sostituzione di criteri puramente burocratico-formali.

Così i compiti di vigilanza e di promozione di iniziative per il coordinamento e lo sviluppo dei servizi richiedono la presenza, negli uffici regionali, di particolari competenze in ciascuno dei settori di attività su cui è articolato il nuovo sistema socio-sanitario, per assicurare le necessarie integrazioni di carattere tecnico al momento della programmazione ed a quello della distribuzione e controllo delle risorse.

Nasce, in sostanza, l'esigenza che gli uffici regionali adottino un modello che, sia sul piano delle strutture organizzative che su quello delle modalità di lavoro, preveda apposite competenze ed articolazioni operative capaci di far fronte alle necessità evidenziate e che risponda ad uno schema di tipo nuovo che superi le attuali esperienze amministrative prevalenti nel settore pubblico legate a concezioni centralistiche e settoriali.

In particolare, l'articolazione per settori, preposti ciascuno al coordinamento delle attività specifiche che si svolgono al livello di USL e di distretti, deve ricomporsi funzionalmente in sede regionale per aree di intervento (ad esempio prevenzione, formazione degli operatori, educazione sanitaria, eccetera) e per le esigenze proprie della programmazione. Questa ricomposizione è attuabile attraverso modalità organizzative molteplici, che vanno dal lavoro di gruppo in via di fatto all'organizzazione di uffici di *staff* o di comitati di direzione, ad altre espressioni della collegialità, che non deve mai andare a scapito, però, della responsabilizzazione diretta dei preposti a specifiche funzioni.

2.3 *L'organizzazione « settoriale » dei servizi.*

L'analisi compiuta ha avuto riguardo soprattutto al disegno strategico di ricondurre ad unità la struttura dei servizi per poter assicurare l'unitarietà e la globalità degli interventi a tutela della salute. Di conseguenza sono venuti in risalto soprattutto i rapporti funzionali tra i servizi, messi in luce dall'analisi della loro organizzazione territoriale.

I servizi, però posseggono una loro specificità professionale, di tipo settoriale, che va anch'essa esaminata.

Da questo secondo tipo di analisi emergono, infatti, traguardi di settore, il cui conseguimento esalta l'azione complessiva dei servizi.

In alcuni casi, anzi, l'obiettivo di settore si pone come condizione pregiudiziale per il compimento di azioni integrate come quelle sin qui esaminate. È il caso della riqualificazione del personale in servizio (obiettivo di settore) nei confronti della ricollocazione del personale in altre attività o della modificazione dei modi di operare dei servizi e dei presìdi (obiettivi di carattere generale e funzionale).

Per quanto concerne i servizi di base, meritano di essere approfonditi gli aspetti settoriali riguardanti le attività di vigilanza igienica dell'ambiente e delle condizioni di vita e di lavoro, cui si riconnettono importanti funzioni amministrative, autoritative e di medicina legale. Analogo interesse presentano le attività aventi ad oggetto il controllo igienico degli alimenti e delle bevande e le attività veterinarie, che concorrono anch'esse in modo precipuo all'obiettivo strategico della prevenzione. Parimenti vanno affrontati in termini di strutturazione e di comportamento dei relativi servizi i problemi settoriali della farmaceutica e della formazione degli operatori, ritenendo già affrontati, per l'ampiezza della trattazione e per il carattere di indirizzo delle indicazioni contenute nel piano, gli aspetti della medicina di base, della specialistica e dell'ospedaliera.

a) *Le attività di vigilanza igienica dell'ambiente.*

Particolare importanza riveste l'azione di vigilanza igienica dell'ambiente che deve essere deputata fondamentalmente ad esercitare controlli:

sugli agenti e sui fattori di diffusione delle malattie infettive e parassitarie;

sugli *standards* di accettabilità nei confronti di eventuali inquinamenti biologici, chimici e fisici;

sulla reversibilità delle concause ambientali, ecologiche e socio-economiche nei confronti della predisposizione, dell'insorgenza, e della prevenzione di determinate malattie sociali.

È palese come emerge la necessità di individuare, a livello di USL, il servizio sul quale possa gravitare e diramarsi ogni azione promozionale in tale campo.

Presupposto fondamentale è la disponibilità sia di personale qualificato che di strutture efficienti e differenziate per singoli settori di interventi.

Per quanto attiene al personale, qualunque sia il livello di preparazione specifica e specialistica, deve prevalere il concetto di lavoro in *équipe* quale valorizzazione dell'apporto interdisciplinare, che deve vedere accomunati il medico igienista preposto al servizio, l'epidemologo, il chimico, il biologo, l'ingegnere ed il fisico sanitario.

Ciò in quanto è dimostrato come la tutela dell'ambiente sia la risultante di più interventi concomitanti.

La sorveglianza sugli inquinamenti biologici, chimici e fisici interessanti l'aria (micro e macroclima), le acque ed il suolo deve avvalersi anche dell'apporto di « agenti tecnici di sanità pubblica », non sottovalutando il contributo dei medici di base e quello che la collettività può dare se è stata in precedenza sensibilizzata ed informata sui problemi di sanità attraverso una capillare educazione igienico-sanitaria.

Le strutture rappresentano poi il supporto sul quale deve far leva ogni efficiente azione di sorveglianza igienico-ambientale. Necessitano cioè presìdi dotati di mezzi di analisi e di ricerca per le rilevazioni in ogni settore dell'igiene ambientale.

L'attività di tali strutture può essere identificata in quella attualmente incentrata negli esistenti laboratori provinciali di igiene e profilassi, riconvertiti tuttavia alle nuove funzioni di sanità pubblica, mediante il totale abbandono delle analisi cliniche in campo umano a fini diagnostici, da riservare alla competenza esclusiva dei servizi poliambulatoriali ed ospedalieri delle USL, e per converso potenziati per l'effettuazione di analisi e ricerche programmate sull'ambiente e finalizzate alla individuazione precoce dei fattori ambientali di pericolosità e di rischio che possono compromettere la salute del singolo e della collettività.

b) *Le attività di vigilanza igienica degli alimenti e delle bevande.*

Altro settore di particolare rilevanza è quello dell'alimentazione. Spetta infatti alle Unità sanitarie locali di provvedere, fra l'altro, in materia di igiene degli alimenti, attraverso l'esercizio della speciale vigilanza prevista dalla legge 30 aprile 1962, n. 283, che conferisce in proposito notevoli poteri all'autorità sanitaria locale.

Le Unità sanitarie locali dovranno, perciò, apprestare propri servizi di vigilanza, utilizzando anzitutto le esistenti strutture e il personale degli uffici sanitari comunali e dei laboratori provinciali di igiene e profilassi, secondo il modello di organizzazione, su base territoriale e funzionale, che sarà adottato dalle Regioni.

È auspicabile che i piani sanitari regionali prevedano il potenziamento e la razionalizzazione dei servizi in questione, curando lo ammodernamento delle strutture e l'aggiornamento del personale.

Inoltre la vigilanza dovrà essere orientata, per evitare dispersioni di interventi, verso quei prodotti alimentari che presentano maggiori problemi sotto il profilo della contaminazione, chimica e microbiologica, e dovrà essere effettuata preferibilmente nella fase della produzione, nella quale più significativi ed efficaci risultano i controlli.

Un organico e tempestivo scambio di informazioni con gli organismi regionali e statali preposti al particolare settore potrà rendere più attuale ed efficace l'intervento degli organi di vigilanza.

Infine, poichè la tutela dell'igiene degli alimenti, a livello locale, implica anche interventi di educazione alimentare, è necessario che siano intraprese iniziative dirette ad un tempo ad informare correttamente e a indirizzare il consumatore. Ciò che, del resto, sarà facilitato dalla struttura stessa, di tipo partecipativo, dei servizi di base della Unità sanitaria locale.

Il Governo si impegna ad assumere nel corso del triennio 1980-82, iniziative per lo aggiornamento delle disposizioni di principio contenute nella legge fondamentale del settore (legge 30 aprile 1962, n. 283), anche al fine di armonizzare la normativa vigente alle direttive CEE.

A tale scopo saranno intensificate sia la promozione della ricerca scientifica (finalizzata alla elaborazione delle nuove disposizioni), sia la collaborazione nelle varie sedi internazionali, con particolare riguardo alla CEE.

c) *Le attività veterinarie.*

I servizi veterinari costituiscono un importante fattore per l'economia nazionale in quanto ad essi è affidata la tutela della salute del patrimonio zootecnico, costituito attualmente da una popolazione animale « domestica » di 16 milioni e mezzo di soggetti, bovino-equivalenti.

Non meno importante, però, è la funzione che detti servizi svolgono nel quadro della prevenzione e della tutela della salute umana, attraverso il controllo e la lotta alle malattie trasmissibili e agli artropodi vettori e il controllo del ciclo completo di produzione degli alimenti di origine animale.

I campi di attività dei servizi veterinari, rilevanti ai fini della costruzione del sistema dei servizi delle USL, sono i seguenti:

la sanità animale;

la vigilanza sugli alimenti di origine animale;

il controllo dell'equilibrio ambientale nel rapporto uomo-animale, all'interno del quale gli animali domestici, sinantropici e selvatici fungono da rilevatori biologici dello stato igienico-sanitario.

Vale anche nel campo dei servizi veterinari la logica della integrazione « orizzontale » di tutte le attività che concorrono ad una stessa funzione, sia all'interno delle funzioni proprie del settore veterinario (sanità animale, vigilanza sugli alimenti di origine animale, controllo dell'equilibrio ambientale), sia all'interno di più ampie azioni programmatiche (prevenzione, formazioni degli

operatori, informazione scientifica, ricerca). Rispetto a queste ultime i servizi veterinari si integrano con gli altri servizi del Servizio sanitario nazionale nonchè con istituzioni esterne, quali le Facoltà di medicina veterinaria e altre istituzioni di ricerca.

L'ambito territoriale di aggregazione di queste funzioni, tuttavia, avendo come termine di riferimento operativo la popolazione animale, che è dislocata in maniera differente dalla popolazione umana, non sempre coincide con gli ambiti dei servizi destinati alla popolazione umana (distretti e USL), come peraltro è previsto dall'articolo 16 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

In relazione a ciò, sarà compito delle programmazioni regionali definire, nel quadro della unitaria funzione gestionale attribuita alle USL, gli ambiti di organizzazione delle attività veterinarie che meglio rispettano e sintetizzano le esigenze settoriali proprie di tali servizi e le esigenze di correlazione degli stessi con la restante organizzazione del Servizio sanitario nazionale. I moduli pluridistrettuali e multizonali offrono ampie possibilità di soluzione organizzativa; per quanto concerne gli Istituti zooprofilattici, già ora essi sono organizzati secondo il modulo multizonale a bacino interregionale.

Nel quadro della globalità intrasettoriale sopra accennata, le attività veterinarie che compongono la funzione di « sanità animale », e di cui si deve tener conto nell'organizzare i servizi, sono quelle riguardanti le malattie infettive e diffusive degli animali o trasmissibili all'uomo; l'igiene zootecnica e degli allevamenti; la riproduzione animale e la fecondazione artificiale; la propaganda igienico-sanitaria e l'informazione scientifica; la partecipazione all'attività informativa e alla osservazione epidemiologica; l'assistenza veterinaria generica e specialistica e l'assistenza tecnica agli allevatori e alle aziende.

Particolare attenzione nell'organizzazione dei relativi servizi dovrà essere posta nei confronti di alcuni problemi che rivestono prioritaria importanza, come la profilassi delle malattie infettive e la profilassi antirabbica, da realizzare con servizi in grado di essere impiegati anche in attività diverse di disinfezione e derattizzazione in collaborazione con altri settori dell'intervento sanitario, nonchè il risanamento degli allevamenti, da perseguire nel triennio mediante l'abbattimento degli animali infetti, secondo le direttive che, in questa materia delegata, il Ministero della sanità provvederà ad impartire.

Le attività che compongono la funzione di « vigilanza degli alimenti di origine animale » riguardano: il controllo sanitario degli allevamenti ove gli alimenti si producono, in base al criterio « alimenti sani da animali sani »; il controllo dei requisiti dei mangimi, foraggi, eccetera destinati agli animali produttori di alimenti per l'uomo e la conseguente repressione di abusi e di sofisticazioni; il controllo veterinario delle carni e degli altri alimenti di origine animale in tutte le varie fasi: produzione, preparazione, conservazione, trasporto, trasformazione, commercializzazione e consumo.

Tenuto conto che ciascun animale costituisce un « sensore biologico » delle condizioni igienico-ambientali e dell'equilibrio ecologico, tutto il complesso delle attività svolte dai servizi veterinari, con particolare riguardo per punti di osservazione privilegiati quali gli impianti di macellazione degli animali, i canili comunali, eccetera, costituiscono una rete di osservazione e di controllo di tale equilibrio ambientale.

Nell'organizzare i servizi veterinari tenendo conto delle indicazioni generali sopra accennate, va ribadita la funzione di supporto che le sezioni degli istituti zooprofilattici sono deputate a svolgere nei confronti dei servizi veterinari di base.

La specificità delle competenze professionali comporta che, pur nel quadro unitario della gestione e dell'organizzazione delle Unità sanitarie locali, i servizi veterinari fruiscano di ampia autonomia tecnico-funzionale.

d) *Le attività farmaceutiche.*

Tra le prestazioni dell'assistenza socio-sanitaria di base un ruolo rilevante è esercitato dall'assistenza farmaceutica. La qualifica-

zione di questa prestazione dipende da molteplici fattori, che cominciano ad operare assai prima della fase di utilizzazione del farmaco. Pertanto, in un quadro di programmazione sanitaria raccordata alla programmazione economica nazionale, diviene indispensabile che anche i settori della produzione, attraverso tutte le attività in cui questa si articola (ricerca, pubblicità, informazione scientifica) e della distribuzione concorrono a qualificare l'uso del farmaco. Al raggiungimento dell'obiettivo della qualificazione della prestazione dovrà pervenirsi mediante anche la progressiva elevazione del livello di preparazione degli operatori sanitari, specialmente medici e farmacisti, e del grado di consapevolezza al riguardo della popolazione.

Nel corso del triennio 1980-82, attuando la legge n. 833, si dovrà procedere da parte dei competenti organi, in accordo anche con quanto previsto dalle norme comunitarie, alla revisione delle registrazioni, nonchè a fissare contestualmente indirizzi e criteri cui attenersi per le future registrazioni dei farmaci. Ciò nel quadro di una disciplina generale del settore ai sensi dell'articolo 29 della legge n. 833, che serva a orientare programmaticamente le industrie, ad evitare loro sforzi produttivi che poi vengano vanificati, nonchè in vista di eventuali e graduali provvedimenti di ristrutturazione produttiva, che non provochino contraccolpi repentini a livello di aziende e di occupazione dei lavoratori.

Nell'area dei farmaci così revisionati saranno individuati quelli che possiedono i caratteri per essere ammessi alla prescrizione del Servizio sanitario nazionale.

Accanto a questo intervento che acquista un significato particolare per il suo carattere strutturale e strategico, nel triennio dovrà darsi attuazione a una serie di altre iniziative, tra le quali acquista prioritario interesse:

la proposizione di temi specifici alla ricerca farmaceutica, nell'ambito di un programma pluriennale di ricerca biomedica definita sulle esigenze del Servizio sanitario nazionale;

la registrazione degli effetti indesiderati dei farmaci e la definizione di livelli di garanzia a livello di utilizzazione, sia nel campo dei farmaci destinati agli uomini, sia in quello dei farmaci ad uso veterinario;

l'attivazione di un controllo pubblico sulla sperimentazione clinica dei farmaci, nel rispetto della legge n. 833 ed in conformità delle direttive comunitarie e dei princìpi fissati in sede internazionale, che garantisce il rispetto dei diritti civili dei malati.

L'adozione di norme riguardanti la tutela dell'invenzione farmaceutica per disciplinare il regime transitorio in armonia con la sentenza in data 30 marzo 1978 della Corte costituzionale considerato, peraltro, che con legge 22 giugno 1978, n. 260, sono state ratificate le convenzioni europee e comunitarie. Tali norme dovranno essere concepite in modo da evitare che il brevetto si trasformi in strumento ostativo alla ricerca scientifica;

la produzione e l'immissione al consumo di farmaci in confezioni confacenti alle esigenze dei trattamenti curativi;

l'approfondimento della metodologia per la valutazione dei costi, introdotta con la legge n. 1034 del 1970, che tenga conto dei risultati conseguiti alla sua applicazione in base alla legge n. 395 del 1977, anche in relazione al divieto di pubblicità al pubblico delle specialità soggette all'obbligo di ricetta medica o comunque iscritte nel Prontuario terapeutico; nonchè in relazione ai contenuti del programma pluriennale dell'informazione scientifica sui farmaci previsto dall'articolo 31 della legge n. 833;

la predisposizione di un servizio di informazione scientifica e di aggiornamento sulla farmacoterapia, e di controllo sull'attività di informazione scientifica sui singoli farmaci svolta dalle aziende produttrici, da attuarsi da parte del Servizio sanitario nazionale, nel quadro di un programma che preveda, altresì, i limiti e le modalità per la fornitura di campioni gratuiti, cui dovranno uniformarsi le imprese farmaceutiche, ai sensi dell'articolo 31 della legge n. 833;

la razionalizzazione della distribuzione dei medicinali relativamente ai farmaci in-

clusi nel Prontuario terapeutico nazionale, in maniera da:

a) coordinare, anche in termini economici, la rete distributiva, sintonizzando i comportamenti della produzione con quelli dei grossisti e delle farmacie, avendo come riferimento le necessità primarie del Servizio sanitario nazionale, che costituisce nella sua globalità l'utente di gran lunga principale del settore farmaceutico;

b) utilizzare, nell'ambito delle rispettive competenze, i farmacisti e le aziende farmaceutiche, che si giovano a tal uopo dei propri informatori scientifici; in coerenza con le indicazioni e gli orientamenti fissati in materia di educazione sanitaria, soprattutto per quanto riguarda il corretto uso dei medicinali.

Le indicazioni sopra accennate si pongono come strumento di essenzializzazione della spesa farmaceutica, in quanto ne possono discendere effetti apprezzabili nella lotta agli abusi nel settore farmaceutico. È convinzione del Governo che tali effetti positivi possano verificarsi sia a livello produttivo, per il ridimensionamento di talune attività promozionali, sia a livello della distribuzione, per lo svolgimento di compiti educativi-sanitari da parte dei farmacisti, per l'intervento diretto delle Unità sanitarie locali nell'approvvigionamento dei farmaci necessari alle attività dei presidi pubblici e per un migliore coordinamento con il sistema delle farmacie comunali, in forza dell'articolo 25 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Analoghi positivi effetti dovrebbero verificarsi a livello della prescrizione medica, a mano a mano che sarà possibile realizzare all'interno delle strutture pubbliche un nuovo modo di operare, basato sul lavoro di gruppo, sull'attivazione dei dipartimenti intra ed extra ospedalieri, sull'aggiornamento professionale permanente, sulla partecipazione alle attività preventive, sul coinvolgimento degli operatori nel sistema informativo come produttori, ma anche come utilizzatori dei dati rilevati.

Altrettanto determinanti per gli effetti sopra considerati si rilevano la riforma degli studi di medicina e la revisione del sistema di informazione scientifica al pubblico, nel più vasto ambito del potenziamento dell'educazione sanitaria.

e) *I servizi per la formazione del personale.*

L'analisi secondo le competenze settoriali porta in risalto un altro importante campo di attività, rilevante ai fini dell'organizzazione dei servizi relativi: il settore della formazione e dell'aggiornamento del personale.

La politica della qualità dei servizi e della qualificazione degli operatori, che è stata enunciata nella parte dedicata alla strategia del piano, rischia di restare una semplice dichiarazione di intenzione se non è accompagnata da misure concrete nel campo della disciplina e dell'organizzazione dei corsi e delle scuole di formazione del personale.

La rilevazione della spesa sanitaria dell'anno 1977 ha messo in luce la modestia delle risorse destinate a questo settore: 22,5 miliardi di lire su una spesa corrente globale di 10.095 miliardi. È risultata inoltre, una notevole frammentazione di iniziative, tra le quali rivestono un ruolo prevalente le attività formative di tipo ospedaliero destinate al personale infermieristico e tecnico.

Tutto ciò richiede che si intervenga con decisione nel settore. L'occasione della riorganizzazione dei servizi consente di dare alle attività di formazione un peso adeguato al valore qualitativo e strumentale che esse hanno per il rinnovamento del sistema sanitario.

Non può essere ignorato, infatti, il rapporto condizionante che lega la domanda di nuovi operatori, sia in termini quantitativi che in termini qualitativi, alla effettiva disponibilità di strutture formative.

Ne conseguono da un lato l'impegno ad ampliare il potenziale di strutture formative per renderlo aderente al fabbisogno crescente di personale infermieristico, tecnico e per i servizi territoriali, dall'altro la necessità di destinare a questo settore congrue risorse con carattere di assoluta priorità.

Infatti nel settore della formazione, a differenza di altri campi di attività considerati

dal piano sanitario, appare necessario concentrare nel primo anno di funzionamento delle Unità sanitarie locali — e cioè nella prima annualità del piano — il massimo sforzo per poter provvedere subito alla costituzione di nuove strutture formative e per dare corso allo svolgimento di attività straordinarie di riqualificazione.

Il potenziamento delle strutture di formazione non è differibile a successive annualità di piano a causa della durata triennale dei corsi, per cui ulteriori ritardi nell'inizio di questi ultimi non renderebbero credibile l'impegno di potenziamento dei servizi per mancanza di operatori qualificati (nuove strutture extra-ospedaliere, servizi di base alternativi alla spedalità, nuovi ospedali nelle regioni aventi titolo), la necessità di attività straordinarie di riqualificazione rispetto alle professionalità di origine costituisce, inoltre, lo strumento essenziale per consentire la ricollocazione funzionale e territoriale del personale nei nuovi compiti e nelle nuove strutture del servizio sanitario.

L'obiettivo settoriale del triennio è duplice:

procedere alla riorganizzazione dei corsi e delle scuole ed alla disciplina normativa del settore, recuperando le diverse iniziative alla logica unitaria del servizio sanitario;

destinare alla formazione e all'aggiornamento del personale quote più adeguate del fondo sanitario regionale, in base ad una analisi territoriale dei fabbisogni principali.

Esperienze negative del recente passato impongono di precisare che l'obiettivo settoriale è quello di elevare il grado di preparazione tecnica e culturale degli operatori e che l'impiego delle risorse va valutato e verificato rispetto ai risultati conseguiti in questa direzione. In nessun caso esso può divenire l'artificio per concedere surrettizi aumenti di retribuzione al personale o sussidi economici a persone non occupate.

Da parte sua il Governo si impegna a ripresentare sollecitamente il disegno di legge quadro sulla formazione, l'aggiornamento, la specializzazione e la riqualificazione professionale degli operatori e dei tecnici sanitari, decaduto per effetto dello scioglimento anticipato delle Camere.

L'occasione del dibattito sul piano triennale può essere utilmente usata per perfezionare aspetti particolari del disegno di legge, quali ad esempio, la formazione e l'aggiornamento di insegnanti infermieristiche e di dirigenti del settore con conoscenze di *management;* la adozione del « piano di *nursing* » come modalità fondamentale dell'attività infermieristica finalizzata a realizzare contemporaneamente il miglioramento del servizio e la qualificazione permanente dell'infermiere.

L'impostazione di fondo del provvedimento resta, comunque, acquisita per il Governo. Come tale essa viene prospettata, in via di indirizzo generale, alle Regioni ai fini delle proprie iniziative di settore.

Anche nelle more dell'approvazione della legge-quadro è possibile procedere alla riorganizzazione delle scuole e dei corsi ed alla programmazione delle attività in questo settore.

È opportuno, tuttavia, che attraverso lo strumento della autorizzazione e quello dei finanziamenti, venga drasticamente disincentivata la formazione di figure professionali delle quali è prevista la eliminazione.

Il modello dei servizi che risulta dalle indicazioni date si appalesa rispondente alle esigenze del Servizio sanitario nazionale.

La sua realizzazione costituisce impegno fondamentale per il primo piano triennale ed è conseguibile nell'arco di tempo assegnato.

L'esperienza segnalerà gli aspetti da correggere o da perfezionare ed essi saranno affrontati nelle revisioni annuali o nei prossimi documenti di piano.

3. *L'estensione dell'assistenza sanitaria a tutta la popolazione e l'unificazione delle prestazioni sanitarie.*

Il metodo scelto per definire i criteri generali di strutturazione dei servizi e il rispetto sistematico delle coerenze settoriali e territoriali ha comportato un ampio approfondimento degli aspetti di funzionamento dei

servizi stessi, che è andato oltre la mera definizione strutturale.

L'analisi funzionale dei servizi costituisce di per se stessa enunciazione di principio in tema di erogazione delle prestazioni sanitarie. Ciò è tanto più vero in un sistema sanitario che vuole adottare come misuratori qualitativi e quantitativi dell'attività svolta non la quantità delle « prestazioni » erogate ma le « condizioni di salute assicurate ».

Infatti, è più aderente allo spirito della riforma ripensare il concetto di « prestazione » in termini di « qualità e quantità di servizi » a disposizione della popolazione di un dato ambito territoriale. Parimenti appare più convincente, ai fini della eguaglianza sostanziale di trattamento, interpretare il concetto di « livello delle prestazioni » in termini di « soglia minima » di servizio da assicurare ovunque e di rapporto ottimale tra la quantità di popolazione e la dotazione di servizi specifici da realizzare nelle diverse realtà territoriali e in presenza di documentate condizioni di salute. Queste condizioni debbono fungere, ad un tempo, da misuratore reale della efficacia dell'intervento assistenziale realizzato e da fattore correttivo del rapporto teorico « popolazione-servizi » adottato nella pianificazione territoriale.

Il riferimento alla popolazione rappresenta il definitivo superamento dell'assistenza per categorie. Esso è, peraltro, sancito dall'articolo 63 della legge n. 833, che rende obbligatoria per tutti i cittadini l'assicurazione contro le malattie dal 1° gennaio 1980.

Con le modalità indicate nell'articolo citato si provvederà a determinare l'entità del contributo che i nuovi iscritti, che vi sono tenuti, dovranno versare per se stessi e per i familiari a carico.

Si ritiene che il disposto dell'articolo 57 della legge n. 833 possa essere interpretato in coerenza con i principi sopra esposti. Tale articolo prevede che si proceda con gradualità ad unificare, nei tempi e nei modi fissati dal piano sanitario, le prestazioni sanitarie già erogate dai disciolti Enti mutualistici.

La norma è palesemente motivata dalla constatazione che gli attuali regimi assistenziali mutualistici sono notevolmente diversificati; essa riflette inoltre la preoccupazione che deriva dalle carenze del sistema contributivo, non meno di quello delle prestazioni, con esplicito riferimento ai lavoratori autonomi.

In attesa di pervenire alla completa fiscalizzazione degli oneri connessi all'alimentazione del fondo sanitario nazionale — che rappresenta una indicazione strategica di attuazione della legge n. 833 — il Governo, tenendo conto della diversa capacità contributiva delle categorie interessate e dei diversi soggetti all'interno delle stesse categorie, non può non farsi carico, nelle sedi competenti e con gli adeguati strumenti legislativi, della adozione di misure di graduale adeguamento degli attuali oneri contributivi per le categorie che si troveranno ad avere già dall'1° gennaio 1980 libero e gratuito accesso a servizi sino ad ora ad esse preclusi.

La proposta che si ritiene di formulare, in coerenza con la scelta di fondo illustrata in precedenza, è che la gradualità negli adeguamenti contributivi non deve pregiudicare la contestualità tra la entrata in funzione del Servizio sanitario nazionale e la indifferenziata disponibilità dei presidi del Servizio per ogni cittadino.

Per queste ragioni non è apparso opportuno graduare nel tempo la unificazione delle prestazioni. I servizi debbono poter rivolgere indistintamente a tutti i cittadini le proprie attività in maniera uniforme, secondo la natura e la finalità specifica dei servizi stessi.

Non sarebbe possibile, d'altra parte, avendo ipotizzato come scelta qualificata quella della prevenzione che « taglia » trasversalmente ogni servizio, escludere da questa azione essenziale parte della popolazione.

Quel che potrà essere realizzato solo gradualmente, invece, è la dotazione in misura uniforme di servizi su tutto il territorio per l'assistenza di base e, in misura diversificata, a seconda dei bisogni differenziali emergenti dall'osservazione epidemiologica, per i servizi di tipo speciale. Questo, peraltro, non è problema di « livelli di prestazione », bensì questione di investimenti e di strategia di medio-lungo periodo della programmazione.

Diversa è, invece, la questione delle « prestazioni integrative ». Si tratta in questo caso di prestazioni che esulano, per propria natura, dalla tutela fondamentale della salute assicurata attraverso i servizi sanitari di base. Il tipo e l'entità delle prestazioni integrative da riconoscere sono in funzione della possibilità del sistema economico di sopportarne l'onere. Pertanto la loro determinazione, nel quadro dell'eguaglianza di trattamento dei cittadini, va precisata in sede di determinazione del fondo sanitario nazionale.

Per il triennio 1980-82 sono ritenute compatibili con le disponibilità del fondo sanitario le prestazioni integrative ordinarie di carattere sanitario, già erogate agli assistiti dell'INAM, da precisare in apposito elenco avente valore tassativo.

4. *I progetti-obiettivo.*

La strutturazione organica dei servizi è la risposta diversa, unitaria e globale, puntata sulla prevenzione e sulle attività di base, che il Servizio sanitario nazionale si propone di dare ad una più articolata richiesta di tutela della salute.

Una richiesta che per ora è individuata solo nelle grandi linee — così come si è venuta precisando nel dibattito scientifico, culturale, politico di questi ultimi anni — ma che il Servizio sanitario ha il dovere di indagare più puntualmente, con la raccolta sistematica di elementi conoscitivi e con l'osservazione epidemiologica mirata, per definirne meglio la natura, l'entità e i contenuti differenziali nelle diverse realtà locali e nella evoluzione temporale.

Si ritiene, peraltro, che già esistano tre problemi di salute sufficientemente individuati che si impongono con immediatezza all'azione del Servizio sanitario nazionale per la loro incidenza quantitativa e per il loro valore qualitativo: la mortalità infantile e la condizione di salute nell'età evolutiva; la condizione di salute degli anziani; la condizione di salute dei lavoratori, con riferimento ai rischi specifici dell'attività lavorativa.

La scelta compiuta può sembrare scontata e priva di slancio immaginativo; non tale, comunque, da caratterizzare e qualificare il primo piano sanitario nazionale, cioè il primo impegno di vasto respiro della struttura pubblica nel campo della tutela della salute dei cittadini.

Una interpretazione del genere sarebbe riduttiva e ingiustificata.

L'opzione in favore dell'infanzia, cui pure rinviano coincidenze non trascurabili come l'anno internazionale del fanciullo, ha un preciso significato strategico rispetto all'obiettivo di tutela della salute della popolazione perchè da un lato mira ad evitare che si rinnovino sacche di generazioni con disturbi, predisposizioni, malformazioni e *handicaps* e dall'altro punta ad avere, con il ricambio delle classi di età, fasce sempre più adulte di popolazione costantemente e adeguatamente tutelate sin dal concepimento e, quindi, fasce di popolazione presumibilmente più sane, sino a quando tutta la popolazione avrà potuto fruire di questa protezione costante. Il progetto-obiettivo, insomma, è preminente nel tempo, oltre a costituire sin da ora una risposta adeguata ad esigenze attuali dei nuovi nati.

La scelta dell'assistenza agli anziani è anch'essa sostenuta da riflessioni di non poco peso. L'accrescimento progressivo della popolazione anziana per effetto dell'allungamento della vita media segnala l'importanza quantitativa del problema, di fronte al quale le risposte particolari delle singole famiglie costituiscono ben poca cosa sul piano dei risultati, anche se spesso costituiscono un autentico dramma per le persone che debbono provvedervi.

Accanto a questo aspetto, che è il primo a venire in considerazione, si è tenuto presente che la popolazione anziana costituisce un gruppo sociale estremamente indifeso, per cui sembra giusto che la sua tutela venga spontaneamente assunta dalla struttura pubblica, con priorità rispetto ad altre pur legittime istanze che, tuttavia, non mancano della possibilità di farsi valere all'interno del Servizio sanitario nazionale.

Ma il progetto-obiettivo per la tutela degli anziani ha un terzo scopo strategico a medio termine: quello di perseguire nel corso del triennio la depurazione, dal campo della spesa sanitaria, di oneri che sono di natura prettamente sociale ed assistenziale (e nel settore dell'assistenza agli anziani essi costituiscono una parte rilevante), in cambio di una doverosa assunzione a carico del fondo sanitario nazionale di oneri specificamente sanitari, oggi sostenuti dalle famiglie o dagli enti locali per incorporamento nelle rette assistenziali degli istituti di ricovero per anziani.

Ai fini dell'essenzializzazione delle spese del comparto « sanità » e del ripristino di metodi di scrupolosa amministrazione delle risorse pubbliche, la scelta effettuata è determinante.

L'inclusione della tutela della salute dei lavoratori come campo prioritario di impegno globale intersettoriale è stata decisa, prima ancora che dal piano sanitario, dalla legge n. 833, la quale dedica all'argomento più di un articolo con una ricchezza di specificazioni che testimoniano del grande interesse dei legislatori nazionali per questo argomento.

I suindicati problemi richiedono una risposta operativa adeguata alla natura e all'ampiezza dei fenomeni da cui nascono. Essi offrono un significativo banco di prova per verificare la efficacia del nuovo modello di organizzazione dei servizi in termini di utilità finale per la popolazione interessata, secondo l'assunto che una riforma è tale solo se riesce a tradursi in un miglioramento delle condizioni sociali — in questo caso di quelle sanitarie — della collettività cui è destinata.

Discende da queste premesse che i problemi di tutela della salute dei bambini, degli anziani e dei lavoratori non possono essere risolti in termini di strutture settoriali materno-infantili, geriatriche e di medicina del lavoro, ma attraverso l'azione complessiva e sinergica di tutte le attività del sistema, rese particolarmente attente e finalizzate alla soluzione di questi specifici problemi.

È stato chiarito nelle premesse strategiche che il settore sanitario tende a comporsi organicamente nel quadro del piano di sviluppo economico nazionale e dei piani di sviluppo regionale, ricercando consonanze di azione, generando flussi di informazione corrispettiva, segnali di attenzione e richieste di collaborazione.

L'individuazione di tre problemi di salute di prioritario interesse nazionale per il prossimo triennio è occasione propizia per stimolare questo tipo di raccordo trasversale tra le scelte del piano sanitario e quelle dei programmi in campo sociale ed economico.

Essa è occasione, altresì, per verificare in concreto la possibilità e la volontà di procedere, a tutti i livelli e in tutti i settori, secondo il metodo della programmazione generale e delle programmazioni raccordate di settore.

Questa modalità di azione, consistente nella mobilitazione finalizzata di tutto il sistema sanitario e dei sistemi che lo condizionano, economico e sociale, per quanto è di comune interesse, viene definita « progetto-obiettivo ».

Per il triennio 1980-82 vengono individuati tre progetti-obiettivo, sui quali il Governo si impegna ad agire con le modalità indicate e con le iniziative più opportune, anche in sede legislativa.

Per quanto riguarda le applicazioni territoriali, essi vengono indicati alle programmazioni regionali come atto di indirizzo generale e come impegno politico significativo e caratterizzante, non omettendo di rimarcare che, per la loro applicazione, l'integrazione con i servizi sociali si appalesa come condizione indispensabile.

La loro qualificazione come atti di indirizzo generale conferma che è riconosciuta la libertà delle Regioni di organizzare le modalità di perseguimento del fine particolare, in relazione alla situazione nosologica, alla consistenza e allo stato di funzionamento dei propri servizi e alle indicazioni dei piani regionali di sviluppo, non esclusa la possibilità per le Regioni di perseguire anche altri progetti-obiettivo nell'ambito delle risorse finanziarie disponibili.

Nel quadro di tale autonomia, vengono segnalati come meritevoli di attenzione i problemi del disagio psichico, delle devianze, delle tossicodipendenze, dell'emarginazione

degli handicappati e delle malattie infettive e parassitarie, che appaiono in preoccupante aggravamento.

In particolare i problemi delle tossicodipendenze e della psichiatria, così come sono emersi all'attenzione del paese anche in relazione allo stato di attuazione delle leggi 22 dicembre 1975, n. 865 e 13 maggio 1978, numero 180, richiedono la messa a punto di coraggiose strategie d'azione, su piani multipli e convergenti, per le quali la metodologia del progetto-obiettivo appare specificamente indicata.

L'occasione degli aggiornamenti di piano permetterà al Governo di proporre appositi progetti-obiettivo, sempre più specifici e penetranti.

In previsione dell'elaborazione di proposte a vasto raggio sui temi indicati, specifiche nelle indicazioni, ma non settoriali e quindi strettamente collegate al disegno generale di riforma sanitaria e di attuazione organica del Servizio sanitario nazionale, si rende necessario inserire nei flussi ordinari del sistema informativo sanitario dati esaurienti ed aggiornati concernenti i fenomeni in questione e lo stato delle realizzazioni locali, recuperando in questa sede le indicazioni già contenute nelle leggi di settore, aggiornate secondo le esigenze conoscitive ed operative nel frattempo emerse.

Contemporaneamente i tre progetti-obiettivo indicati costituiscono un impegno di politica sanitaria per l'intero Paese e, quindi, nessuna Regione può ritenersi esonerata dal parteciparvi. Le verifiche, mediante gli indicatori di attività e gli indicatori epidemiologici o di risultato, che l'amministrazione centrale è tenuta a compiere, avranno ad oggetto perciò, e con particolare attenzione, anche le condizioni di salute riferite ai gruppi di popolazione coinvolti nei progetti-obiettivo.

Per ciascun progetto-obiettivo vengono enunciati i seguenti criteri di riferimento.

4. 1 *Progetto-obiettivo: lotta contro la mortalità infantile e tutela della salute nell'età evolutiva.*

Il quoziente nazionale di mortalità perinatale (cioè il rapporto tra i nati morti più i morti nella prima settimana di vita su 1.000 nati) è stato nel 1977 del 20,9‰ mentre quello di mortalità infantile (cioè il rapporto dei morti nel primo anno di vita su 1.000 nati vivi) è stato nello stesso anno del 17,7‰.

Il dato medio nazionale è andato progressivamente migliorando nell'ultimo decennio, come indicato nella tabella n. 3.

Tuttavia il confronto con i dati dei principali paesi non offre motivi di tranquillità, l'Italia collocandosi quasi agli ultimi posti della graduatoria. Va rilevato, peraltro, che i confronti internazionali dei livelli di mortalità infantile e di mortalità perinatale sono da considerarsi con una certa cautela per le difformità esistenti sia nella definizione del fenomeno, sia nei criteri di rilevazione.

TABELLA N. 3

VALORI DEL QUOZIENTE DI MORTALITÀ PERINATALE ED INFANTILE IN ITALIA DAL 1966 AL 1977

ANNI	Mortalità perinatale (1)	Mortalità infantile (2)
1966	36,1	34,7
1967	34,1	33,2
1968	33,4	32,7
1969	31,9	30,8
1970	31,2	29,6
1971	30,4	28,5
1972	29,2	27,0
1973	28,3	26,2
1974	26,1	22,9
1975	24,1	21,2
1976	22,8	19,5
1977	20,9	17,7

(1) Per 1.000 nati.

(2) Per 1.000 nati vivi.

Dalla tabella n. 4, infatti, risulta che, nel 1975, l'Italia con un quoziente di mortalità perinatale del 24 per mille occupa il quintul-

TABELLA N. 4

VALORI DEL QUOZIENTE DI MORTALITÀ PERINATALE ED INFANTILE NEI PRINCIPALI PAESI EUROPEI IN ANNI RECENTI

PAESI	Mortalità perinatale 1975 (*a*)	Mortalità infantile 1976 (*b*)
Austria	21,3	18,3
Belgio	19,7	13,9
Bulgaria	17,6	23,2
Cecoslovacchia	19,6	20,8
Danimarca	13,4	10,3
Finlandia	12,0	10,5
Francia	18,1	10,4
Repubblica democratica tedesca	17,6	14,1
Repubblica federale di Germania	19,4	17,4
Grecia	25,8	22,6
Ungheria	31,6	29,8
Irlanda	21,5	14,6
Italia	24,1	19,5
Paesi Bassi	14,0	10,5
Norvegia	14,2	11,1
Polonia	19,6	23,8
Portogallo	31,8	38,9 (*)
Romania	17,9	31,4
Spagna	..	10,7
Svezia	11,1	8,7
Svizzera	13,5	10,7
Inghilterra e Galles	19,9	14,0
Irlanda del Nord	25,9	18,3
Scozia	21,3	14,8
Jugoslavia	21,9	36,4

(*) 1975.

(*a*) Per 1.000 nati.
(*b*) Per 1.000 nati vivi.

timo posto, seguita soltanto da Grecia e Irlanda del Nord (26 per mille) e da Portogallo e Ungheria (32 per mille).

La situazione è migliore per quanto riguarda la mortalità infantile: otto Paesi europei (Bulgaria, Cecoslovacchia, Grecia, Ungheria, Polonia, Portogallo, Romania e Jugoslavia) presentano, nel 1976, livelli superiori a quello italiano (19,5 per mille) ed inoltre le distanze che separano l'Italia da Paesi socialmente progrediti quali l'Austria e la Germania Federale sono di modesta entità. Peraltro, è ancora consistente lo scarto rispetto ai valori minimi europei (8,7 per mille della Svezia e 10,11 per mille di Danimarca, Finlandia, Francia, Olanda e Svizzera).

Anche la distribuzione del fenomeno tra le Regioni è sintomatica di uno squilibrio che preoccupa.

La tabella n. 5, riferita al 1977, evidenzia un quoziente di mortalità infantile in Campania (23,4 per mille) che è più del doppio rispetto a quello della Provincia autonoma di Trento (10,9 per mille). Anche rispetto al quoziente di mortalità perinatale la situazione del Mezzogiorno è fortemente ineguale rispetto al resto del Paese (Calabria 25,4 per mille — Provincia autonoma di Bolzano 13,8 per mille).

Senza bisogno di molti approfondimenti bastano queste poche cifre a convalidare la urgenza di un intervento finalizzato che abbia come obiettivo settoriale l'abbattimento del fenomeno e per obiettivo generale l'eliminazione degli squilibri territoriali esistenti.

Tanto più che, sulla base di documentate esperienze, è dimostrato che è possibile diminuire in tempi brevi i valori assoluti e relativi della mortalità infantile e della mortalità perinatale, riducendo non solo la perdita precoce di vite umane, ma anche il maggior numero di malformazioni e di *handicaps* che ad essa si accompagnano.

Si tratta in entrambi i casi di contrastare le cause dei fenomeni, costituite sia da fattori di natura biologica che di natura sociale e, non infrequentemente, anche da fattori organizzativi propri del Servizio sanitario.

L'intervento finalizzato della lotta alla mortalità infantile e della tutela delle condizioni di salute nell'età evolutiva deve svilupparsi agendo nelle diverse fasi durante le quali si manifesta la condizione di rischio e cioè:

in epoca pre-concezionale;
durante la gestazione;
in occasione del parto;
durante il primo anno di vita.

L'assunto di base è che, intervenendo sulle situazioni di rischio nelle fasi suddette, può essere evitato il rischio nelle fasi successive.

Gli scopi da raggiungere nell'arco del triennio sono:

la tendenziale riduzione a zero della mortalità materna per parto, come è già avvenuto in altri Paesi, e l'introduzione della indagine sistematica per ogni caso di morte materna, con appropriato procedimento di ricerca, il cui esito costituisca motivo di riesame rigoroso del sistema protettivo nelle sue diverse articolazioni locali, oltre che oggetto di comunicazione motivata al Comitato tecnico-scientifico di cui verrà detto più avanti;

una consistente riduzione del quoziente di mortalità infantile e la eliminazione degli squilibri tra le Regioni.

Se si tiene conto che nel 1977 il quoziente di mortalità infantile è stato uguale o inferiore al 15 per mille in dieci regioni e che negli ultimi anni, in assenza di interventi finalizzati di carattere generale e particolare, la riduzione del quoziente è stata in media di un punto per anno, si può indicare come traguardo minimo da raggiungere al termine del primo triennio l'abbassamento del quoziente di mortalità infantile a valori vicini alla prevedibile media nazionale del 10 per mille, anche nelle Regioni dove attualmente si registra un quoziente abnormemente elevato.

Costituiscono sub-obiettivi nel quadro dell'impegno come sopra specificato:

la riduzione a zero dei morti per malattia emolitica del neonato (da isoimmunizzazione da fattore Rh materno infantile);

TABELLA N. 5

MORTALITÀ INFANTILE E PERINATALE PER REGIONE DI RESIDENZA - ANNO 1977

REGIONI	Mortalità infantile (*a*)	Mortalità perinatale (*b*)
Piemonte	17,8	21,9
Valle d'Aosta	22,0	21,8
Lombardia	15,0	18,6
Bolzano	13,0	13,8
Trento	10,9	14,4
Veneto	14,6	17,5
Friuli-Venezia Giulia	12,6	14,3
Liguria	13,6	16,4
Emilia Romagna	14,3	17,7
Toscana	14,8	20,5
Umbria	11,1	15,5
Marche	14,6	17,8
Lazio	15,5	18,6
Abruzzi	17,3	19,5
Molise	16,9	21,6
Campania	23,3	25,2
Puglia	21,3	24,4
Basilicata	17,9	20,9
Calabria	20,5	25,4
Sicilia	20,7	22,8
Sardegna	19,1	23,0
Media nazionale	17,7	20,9

(*a*) Per 1.000 nati.

(*b*) Per 1.000 nati vivi.

la riduzione a zero dei nati-morti per eredolues;

la concentrazione dei reparti pediatrici e ostetrici, eliminando o fondendo le piccole strutture che non raggiungono un numero sufficiente di interventi nell'anno tali da assicurare le necessarie competenze ed esperienze per la conduzione e il trattamento della gravidanza a rischio;

la sistematica pratica degli esami neonatali, specie neurologici;

il miglioramento delle condizioni di salute nell'età evolutiva, da ottenersi soprattutto mediante l'eliminazione degli stati carenziali e da iponutrizione, ancora molto diffusi in alcune zone, la riduzione dei dismorfismi e paramorfismi scheletrici e muscolari, la profilassi delle malattie infettive e parassitarie, anche mediante l'intensificazione della pratica vaccinale e quella delle malattie respiratorie acute.

In questo quadro sono anche da contrastare le turbe psichiche e le anomalie del comportamento che si manifestano nella età evolutiva e che sono spesso la premessa di più gravi alterazioni nelle età successive.

Ferma restando la autonomia delle Regioni di prevedere più spicifiche modalità di svolgimento del progetto-obiettivo, vengono indicate alcune categorie di interventi ritenute essenziali per un efficace contrasto del fenomeno e per una effettiva tutela materno-infantile:

interventi in epoca pre-concezionale: individuazione e contrasto dei fattori di rischio prevalentemente genetici;

selezione delle gravidanze e rischio; istituzione delle schede individuali delle gestanti; controlli periodici durante la gravidanza, anche ad iniziativa del Servizio; controllo diretto a che siano rispettate le norme a tutela delle lavoratrici madri;

selezione dei parti e dei neonati a rischio; adeguata assistenza in luogo di degenza attrezzato; assistenza domiciliare correlata anche alle indicazioni ospedaliere; contrasto precoce delle malformazioni e degli handicaps alla nascita;

interventi nei confronti della prima infanzia e dell'età prescolare: controllo dello sviluppo psico-fisico; ricerca e contrasto dei fattori di rischio; vaccinazioni;

interventi durante l'età della scuola dell'obbligo: controllo dello sviluppo psico-fisico; ricerca e contrasto dei fattori di rischio; utilizzazione finalizzata delle strutture sanitarie e parasanitarie scolastiche e distrettuali nel senso della promozione attiva della salute.

Lo svolgimento degli interventi indicati, e di altri che le Regioni riterranno di prevedere, non deve essere concepito come attività particolare di strutture *ad hoc*, ma come una modalità finalizzata di operare dei normali organi, servizi e presidi, tanto nel momento normativo di definizione della periodicità dei controlli durante la gravidanza e il periodo neonatale (numero e tipi di analisi ed accertamenti da eseguire; modalità per le vaccinazioni, eccetera), quanto nel momento organizzativo e tecnico operativo (caratteristiche tecniche dei servizi di base, strutturazione dei servizi specialistici e di ricovero, disposizioni per privilegiare l'attività di base e specialistica, anche domiciliare, prima e dopo il parto e quella ospedaliera per la fase del parto, eccetera).

Di particolare importanza si rivela, nel quadro del progetto-obiettivo, la puntuale ed estesa applicazione delle norme sulla assistenza pediatrica previste dalla convenzione unica per la medicina generica e pediatrica firmata il 31 maggio 1978.

L'insufficiente numero di pediatri che si dedicano a questa attività nell'ambito della convenzione unica e la loro squilibrata distribuzione territoriale costituiscono limiti oggettivi alla generalizzazione del ricorso al pediatra di libera scelta come medico curante residenziale dei bambini.

Tuttavia è questa la strada da battere, con un doppio scopo: creare tra gli utenti la mentalità che il pediatra non deve essere più considerato come uno specialista da consultare in casi particolari, ma deve es-

sere considerato e utilizzato come il medico curante ordinario dei bambini; fare sì che un maggior numero di medici, provvisti di specializzazioni in pediatria e che in questa materia andranno a specializzarsi, si dedichi alla pediatria convenzionata di base, la quale costituisce indubbiamente un qualificato e motivante sbocco lavorativo ai giovani specializzati.

La natura di progetto-obiettivo si fonda su questa capacità di coordinare ad un solo fine attività molteplici, suscettibili di accrescere con la loro interazione il risultato finale in termini qualitativi e quantitativi.

Il progetto obiettivo per la lotta alla mortalità infantile e la tutela della salute nell'età evolutiva si presta in modo particolare a fungere da polo di aggregazione di attività molteplici, in campo sanitario, in campo sociale e assistenziale, in campo scolastico e in altri campi la cui individuazione nel concreto delle diverse realtà locali sarà assicurata dall'iniziativa delle Regioni e delle Unità sanitarie locali.

La integrazione di interventi nel settore economico, sociale e sanitario appare essenziale ai fini della riuscita del progetto obiettivo.

La mortalità infantile e perinatale nelle diverse Regioni risulta, infatti, generalmente correlata alle differenze di reddito annuo medio per abitante (vedi tabella n. 6), per cui il problema del suo abbattimento non può essere risolto *solo* in termini sanitari.

Per quanto concerne il settore sanitario, comunque, si indicano come attività da coinvolgere nel progetto-obiettivo, sia in sede centrale che in sede regionale, la ricerca sanitaria finalizzata; la formazione professionale di infermieri e tecnici con qualificazione particolare in questa materia; l'educazione alimentare e il controllo degli alimenti, specie della prima infanzia; l'educazione sessuale e la preparazione alla maternità e alla paternità responsabili.

Il progetto-obiettivo, appunto perchè prevede la utilizzazione delle normali strutture e servizi per le attività finalizzate, non comporta, come principio, previsione di stanziamenti particolari per la sua esecuzione.

Tuttavia, specie in questo primo piano, in una situazione nazionale in cui la dotazione di servizi territoriali e di presidi sanitari è ancora fortemente squilibrata tra le varie Regioni, appare coerente destinare una parte della maggiorazione, prevista per le attività innovative, agli scopi dei progetti-obiettivo, in aggiunta ai normali stanziamenti destinati all'adeguamento e al potenziamento dei servizi di base e delle strutture specialistiche. Ciò per ovviare alle spese di primo impianto e per fornire anche servizi alternativi di carattere socio-sanitario.

Va, comunque, evitata la creazione di servizi *ad hoc* per i fini dei progetti-obiettivo, in quanto questa soluzione controindicherebbe la strategia di approccio globale e di interventi multipli convergenti nel quadro di sintesi dei programmi di sviluppo economico, che caratterizza questo tipo di azione programmatica.

Due ultime indicazioni al riguardo.

Per poter conoscere adeguatamente il fenomeno che è alla base del progetto obiettivo e per poter quindi precisare e perfezionare sempre meglio gli interventi, valutandone volta a volta l'efficacia, occorre acquisire con sistematicità dati e notizie.

Ciò rende necessario stabilire in sede centrale alcune modalità comuni di rilevazione, che non significano l'adozione di un modello unico di scheda, ma la fissazione dei dati fondamentali da rilevare comunque, onde consentire la sintesi nazionale e le comparazioni regionali. Un contributo determinante al riguardo sarà dato dall'adozione del libretto sanitario per tutti i nuovi nati.

Il Comitato tecnico-scientifico per la programmazione sanitaria, integrato per questa specifica funzione da alcuni esperti della materia, avrà il compito di seguire l'andamento del fenomeno, utilizzando i dati statistici che saranno acquisiti; di formulare indirizzi e linee generali di intervento; di fornire, a richiesta, consulenza alle Regioni e agli enti locali.

TABELLA N. 6

REGIONI	ANNO 1977		
	Reddito annuo per abitante (migliaia di lire)	Mortalità infantile	Mortalità perinatale
Piemonte	3.507	17,8	21,9
Valle d'Aosta	3.680	22,0	21,8
Lombardia	3.662	15,0	18,6
Bolzano	3.088	13,0	13,8
Trento	3.152	10,9	14,4
Veneto	2.883	14,6	17,5
Friuli-Venezia Giulia	3.184	12,6	14,3
Liguria	3.502	13,6	16,4
Emilia Romagna	3.510	14,3	17,7
Toscana	2.970	14,8	20,5
Umbria	2.630	11,1	15,5
Marche	2.577	14,6	17,8
Lazio	2.835	15,5	18,6
Abruzzi	2.214	17,3	19,5
Molise	2.033	16,9	21,6
Campania	1.919	23,3	25,2
Puglia	1.955	21,3	24,4
Basilicata	2.038	17,9	20,9
Calabria	1.645	20,5	25,4
Sicilia	1.843	20,7	22,8
Sardegna	2.128	19,1	23,0

4.2 *Progetto-obiettivo: tutela della salute delle persone anziane.*

Nel nostro paese, come nel resto del mondo, per effetto delle migliorate condizioni di vita si registra un netto e progressivo invecchiamento della popolazione.

La speranza di vita alla nascita nel periodo dal 1861 al 1971 è passata:

da 42,6 a 68,9 anni per i maschi;
da 43,0 a 74,8 per le femmine.

Nel 1901 gli ultrasessantenni erano circa 3 milioni e costituivano il 9,6 per cento della popolazione totale.

Nel 1921 erano circa 4 milioni (10,4 per cento).

Nel 1961 erano circa 7 milioni (14,2 per cento).

Nel 1976 erano circa 10 milioni (17,5 per cento).

Nel 2000 si calcola che saranno circa 11 milioni e costituiranno il 20 per cento della popolazione italiana.

La spedalizzazione degli anziani ha raggiunto proporzioni rilevanti. Nel 1975 circa il 40 per cento del totale dei degenti negli ospedali generali pubblici (compresi i ricoverati nelle divisioni pediatriche ed ostetriche) era rappresentato da ultrasessantenni.

L'incidenza della spesa per la degenza degli ultrasessantenni nell'anno 1975 sul totale della spesa ospedaliera è stata del 40 per cento, pari a circa 1.200 miliardi di lire.

Non sono disponibili dati precisi sulle « presenze improprie » di ultrasessantenni negli ospedali. È comunque riconosciuto da tutti che una buona parte degli anziani è indotta al ricovero ospedaliero anche quando non sussistono motivi sanitari tali da esigerlo.

Le ragioni sono da ricercare principalmente nella carenza di altre strutture assistenziali; una carenza che porta al sovraffollamento degli ospedali da parte di persone anziane alle prese con problemi prevalentemente o esclusivamente sociali, con pregiudizio degli ammalati acuti e con aumento dei costi.

Anche a questo proposito non sono necessari molti approfondimenti. Bastano le poche osservazioni fatte a convalidare l'urgenza di un intervento finalizzato che si prefigga di dare al problema degli anziani una risposta adeguata, in termini di assistenza sociale ed economica nelle situazioni in cui non è presente o prevalente il bisogno sanitario; in termini di prevenzione, di prestazioni specifiche ambulatoriali e domiciliari e di misure di riabilitazione quando il bisogno è di natura sanitaria, riservando al ricovero ospedaliero solo gli interventi che non possono risolversi in altra maniera.

Il Servizio sanitario nazionale può farsi carico direttamente degli aspetti che riguardano la tutela della salute delle persone anziane, non esclusa la quota di spesa sanitaria conglobata nel costo delle prestazioni fornite in regime di ricovero presso le istituzioni assistenziali per gli anziani, ad evitare che tale onere seguti a gravare in larga misura sui bilanci familiari. Tuttavia, dato il confine assai labile tra il bisogno sanitario e i bisogni di altro genere e le immediate ripercussioni che cause non sanitarie hanno o possono avere sulla salute fisica e psichica delle persone anziane, il metodo del « progetto-obiettivo » si dimostra particolarmente idoneo per risolvere il problema.

Non basta, infatti, il miglioramento dei servizi sanitari; occorre anche e soprattutto determinare interventi sulle cause che provocano la precaria situazione di salute e di esistenza degli anziani.

Le cause fondamentali che incidono sul processo di invecchiamento — che è solo parzialmente legato all'età e che coinvolge in maniera molto diversa i cittadini a seconda della loro posizione sociale — sono prevalentemente di natura sociale, essendo collegate a meccanismi di progressiva espulsione dell'anziano dalle attività produttive e sociali.

I contenuti del progetto obiettivo, per conseguenza, sono di natura sanitaria e di natura sociale al tempo stesso ed essi pos-

sono essere realizzati attraverso uno spostamento di interventi e la mobilizzazione di risorse dal settore ospedaliero a quello di base e dal settore sanitario a quello sociale.

L'importante è ottenere che l'operazione sia contestuale e che i maggiori impieghi di risorse in un campo siano accompagnati da minori o da migliori impieghi di risorse nell'altro.

Gli scopi da raggiungere nell'arco del triennio sono:

una sostanziale deospedalizzazione dei ricoveri per ragioni sociali, in misura non inferiore al 50 per cento degli attuali ricoveri « impropri », in base ad accertamenti mirati, da ripetere con sistematicità;

un sostanziale potenziamento dei servizi alternativi, sanitari e sociali, da misurare sull'incremento delle disponibilità in termini di servizi di base domiciliari, infermieristici e specialistici; di attivazione di servizi a tempo parziale (ospedali diurni, centri diurni e simili) se e dove ritenuti convenienti; di presenza di attività specialistiche di consulenza per le malattie geriatriche nelle strutture poliambulatoriali; di operatori di riabilitazione nelle strutture e nei servizi di base, anche domiciliari.

Per quanto concerne le attività in campo sociale ed economico saranno le altre programmazioni di settore, nel quadro unificante dei piani di sviluppo nazionale, regionali e locali, a indicare gli obiettivi coerenti con le finalità del progetto-obiettivo in questione.

Compito degli organi del Servizio sanitario è quello di suscitare, nel triennio 1980-1982, il massimo interesse e coinvolgimento degli altri settori nell'attuazione del progetto stesso, animando il dibattito culturale e scientifico sull'argomento, promuovendo ricerche in materia, curando la formazione di operatori tecnicamente preparati e socialmente motivati ad operare in contatto con le persone anziane; raccogliendo e pubblicizzando i dati statistici — nosologici, epidemiologici, organizzativi ed economici — concernenti la condizione di salute ed esistenziale degli anziani e la loro situazione assistenziale, in modo da favorire la presa di coscienza della dimensione del problema e l'assunzione di iniziative coerenti da parte di tutta la collettività.

Di particolare importanza in questo senso appare l'opportunità di affrontare contestualmente all'avvio delle nuove strutture organizzative i problemi posti dalla integrazione dei servizi sanitari con quelli assistenziali, anche in assenza della legge di riforma dell'assistenza, facendo riferimento a possibilità che la legislazione esistente già offre in questa direzione (in particolare il decreto del Presidente della Repubblica n. 616).

Anche per la tutela della salute degli anziani valgono le considerazioni già svolte sul finanziamento dei progetti-obiettivo con l'aggiunta della possibilità di eventuali investimenti per la costruzione dei centri diurni o ospedali diurni. Di questi si terrà conto, comunque, a partire dal secondo anno di validità del piano, sulla base di elementi conoscitivi circa le iniziative già assunte o da assumere da parte delle Regioni.

In ogni caso, però, è opportuno puntare su strutture polivalenti, non riservate solo agli anziani, dando la precedenza a più economiche operazioni di trasformazione di strutture esistenti, se e dove ciò sia possibile.

Un necessario intervento di garanzia, senza riflessi finanziari, che le Regioni possono svolgere nell'arco del triennio, è quello del controllo rigoroso e sistematico delle istituzioni che accolgono persone anziane.

Le Regioni possono, altresì, procedere alla fissazione di *standards* qualitativi e quantitativi di servizio da rispettare, specie da parte delle istituzioni che operano con il finanziamento pubblico, diretto o convenzionato.

Inoltre, la tutela della salute degli anziani rappresenta un campo di elezione per stimolare e valorizzare, insieme con la politica della famiglia, anche l'apporto del volontariato, che la legge n. 833 riconosce e al quale il piano attribuisce un particolare interesse, sia come modalità per realizzare nei fatti il pluralismo, sia per la mo-

tivazione sociale che lo anima e che può rappresentare un modo per riconquistare ad impieghi sociali il consenso e l'apporto del mondo giovanile e femminile, sia perchè rappresenta una possibilità aggiuntiva di servizio, ampiamente collaudata in altri sistemi sanitari esteri, di cui si avverte un particolare bisogno nella presente difficile congiuntura economica.

Anche per questo progetto-obiettivo il Comitato tecnico-scientifico per la programmazione sanitaria, integrato per questa specifica funzione da alcuni esperti della materia, avrà il compito di seguire l'andamento del fenomeno, utilizzando i dati statistici che saranno acquisiti, di formulare indirizzi e linee generali di intervento, di fornire, a richiesta, consulenza alle Regioni e agli enti locali.

4.3 *Progetto-obiettivo: tutela della salute dei lavoratori in ambiente di lavoro.*

Il rilievo che il problema della salute dei lavoratori presenta per il nostro paese è testimoniato dall'attenzione che ad esso ha dedicato il Parlamento nell'approvare la legge n. 833, attenzione originata dal numero dei cittadini sottoposti a rischi particolari e dal numero degli infortuni e delle malattie professionali che ogni anno accadono in Italia o delle invalidità che ne conseguono.

Il contenuto degli articoli 2, 4, 20, 21, 22, 23, 24, 27, 72 e 73 della legge sta a dimostrare come una migliore tutela della salute dei lavoratori costituisca una delle idee-forza che ispira il processo di riforma sanitaria.

Si giustifica, quindi, che il piano sanitario assuma questo problema tra quelli prioritari per il triennio 1980-82 e ne faccia, come per gli altri due prima trattati, un progetto-obiettivo attorno al quale mobilitare e qualificare il processo di trasformazione del sistema, impegnando in esso le Regioni e le rispettive programmazioni territoriali e recuperando in questa sede le elaborazioni culturali e le esperienze maturate nel paese dalle forze sociali e scientifiche e in particolare dal movimento dei lavoratori, specie per le problematiche della tutela sanitaria nei luoghi di lavoro. I dati statistici, peraltro, confermano, se ce ne fosse bisogno, la validità della scelta e la gravità del fenomeno.

In quanto coinvolti nel processo produttivo o nel sistema dei servizi, i lavoratori soggiacciono ad un rischio specifico che è aggiuntivo rispetto a quello generico che riguarda tutta la popolazione con riferimento all'età, al sesso, alla condizione socio-economica e alla situazione ambientale. Tale rischio è espresso, in negativo, dal numero degli infortuni e delle malattie professionali che insidiano la salute dei lavoratori.

L'entità statistica degli infortuni e delle malattie professionali risulta dall'apposita tabella (vedi tabella n. 7). I dati della tabella e gli altri dati statistici disponibili attraverso le rilevazioni dell'INAIL e dell'ISTAT, sono, peraltro, inferiori alla realtà perchè eludono la patologia da lavoro nero, che rappresenta una piaga dolorosa anche sotto questo aspetto.

Il dato è infedele, inoltre, per quanto attiene alle malattie professionali, sia perchè è riferito solo alle affezioni individuate dal legislatore ed elencate nell'apposita tabella, sia perchè esclude quella parte di patologia da lavoro in cui rischi diversi, ancorchè non specifici, si sommano tra loro e danno luogo a forme patologiche comuni non rilevate dalle statistiche.

Lo spostamento dell'attenzione dalla manifestazione patologica al fattore di rischio ha costituito un indubbio passo avanti sulla strada della tutela della salute dei lavoratori, perchè ha consentito di passare dalla mera riparazione del danno a manifestazioni concrete di prevenzione.

Tuttavia bisogna riflettere più a fondo sul fatto che, mentre è stato possibile identificare qualitativamente e quantitativamente un certo numero di rischi, divenuti così rischi noti, molti altri rischi rimangono privi di quantificazione o addirittura restano ignoti.

Inoltre, l'individuazione dei fattori patogeni del lavoro viene generalmente *a posteriori*, cioè dopo che una situazione o uno strumento o un materiale hanno determi-

TABELLA N. 7

INFORTUNI E MALATTIE PROFESSIONALI NELL'ANNO 1977

REGIONI	INDUSTRIA E ARTIGIANI								AGRICOLTURA	
	Infortuni		Malattie professionali		Silicosi e asbestosi		Infortuni e malattie		Infortuni	
	Totale	di cui mortali	Totale	di cui mortali	Totale	di cui mortali	Totale	di cui mortali	Totale	di cui mortali
Piemonte	95.632	138	1.910	5	1.594	2	99.136	145	13.037	93
Valle d'Aosta	3.407	12	113	—	488	1	4.008	13	558	5
Lombardia	221.175	248	4.841	2	2.545	8	228.561	258	13.315	61
Provincia auton. Bolzano	8.311	27	289	—	177	2	8.777	29	3.530	21
Provincia auton. Trento	10.544	17	664	—	439	13	11.647	30	3.025	11
Veneto	100.313	134	4.006	1	1.144	13	105.463	148	18.779	72
Friuli-Venezia Giulia	29.474	48	3.578	1	283	—	33.335	49	4.807	23
Liguria	41.795	71	3.338	—	4.348	3	49.481	74	2.869	19
Emilia-Romagna	107.116	161	5.913	4	239	3	113.268	168	28.691	89
Toscana	96.246	139	5.462	1	3.650	6	105.358	146	15.851	55
Umbria	17.427	24	997	—	247	—	18.671	24	8.005	21
Marche	27.793	43	2.791	—	131	—	30.715	43	12.753	29
Lazio	64.725	79	1.649	—	982	—	67.356	79	7.450	41
Abruzzi	17.785	28	1.080	—	1.581	1	20.416	29	9.081	36
Molise	3.435	10	85	—	10	—	3.530	10	2.387	16
Campania	63.176	109	1.743	1	362	—	65.281	110	14.707	48
Puglia	50.296	112	755	—	98	1	51.141	113	7.538	59
Basilicata	5.750	23	75	—	88	—	5.913	23	2.450	25
Calabria	18.483	44	226	—	591	—	19.300	44	7.865	19
Sicilia	48.277	114	6.390	2	1.223	—	55.890	116	11.075	51
Sardegna	23.763	40	693	—	1.820	4	26.276	44	4.965	26
ITALIA	1.054.923	1.621	46.598	17	22.010	57	1.123.531	1.695	192.738	820

nato stati patologici e sempre che, con la analisi successiva, sia possibile dimostrare il nesso causale tra essi e l'evento patologico accertato.

La nuova strategia prevenzionale impone di intervenire ancor prima, spostando l'attenzione dalla ricerca di singoli fattori di rischio alla lavorazione nel suo insieme, ai termini macchina-ambiente, al sistema ergonomico uomo - macchina - ambiente. Essa prevede, altresì, che l'intervento preventivo operi già in sede di progettazione e di omologazione degli impianti nei complessi lavorativi e di singole macchine e continui ad operare durante le fasi lavorative con il coinvolgimento diretto dei lavoratori e delle loro organizzazioni, oltre che delle strutture del Servizio sanitario nazionale, per accertare il mantenimento di sufficienti livelli di sicurezza e di tutela della salute dei lavoratori.

Per quanto riguarda i lavoratori autonomi, infine, una fondamentale scelta strategica impone, con carattere prioritario, un programma di educazione prevenzionale al fine di determinare il formarsi di comportamenti spontanei coerenti, privilegiando nel tempo tale opera di educazione prevenzionale sulla funzione repressiva nei confronti dell'infortunato inadempiente.

A questo disegno strategico, chiaramente delineato dagli articoli sopra ricordati della legge n. 833, deve essere ispirata l'attuazione di questo progetto-obiettivo.

Negli anni recenti singole Regioni hanno realizzato interessanti iniziative per il controllo della salute negli ambienti di lavoro. Particolare attenzione meritano a questo proposito le iniziative che vanno emergendo nell'ambito dell'autonomia contrattuale. Questo aspetto è particolarmente rilevante nel quadro della partecipazione degli utenti alle condizioni igienico-sanitarie ed alla tutela della salute nel loro ambiente di vita. La contrattazione nazionale, e soprattutto gli accordi aziendali, configurano una modalità originale e singolare di partecipazione, certamente non ripetibile con altrettanta efficacia in altri aspetti della vita sociale, ma tale da confermare la rilevanza della consapevolezza negli interventi di tutela della salute.

Gli scopi da raggiungere nel triennio 1980-1982 sono:

una rappresentazione veritiera della situazione esistente, attraverso l'attivazione di adeguate rilevazioni che facciano chiarezza sugli aspetti oggi sommersi;

un consistente abbattimento degli infortuni, delle malattie professionali e un efficace contrasto delle altre patologie da lavoro, da misurare sugli indicatori risultanti dalle rilevazioni citate, come espressione sintetica della validità degli interventi preventivi effettuati.

Tali scopi sono conseguibili attraverso un complesso di misure affidate alla iniziativa delle Regioni e da ricomprendere nei piani sanitari regionali in coordinamento con altri tipi di intervento previsti o da prevedere nei piani regionali di sviluppo economico.

In via di indirizzo generale sono da prevedere interventi nei seguenti campi:

rendere più esplicita e concreta la possibilità per i lavoratori di partecipare al processo di tutela della propria salute;

promuovere il coinvolgimento diretto dei medici e dei servizi di base nella realizzazione del progetto-obiettivo;

determinare la confluenza nel sistema sanitario dei servizi, a livello di unità sanitarie locali, delle preesistenti, eterogenee attività di prevenzione — in particolare, per quanto riguarda il personale e le attrezzature dei presidi comunali e consortili, dell'ENPI, dell'ANCC, dell'INAIL, di altri servizi di diagnosi e cura di medicina del lavoro — e la loro integrazione funzionale e organica in base ai criteri di ristrutturazione dei servizi illustrata in precedenza;

determinare la confluenza nel sistema unitario dei servizi, a livello multizonale, dei laboratori provinciali di igiene e profilassi, riqualificati con la presenza di attività multidisciplinari di igiene industriale e ergonomia e la coordinata utilizzazione del personale e delle attrezzature di strutture multidisciplinari dell'ENPI, il collega-

mento funzionale dei servizi, mediante convenzione, con istituti universitari di medicina del lavoro e di medicina preventiva dei lavoratori;

promuovere un più specifico e definito uso di misure amministrative, in un quadro legislativo chiaro e inequivoco, per precisare in maniera uniforme gli obblighi in questa materia e per realizzare in concreto condizioni di lavoro consone ai fini di tutela della salute dei lavoratori;

effettuare il censimento dei rischi attraverso la costruzione di apposite mappe rappresentative della dislocazione topologica e della disseminazione tipologica e dimensionale delle attività a rischio;

determinare il dimensionamento e la localizzazione, in base a tale censimento, del fabbisogno di strutture, attrezzature e personale, parametrati sulla intensità dei rischi e l'accessibilità dei servizi, in modo da proporzionare la risposta organizzativa alla reale entità del bisogno di tutela dei lavoratori;

attivare gli strumenti di informazione necessari per un efficace e tempestivo monitoraggio delle situazioni, da realizzare attraverso la istituzione dei registri dei dati ambientali e dei dati biostatistici, dei registri degli infortuni, la progressiva diffusione dei libretti sanitari personali, la sistematica rilevazione dei dati statistici inerenti al sistema uomo-macchina-ambiente, integrati da osservazioni epidemiologiche mirate, anche sulla base di indicazioni metodologiche e di dati essenziali da rilevare, fissati in sede centrale, per consentire le necessarie sintesi nazionali e gli opportuni confronti regionali;

assicurare la massima diffusione delle informazioni raccolte ed elaborate, allo scopo di socializzare la conoscenza dei fenomeni e consentire un coinvolgimento responsabile nel progetto-obiettivo sia dei lavoratori che degli imprenditori e dell'intera collettività;

promuovere l'aggiornamento e la riqualificazione del personale medico, infermieristico, tecnico (laureato e non laureato) e amministrativo per gli aspetti giuridici della vigilanza; nonchè la indicazione alle istituzioni scolastiche locali delle previsioni di fabbisogno di personale qualificato, laureato o diplomato.

L'intervento deve proporsi di suscitare la riconsiderazione dei programmi formativi delle facoltà di medicina e delle scuole di specializzazione onde raccordarli, sia nei contenuti dell'insegnamento, sia nel numero degli studenti, alle esigenze reali di questo aspetto del servizio sanitario.

Va, tuttavia, tenuto presente che l'obiettivo di questi interventi non è quello di promuovere specialisti di settore, quanto quello di dare una preparazione in tecniche di indagini ambientali, in elaborazione dei dati, in tutela dell'ambiente, eccetera, ad operatori dei servizi territoriali, secondo l'assunto che bisogna passare dalla medicina del lavoro alla medicina dell'uomo che lavora.

Anche a questo proposito l'enfasi non va posta sull'aspetto settoriale — con la inevitabile creazione di strutture specifiche, di divisioni ospedaliere *ad hoc* — quanto sull'aspetto orizzontale, della integrazione con il complesso dei servizi e delle strutture, con una particolare sensibilizzazione e con il coinvolgimento di essi nella tutela preventiva, curativa e riabilitativa della salute dell'uomo che lavora;

la stimolazione, o la promozione diretta, di attività di ricerca applicata ai problemi della tutela della salute dei lavoratori, da parte di università, istituzioni scientifiche, presidi del servizio sanitario, ricercatori indipendenti su argomenti oggetto delle iniziative del servizio sanitario nel quadro dell'attuazione del progetto-obiettivo;

la promozione di iniziative per coinvolgere le organizzazioni degli imprenditori e quelle dei lavoratori alla migliore riuscita del progetto-obiettivo.

In sede centrale, la scelta di questo progetto come elemento qualificante del piano sanitario nazionale si traduce in impegno del Governo di assicurare la necessaria coerenza alla legislazione delegata, anche in riferimento alla elaborazione del testo uni-

co in materia di sicurezza del lavoro previsto dall'articolo 24 della legge n. 833.

La facoltà di introdurre innovazioni nella legislazione vigente rappresenta una opportunità di assoluto rilievo per operare le trasformazioni che il disegno strategico illustrato rende necesarie e indifferibili.

Il coordinamento con il piano economico triennale e con i piani regionali di sviluppo può e deve servire, specie per questo specifico progetto, a mobilitare altre iniziative, altre risorse, altro personale per il conseguimento di un risultato che si rileva capace di conferire, da solo, dignità e spessore qualitativo al piano sanitario per il triennio 1980-82.

Anche per questo progetto-obiettivo, il Comitato tecnico-scientifico per la programmazione sanitaria, integrato per questa specifica funzione da un rappresentante del Ministero del lavoro e della previdenza sociale e da alcuni esperti della materia, avrà il compito di seguire l'andamento del fenomeno, utilizzando i dati statistici che saranno acquisiti; di formulare indirizzi e linee generali di intervento; di fornire, a richiesta, consulenza alle Regioni e agli enti locali.

5. *La formazione del personale.*

Attraverso la strutturazione organica dei servizi ai vari livelli territoriali, il Servizio sanitario nazionale viene dotato della strumentazione necessaria per attendere al proprio compito istituzionale, la tutela della salute della popolazione.

Attraverso i progetti-obiettivo sono stati precisati alcuni contenuti e alcune modalità per l'azione dei servizi nei confronti di fasce di cittadini esposti a rischi particolari legati all'età (bambini-anziani) o alla condizione lavorativa (lavoratori).

Nell'uno e nell'altro caso, al di là del valore del modulo organizzativo o del grado di qualificazione del progetto-obiettivo, i risultati dipendono in massima parte dalla preparazione e dalle capacità tecniche del personale del servizio.

La formazione del personale acquista così il valore di azione di completamento, necessaria al successo delle stesse azioni programmatiche enunciate in precedenza.

L'immissione nel Servizio sanitario nazionale riservata esclusivamente ad operatori dotati dei prescritti requisiti di preparazione deve rappresentare da qui in avanti la condizione inderogabile per riconquistare nel medio periodo l'efficienza, la professionalità e la qualità dei servizi, oggi spesso compromessa da pregresse, errate politiche del personale.

Un contributo a questo fine è rappresentato dal disegno di legge quadro, già citato, concernente la formazione, l'aggiornamento, la specializzazione e la riqualificazione professionale degli operatori e dei tecnici sanitari non laureati.

Partendo dalla constatazione che l'attuale regolamentazione giuridica delle professioni sanitarie ausiliarie e delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie è superata e disarmonica rispetto al « progetto sanitario », contenuto nella legge n. 833, il Governo ha predisposto il citato disegno di legge-quadro, i cui obiettivi sono:

semplificare il quadro delle professioni sanitarie e delle arti sanitarie ausiliarie, prevedendo solo un numero limitato di figure professionali e tecniche strettamente funzionali alle nuove esigenze del Servizio sanitario nazionale; attraverso l'aggregazione in modo omogeneo di più profili professionali, così da realizzare fasce di professionalità nel cui ambito la fungibilità delle funzioni e delle qualifiche renda possibile la piena mobilità dei soggetti;

omogeneizzare i requisiti di ammissione ai corsi nel rispetto della normativa CEE sugli infermieri professionali e in coerenza con la riforma della scuola secondaria superiore;

introdurre l'obbligo dell'aggiornamento per gli operatori e i tecnici sanitari;

assicurare alle Regioni un univoco riferimento legislativo per l'esercizio delle proprie attribuzioni di disciplina normativa, di programmazione e di organizzazione delle attività formative in questione.

Queste indicazioni generali dovranno essere riproposte al Parlamento al più presto per un sollecito esame.

Contemporaneamente, considerata la rigidità della spesa corrente per il personale e la conseguente modesta possibilità di effettuare, almeno nel breve periodo, massicce immissioni di nuovo personale con i requisiti professionali adeguati, il Governo ha predisposto un secondo disegno di legge che prevede misure per la riqualificazione professionale straordinaria degli infermieri generici già in servizio e degli infermieri volontari della Croce rossa italiana. Lo scopo è quello di favorire per un triennio lo sviluppo della professionalità del personale già operante nel Servizio sanitario, in modo da colmare le carenze qualitative e quantitative esistenti nelle figure maggiormente qualificate, con un modesto incremento di spesa e accelerando, nel contempo, la riconversione di figure professionali di cui non è prevista la conservazione.

La riqualificazione proposta è subordinata al possesso del diploma di scuola media inferiore, al superamento di un esame di idoneità in luogo della frequenza di due anni di scuola media superiore, come peraltro è consentito dalla normativa CEE, e alla frequenza di « regolari corsi triennali » per infermieri professionali da svolgere « al di fuori dell'orario di lavoro » e da concludere con i normali esami di Stato.

Si tratta di un progetto e non può essere confuso con misure di sanatoria che non sarebbero compatibili con la logica del piano sanitario.

È auspicabile che si giunga sollecitamente alla approvazione delle norme accennate con gli emendamenti che il dibattito sul piano triennale renderà eventualmente necessari, onde consentire alle Regioni di adottare tempestivamente i conseguenti provvedimenti da attuare nel corso del triennio di validità del piano stesso.

Non va taciuto, peraltro, che il settore della formazione del personale è quello che risente maggiormente della mancanza di un quadro legislativo e organizzativo aggiornato e definitivo. La anticipata interruzione della legislatura ha reso ancora più precaria la situazione.

Oltre ai disegni di legge sopra illustrati sono decaduti vari altri disegni di legge in corso di esame al Parlamento. Tra questi sono da ricordare la riforma della scuola secondaria superiore, con l'istituzione dell'indirizzo biologico sanitario, che avrebbe dovuto preludere ad un concomitante filone formativo del personale infermieristico e tecnico.

Parimenti va menzionata la riforma degli studi di medicina. Da questa si attendeva, oltre alla definizione di un nuovo processo formativo degli operatori sanitari, anche la soluzione del grave problema dell'istituzione del numero programmato; la istituzione dei diplomi universitari; l'istituzione del corso di laurea in odontoiatria; la nuova disciplina della formazione degli specialisti.

Tutto ciò appare di pregiudiziale rilievo per il successo della riforma sanitaria, oltre a rappresentare il puntuale adempimento di direttive comunitarie, che ci costringono ad avere sempre presente la situazione europea e i riflessi che possono derivare al nostro sistema dalla libera circolazione del personale sanitario nei paesi CEE.

In questo campo, peraltro, non è sufficiente la pur definita volontà del Governo. L'*iter* faticoso di alcune iniziative assunte, l'obiettiva considerazione che i problemi posti sono di rilievo generale e, suscitando il coinvolgimento diretto di tutte le forze politiche, impongono di prendere atto dello stato delle cose e di muoversi, con realismo, nell'ambito delle attribuzioni che le leggi in vigore già conferiscono; tra queste fa spicco l'aggiornamento obbligatorio introdotto come novità di rilievo dalla legge n. 833.

Le revisioni annuali del piano permetteranno di introdurre più specifiche indicazioni in tema di formazione del personale, a misura che il Parlamento avrà deliberato sui disegni di legge sopra ricordati. Qualora i tempi dovessero allungarsi oltre il prevedibile, sarà necessario considerare l'opportunità di norme temporanee di salvaguardia, per evitare che la situazione possa ulteriormente deteriorarsi.

Nel quadro dei limiti oggettivi sopra ricordati, l'azione programmatica di settore concernente la formazione del personale per il triennio 1980-82 distingue la formazione stessa rispetto alle finalità in:

— formazione di base;

— formazione specialistica;

— riqualificazione e conversione tra professionalità diverse;

— aggiornamento permanente.

Nell'assumere in sede regionale le iniziative ritenute localmente congruenti, va ricordato che la formazione professionale nelle quattro specificazioni illustrate riguarda distinte categorie di personale e che, con modalità e intensità di intervento diverse, le riguarda tutte, nessuna esclusa.

Nel breve periodo sono da incentivare le iniziative mirate a fini specifici, anche parziali, come corsi accelerati, seminari, eccetera, aventi lo scopo di coprire le carenze di preparazione più macroscopiche degli attuali operatori.

Per il lungo periodo sono possibili iniziative più sistematiche e di maggior respiro.

5.1 *La formazione di base e specialistica.*

Nei confronti della formazione di base e della formazione specialistica, legate a scelte volontarie degli interessati, gli organi del Servizio sanitario hanno, nel breve periodo, il compito di concorrere alla corretta informazione degli aspiranti al fine di orientarne le scelte, in base anche alle effettive possibilità di assorbimento del sistema.

Sulla base delle informazioni in loro possesso, le Regioni e le Unità sanitarie locali possono determinare, con sufficiente precisione, il fabbisogno di operatori per le diverse funzioni, di base e specialistiche, da segnalare agli organi centrali del Servizio sanitario nazionale e nelle varie sedi regionali alle autorità scolastiche, ai fini della programmazione degli accessi, per ora limitatamente alle scuole di specializzazione e di diploma universitario e in futuro, è auspicabile, anche per i corsi principali di laurea.

Tra i compiti degli organi del Servizio sanitario — in una prospettiva di più lungo periodo — vi è quello di svolgere azione costante di sensibilizzazione presso le autorità scolastiche per la modifica dei contenuti degli insegnanti e per la finalizzazione delle attività didattiche e di ricerca alle esigenze emergenti dalla tutela della salute della popolazione, dando adeguato rilievo nei piani di studio, accanto alle materie tradizionali, a quelle discipline che rientrano in « aree formative » attualmente trascurate quali l'area epidemiologico-informativa, psicologico-comportamentale, socio-economica, che sono già state recepite con successo da alcuni Paesi della CEE.

In questa prospettiva di lungo periodo è da perseguire la costituzione di corsi post-universitari diretti a preparare personale con competenze economiche, manageriali, organizzative e programmatorie, di cui si avverte la mancanza.

Ma l'incidenza maggiore che il Servizio sanitario nazionale può avere in materia di formazione di base e di formazione specialistica del personale sanitario laureato e diplomato nel breve periodo è quella prevista dall'articolo 39, secondo comma, della legge n. 833.

Tale articolo stabilisce che gli organi periferici del Servizio sanitario nazionale concordino con le università, sulla base dell'apposito schema tipo di convenzione la utilizzazione di strutture delle Unità sanitarie locali, che siano riconosciute idonee per le esigenze didattiche e di ricerca delle facoltà di medicina.

Nel confermare l'impegno del Governo ad emanare, nel rispetto dei tempi fissati dalla legge n. 833, gli schemi di convenzione, onde consentire alle Regioni ed alle Unità sanitarie locali di rendere operative le opportune iniziative al riguardo nell'arco di validità del piano, si individua in questa possibilità uno strumento significativo per incidere in senso qualificante sulla formazione di base e specialistica degli operatori sanitari laureati e diplomati.

Infatti, l'uso delle strutture del Servizio sanitario nazionale può aiutare a risolvere la crisi « quantitativa » delle insufficienti strutture universitarie, consentendo agli studenti ed agli specializzandi una assidua preparazione pratica, attraverso forme di internato obbligatorio, che oggi nelle università sono solo episodiche. Inoltre, l'apertura delle sedi formative ai problemi quotidiani del territorio e delle collettività locali può modificare profondamente la didattica e quindi la « qualità » della formazione degli operatori sanitari, rendendoli attenti e partecipi alle problematiche reali del Servizio sanitario nazionale.

Per quanto concerne la formazione di base del personale infermieristico e tecnico, rientrante nel campo delle dirette competenze delle Regioni, la programmazione regionale deve farsi carico di regolare gli accessi ai corsi in base alle necessità del servizio, valutate tenendo conto delle cessazioni annuali dal lavoro, della previsione di istituzione di nuove attività e di nuovi presidi sanitari, compresi gli ospedali di nuova costruzione, nell'arco di validità del piano, delle trasformazioni in programma, al netto dei posti che verranno occupati per effetto della riqualificazione di personale già in servizio.

Nella disciplina degli accessi e nella successiva politica di copertura degli organici vanno contemperate le aspirazioni di miglioramento del personale già occupato con le richieste di assorbimento dei giovani in cerca di prima occupazione.

Il processo formativo del personale infermieristico e tecnico deve arricchirsi di contenuti nuovi e tendere ad una formazione « complessiva » dell'operatore sanitario, tecnica e umanistica, professionalizzante e culturale assieme. In attesa della revisione dei programmi e dei curricoli, che sarà effettuata dal Ministero della sanità dopo l'approvazione della legge quadro, può essere utilizzata la facoltà di integrare il programma ministeriale per dare agli studenti nuove conoscenze alla luce della riforma sanitaria e delle necessità dei servizi riformati.

Di particolare importanza appare, nel quadro della formazione di base e specialistica, educare sia i futuri operatori del sistema durante i corsi di formazione, sia gli operatori in servizio con ogni possibile iniziativa di aggiornamento o di riqualificazione, a fornire con competenza e senso di responsabilità i dati statistici e le notizie informative e ad utilizzare nella propria attività i dati elaborati. Non verrà mai posta sufficiente enfasi a questo aspetto della formazione. La possibilità di adeguare qualitativamente e quantitativamente i servizi ai bisogni, la possibilità di controllare l'efficacia e l'efficienza delle iniziative assunte, la stessa possibilità di fare della programmazione il metodo normale di governo del sistema sono condizionate da un salto di qualità nella mentalità e nelle capacità tecniche degli operatori a questo riguardo.

5.2 *La riqualificazione e la conversione tra professionalità diverse.*

Anche nei confronti della riqualificazione e della riconversione tra professionalità diverse, gli organi del Servizio sanitario nazionale esercitano funzioni dirette e possono assumere iniziative concrete, immediatamente operative. In particolare:

— la riqualificazione e la riconversione fra professionalità diverse costituiscono un corollario della ristrutturazione organica dei servizi già esaminata. La riqualificazione si pone, infatti, come modalità necessaria per promuovere e favorire la « mobilità » del personale;

— in sede centrale, le attività di riqualificazione trovano un punto di riferimento nei corsi di specializzazione e di aggiornamento in materia di sanità pubblica, destinati a medici, biologi, veterinari e farmacisti, che l'Istituto superiore è chiamato a svolgere, in collaborazione con le Regioni, le Università e le altre istituzioni pubbliche a carattere scientifico.

La prima iniziativa assunta dall'Istituto superiore di sanità consiste in un corso pilota residenziale per « coordinatori regionali », della durata di 45 giorni effettivi, da svolgere nella sede dell'Istituto stesso.

Il corso sarà basato su lezioni ed esercitazioni pratiche in tema di legislazione

sanitaria, economia sanitaria, *management* e pianificazione sanitaria, biostatistica elementare, epidemiologia, educazione sanitaria.

Il corso pilota mira a preparare persone capaci di organizzare a loro volta corsi analoghi nelle varie Regioni, onde coprire con personale professionalmente addestrato i servizi di sanità pubblica a livello territoriale.

Una seconda costante preoccupazione, che deve essere presente all'atto della programmazione delle attività svolte a riqualificare il personale, è quella di assicurare una preparazione manageriale alle persone destinate a ricoprire incarichi di dirigenza e gestionali.

La conduzione di una « impresa pubblica », come sempre più il settore sanitario sta divenendo, con oltre settecentomila dipendenti, con un fatturato pari al 6 per cento del prodotto interno lordo, con un consumo altissimo di tecnologie ed una dinamica interna che non conosce recessioni o stasi, ma anzi tende a crescere proprio nei periodi di crisi economica, impongono di costruire « ex novo » l'immagine ed il tipo di formazione della dirigenza del Servizio sanitario nazionale.

La tradizionale formazione giuridica nel settore amministrativo e quella igienistica nel settore sanitario, si dimostrano inadeguate entrambe per difetto, rispetto ai compiti ed alle responsabilità che la dirigenza del Servizio sanitario nazionale deve assumere.

Per la dirigenza amministrativa si richiede sempre più un livello di preparazione che comprenda la conoscenza di tecniche decisionali; di tecniche di organizzazione anche in chiave di valutazione di produttività dei servizi (analisi costi/benefici); di tecniche dei sistemi di bilancio in un quadro di utilizzazione programmata delle risorse; di tecniche di impianto e di funzionamento dei sistemi informativi, statistici ed epidemiologici, ai fini gestionali e non meramente documentali; di tecniche delle relazioni interne ed esterne.

Per la dirigenza sanitaria, l'OMS ha pubblicato un rapporto nel 1972 che elenca sei nuovi campi di attività che richiedono una preparazione specifica al medico amministratore: in gran parte si tratta dello stesso bagaglio di conoscenze che è richiesto al dirigente amministrativo, con un'accentuazione delle tecniche di organizzazione dei servizi che debbono tenere conto della specificità sanitaria di essi, e delle tecniche riguardanti le relazioni interne ed esterne che inglobano anche il poco esplorato campo dell'educazione sanitaria.

L'individuazione di ulteriori iniziative di riqualificazione professionale, per altre categorie di operatori — medici e non medici, laureati e non laureati, sanitari e amministrativi — è rimessa alle programmazioni regionali, in rapporto alle scelte fatte nell'organizzazione dei servizi.

In linea generale si dovrà avere cura di definire iniziative che abbiano una finalizzazione specifica; che abbiano nelle esercitazioni pratiche il supporto sostanziale; i cui programmi siano stati messi a punto coinvolgendo docenti di riconosciuto valore, i quali abbiano avuto esperienze dirette nei settori oggetto delle iniziative di riqualificazione.

Va utilizzato, infine, l'apporto positivo che possono dare le organizzazioni sindacali alla scelta delle iniziative, dato lo stretto legame tra riqualificazione e mobilità del personale.

5.3 *L'aggiornamento permanente.*

Da ultimo, l'azione programmatica riguardante la formazione del personale ha un campo privilegiato di manifestazione nell'aggiornamento obbligatorio permanente, introdotto con la legge n. 833.

In proposito sono distinguibili iniziative riguardanti il personale dipendente ed iniziative riguardanti gli operatori e le strutture convenzionate.

Per quanto riguarda il personale dipendente, le modalità saranno stabilite dal decreto delegato previsto dall'articolo 47 della legge n. 833 e saranno recepite nel piano in occasione del prossimo aggiornamento annuale.

Per il personale e per le strutture convenzionate le modalità sono previste, o do-

vrà generalizzarsene la previsione, negli schemi tipo di convenzione.

Il carattere unitario della strategia di tutela della salute impone che anche questo tipo di azione venga ricondotta alle decisioni degli organi del servizio sanitario, sia pure in opportuna collaborazione con le organizzazioni professionali e sindacali del personale e delle strutture convenzionate.

Nel primo triennio l'aggiornamento deve, comunque, privilegiare soprattutto gli aspetti di professionalità tecnica, di operatività funzionale, di conoscenza giuridica ed economica connessi con il nuovo impianto istituzionale ed organizzativo del Servizio sanitario, nonchè i contenuti di azione che hanno diretto riferimento ai tre progetti-obiettivo ed all'attivazione del sistema informativo, statistico ed epidemiologico.

La carenza di informazioni sullo stato presente di organizzazione delle istituzioni destinate a confluire nel Servizio sanitario nazionale; la impossibilità di valutare adeguatamente gli effetti che saranno indotti dalla riorganizzazione strutturale dei servizi che sarà decisa con ampi margini di autonomia, dalle Regioni; la opportunità di valutare preventivamente gli effetti che saranno determinati sul personale dai decreti delegati previsti dall'articolo 47 della legge n. 833, e, non ultimo, il breve tempo accordato dalla legge n. 833 per la presentazione di questo primo piano, rinviano ad un prossimo aggiornamento di piano la fissazione delle « necessità quantitative di personale », che il punto *h*) dell'articolo n. 53 della legge n. 833 prevede vengano determinate nel piano sanitario. Queste indicazioni di fabbisogno di personale per ogni singolo anno del piano sanitario potranno rappresentare un quadro più puntuale di riferimento per le Regioni, all'interno del quale esse possano porre le proprie scelte operative.

Per il suo rilievo qualitativo, questa azione programmatica viene ricompresa tra le attività innovative — comprendenti altresì i progetti obiettivo, le iniziative di educazione sanitaria e la ricerca sanitaria finalizzata — per le quali il piano destina specifici finanziamenti aggiuntivi.

L'importanza strategica di ciascuna delle attività menzionate per i fini del Servizio sanitario nazionale impone di evidenziare, nell'ambito della maggiorazione forfettaria di spesa destinata a tali attività innovative, la quota minima di stanziamento da impiegare per ciascuna di esse.

La indicazione di una quota di stanziamento finalizzato serve a garantire che attività essenziali e qualificanti come quelle citate non vengano dimenticate e sottovalutate in sede di attuazione; peraltro, la fissazione del vincolo solo su una parte dello stanziamento complessivo assicura alle Regioni sufficiente autonomia per potenziare l'impiego nelle attività ritenute di maggior rilievo nella specifica realtà locale.

6. *La attivazione degli strumenti conoscitivi.*

La capacità del Servizio sanitario nazionale di incidere innovativamente sulla tutela della salute dei cittadini è legata, oltre che alla preparazione professionale dei suoi operatori, al possesso di un valido sistema di raccolta e di elaborazione dati.

La disponibilità di dati informativi aggiornati è assenziale per le principali funzioni del Servizio sanitario nazionale. È essenziale per conoscere e valutare il bisogno da soddisfare; per calibrare su di esso l'entità e la qualità della risposta tecnico-organizzativa; per programmare gli interventi da svolgere e per calcolare le risorse finanziarie occorrenti; per controllare l'uso che viene fatto di tali risorse; per misurare gli effetti ottenuti rispetto agli effetti sperati e valutare, quindi, la validità complessiva del servizio; è essenziale, infine, per poter compiere opera di educazione sanitaria attraverso la più ampia divulgazione delle informazioni.

La legge n. 833 ha introdotto per la prima volta nella legislazione norme dedicate esplicitamente al sistema informativo sanitario ed ha previsto novità rilevanti in materia di rilevazione e di comunicazione dei dati finanziari ed economici per fini di controllo.

Il primo piano sanitario triennale è ampiamente condizionato dalla capacità di riu-

scire a far funzionare il sistema informativo ed acquisire attraverso esso le notizie occorrenti; da questa riuscita dipende, infatti, il coerente ed armonico dispiegarsi delle azioni programmatiche previste dal piano.

La ragione di questa correlazione tra sistema informativo e successo delle azioni programmatiche risiede nel fatto che mai come in questo triennio-ponte la definizione dei traguardi parziali ha bisogno di essere verificata momento per momento e le azioni hanno bisogno di essere specificate e precisate in ulteriori dettagli a mano a mano che le iniziali carenze conoscitive vengono colmate; soprattutto mai come in questo triennio, con strutture ancora embrionali con difetti di esperienza inevitabili, con carenze di professionalità rispetto alle nuove funzioni, esiste il rischio di aumenti incontrollati della spesa e della insorgenza di effetti dannosi non voluti.

Per questo complesso di ragioni, si rende necessaria una gestione del primo periodo di trasformazione che sia estremamente controllata, sotto l'aspetto della sollecita acquisizione e ritrasmissione di notizie utili a rendere consapevoli gli amministratori locali, i programmatori regionali e gli organi centrali degli andamenti gestionali, onde ognuno al proprio livello possa mettere in atto gli interventi correttivi eventualmente necessari.

È intenzione del Governo riservare la massima attenzione allo sviluppo di questo aspetto del piano.

Il primo piano sanitario assume, pertanto, tra i suoi obiettivi irrinunciabili per il triennio 1980-82 quello di attivare in tempi brevi i due principali strumenti conoscitivi indicati dalla legge: il sistema informativo sanitario e la programmazione di bilancio come sistema integrato di pianificazione e controllo.

6.1 *Il sistema informativo sanitario* (SIS).

Il SIS è costituito dall'insieme delle strutture e delle procedure aventi per scopo la rilevazione, l'elaborazione e la diffusione dei dati informativi riguardanti:

la condizione di salute della popolazione e i fattori che determinano gli stati di malattia o di rischio;

la consistenza delle strutture sanitarie e gli aspetti di funzionalità attinenti ai carichi di lavoro e alla domanda sanitaria soddisfatta;

gli aspetti economico-finanziari del funzionamento del sistema;

gli aspetti del tipo relazionale tra i soggetti e il sistema sanitario.

Il sistema di rilevazione e di trattamento delle informazioni sopra enunciato assolve alle reguenti funzioni elementari, ai vari livelli territoriali:

la sorveglianza esterna, cioè il controllo dello stato di salute della popolazione attraverso informazioni a carattere generale e continuativo (statistiche bio-sanitarie) o su particolari fenomeni patologici (informazioni epidemiologiche);

il monitoraggio interno, cioè il controllo delle attività che si svolgono nell'ambito del sistema sanitario (statistiche di organizzazione e dati finanziari);

la valutazione, cioè i controlli sulla rispondenza delle attività agli scopi prefissati e all'uso ottimale delle risorse (misure di efficacia e di efficienza);

la ricerca, cioè le attività rivolte ad approfondire la conoscenza dei fenomeni di interesse sanitario e al continuo miglioramento degli interventi.

Nell'impostare l'organizzazione del SIS va tenuto conto della sua natura di strumento al servizio dei soggetti aventi la responsabilità della politica sanitaria e della gestione delle risorse, e per lo sviluppo della partecipazione dei cittadini.

Questo carattere esclude che il SIS possa essere definito in tutti i suoi aspetti dall'alto. Esso va piuttosto concepito come un sistema di « informazione distribuita », dove ogni livello di responsabilità politica e gestionale, e quindi anche il livello perife

rico delle USL, ha il diritto — e il dovere — di rilevare e di utilizzare, mediante aggregazioni autodecise, i dati del proprio ambito territoriale, ritenuti necessari alla propria iniziativa sanitaria.

Ciò non di meno esistono esigenze informative che sono specifiche dei livelli regionali e nazionale. Ne deriva la necessità di fissare norme vincolanti di raccordo tra i vari livelli del SIS, di adottare modalità omogenee di comunicazione di alcuni dati essenziali e di rispettare scrupolosamente i tempi di rilevazione e di comunicazione dei dati.

Fatte queste premesse, il SIS deve essere organizzato tenendo conto delle peculiari caratteristiche dei servizi sanitari, della natura delle informazioni da gestire e dell'articolazione del Servizio sanitario nazionale.

Sono, pertanto, da prevedersi diversi livelli territoriali, con funzioni e caratteristiche differenti.

A livello di distretto, è da prevedere la rilevazione dei dati concernenti singolarmente i cittadini ivi residenti, attraverso la attività dei servizi sanitari di base; per eventuali esigenze di elaborazione specifica il distretto potrà anche avvalersi di competenze esistenti nell'ambito dell'Unità sanitaria locale.

A livello di USL, è da prevedere la rilevazione di dati che si riferiscono ai servizi sanitari operanti nel territorio di competenza, nonchè l'archiviazione e la elaborazione dei dati che si riferiscono sia individualmente che collettivamente alla popolazione abitualmente presente nel territorio. Ciò comporta la realizzazione del Sistema informativo locale (SIL), che rappresenta anche l'unità operativa periferica del SIR.

Il sistema informativo regionale (SIR) rappresenta la sede di raccolta e di elaborazione delle informazioni sanitarie che interessano la Regione; non si deve, invece, prevedere a questo livello la rilevazione di dati individuali. Il SIR controlla, attraverso il flusso delle informazioni correnti, la situazione sanitaria e l'attività dei servizi delle diverse USL, compresi i servizi multizonali; elabora i dati occorrenti per la programmazione sanitaria regionale e per l'osservatorio epidemiologico; trasmette al Sistema informativo nazionale le informazioni per la programmazione sanitaria nazionale.

Il sistema informativo nazionale (SIN) collocato presso il Ministero della sanità, si avvale dell'insieme dei SIR: esso riceve ed elabora le informazioni occorrenti per la programmazione sanitaria nazionale; cura i collegamenti con l'ISTAT per la trasmissione e la ricezione dei dati delle rispettive rilevazioni in campo sanitario.

È compito precipuo di ogni livello del sistema informativo di restituire le informazioni in forma elaborata e con la massima tempestività agli organi ed agli operatori del sistema sottostante. È, altresì, suo compito assicurare la massima diffusione dei dati per rendere effettivo il controllo sociale e favorire l'educazione sanitaria. Lo schema di struttura e di funzionamento del SIS è rappresentato, analiticamente per funzioni e complessivamente, dalle tabelle che seguono (nn. 8, 9, 10, 11). I dati da rilevare attraverso il SIS si distinguono in dati individuali (riferiti alle singole persone) e collettivi (riferiti ai gruppi di popolazione, ai servizi e alle strutture); tali dati possono, inoltre, essere distinti secondo la loro natura in:

— dati ambientali;
— dati demografico-sociali;
— dati sanitari individuali;
— dati sull'attività dei servizi sanitari;
— dati di interesse sanitario rilevati da altre fonti.

I dati ambientali si riferiscono alle condizioni del suolo, delle acque, dell'atmosfera e riguardano sia il territorio in generale, sia ambienti specifici (luoghi di lavoro, collettività scolastiche, ecc.).

I dati demografico-sociali comprendono le principali informazioni a carattere anagrafico ed economico-sociale sui singoli individui, gruppi di persone o intera popolazione.

I dati sanitari individuali comprendono le principali informazioni rilevate in occa-

TABELLA N. 8

SCHEMA DI STRUTTURA DEL SIS

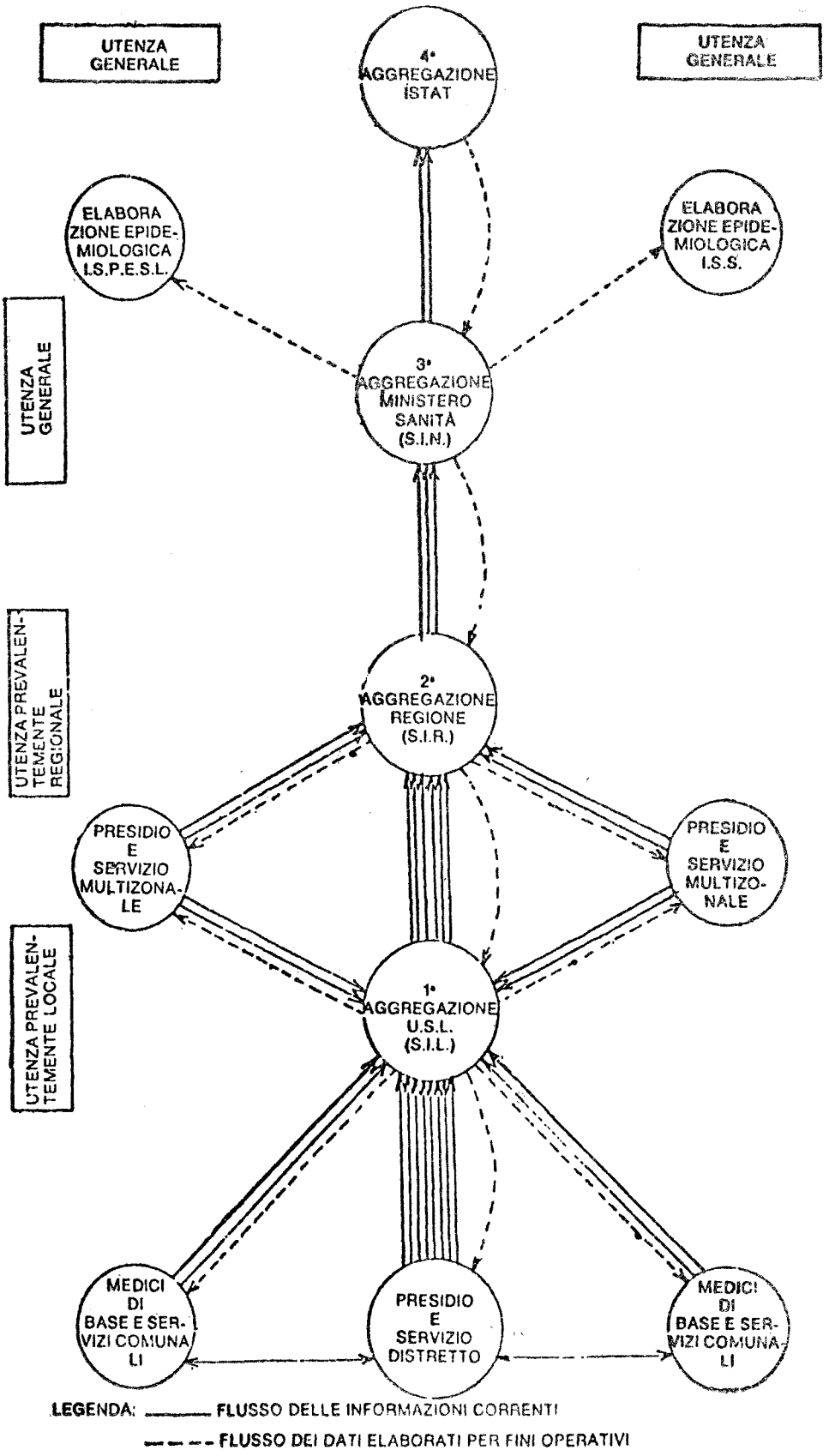


TABELLA N. 9

SCHEMA DI STRUTTURA DEL SIS

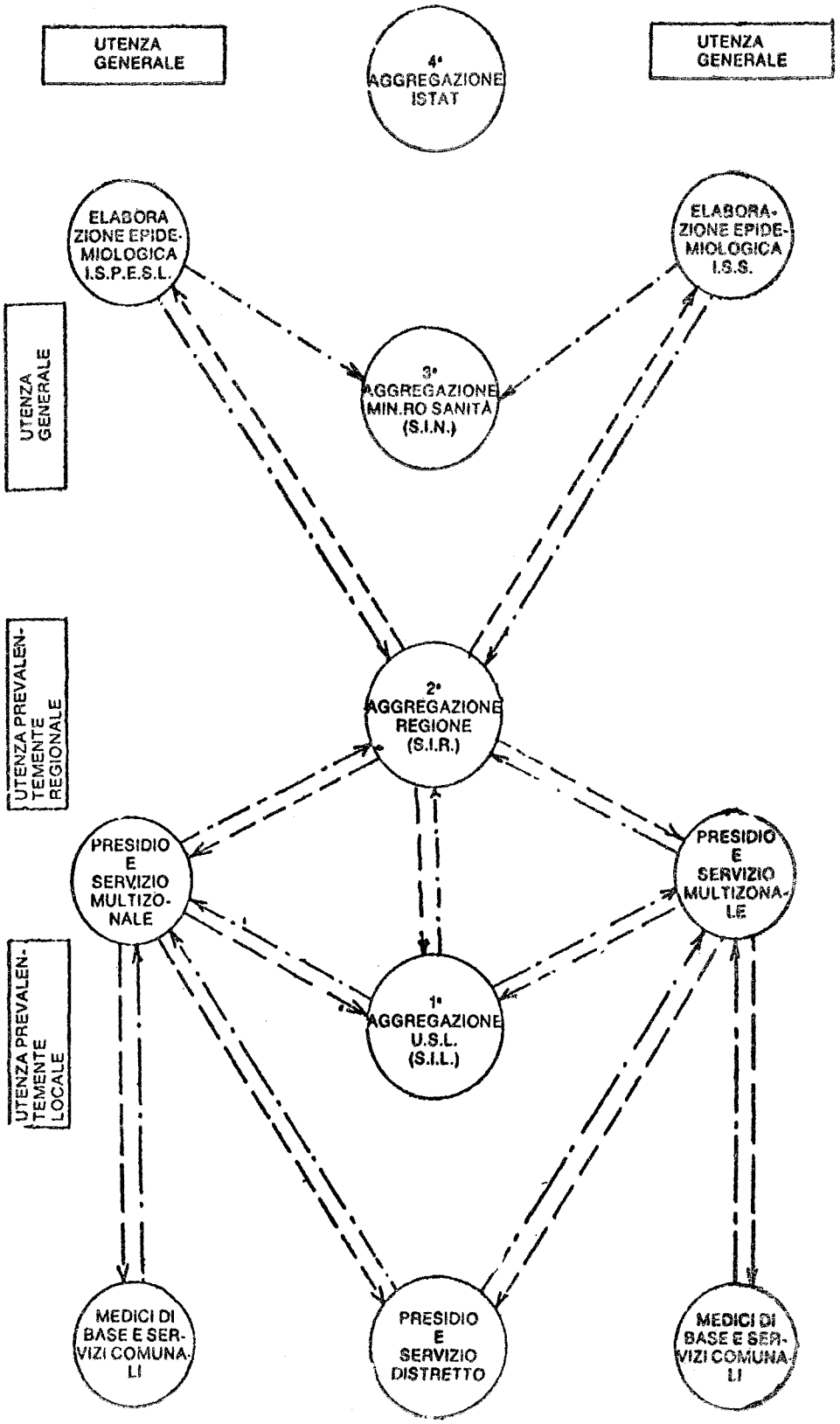


TABELLA N. 10

SCHEMA DI STRUTTURA DEL SIS

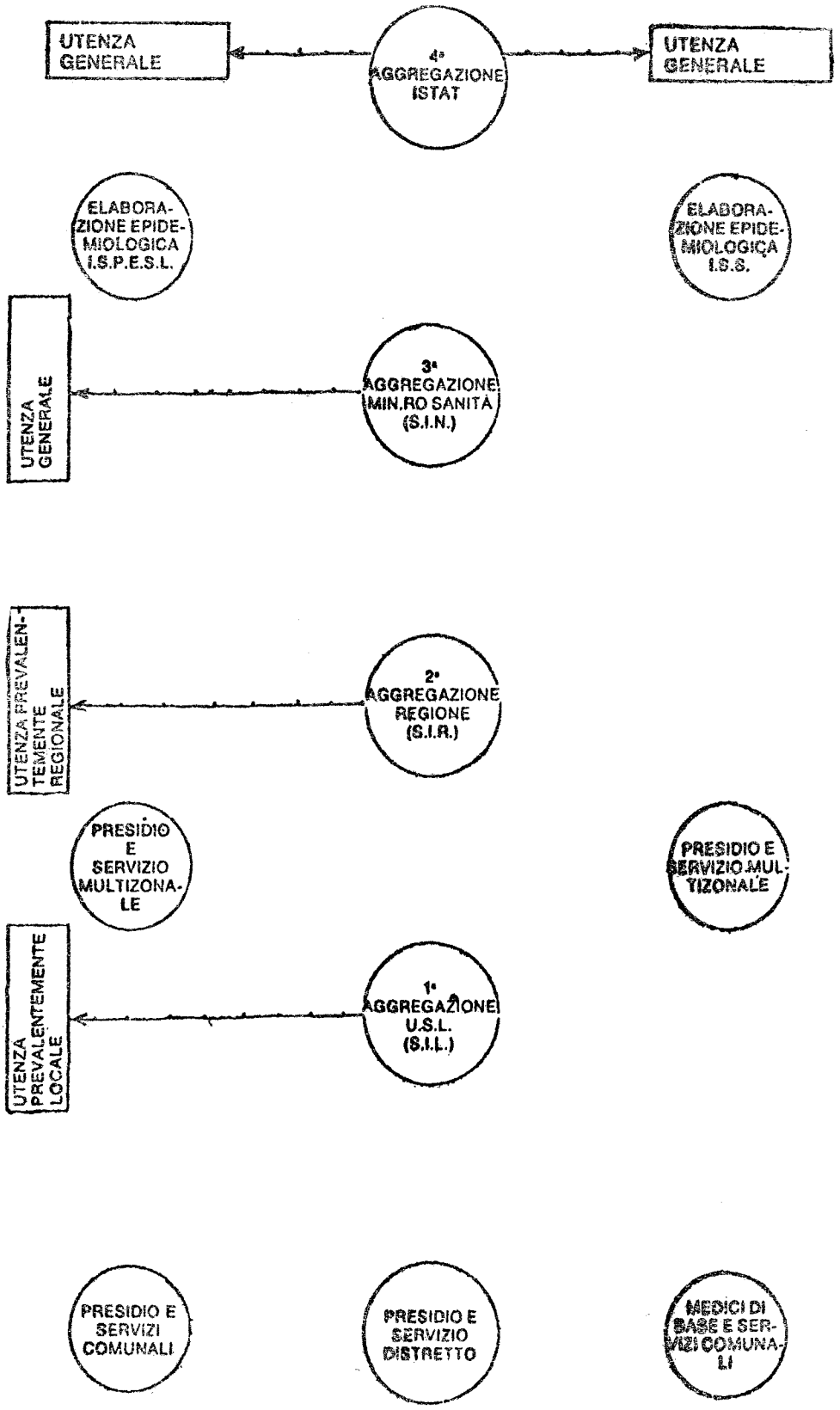
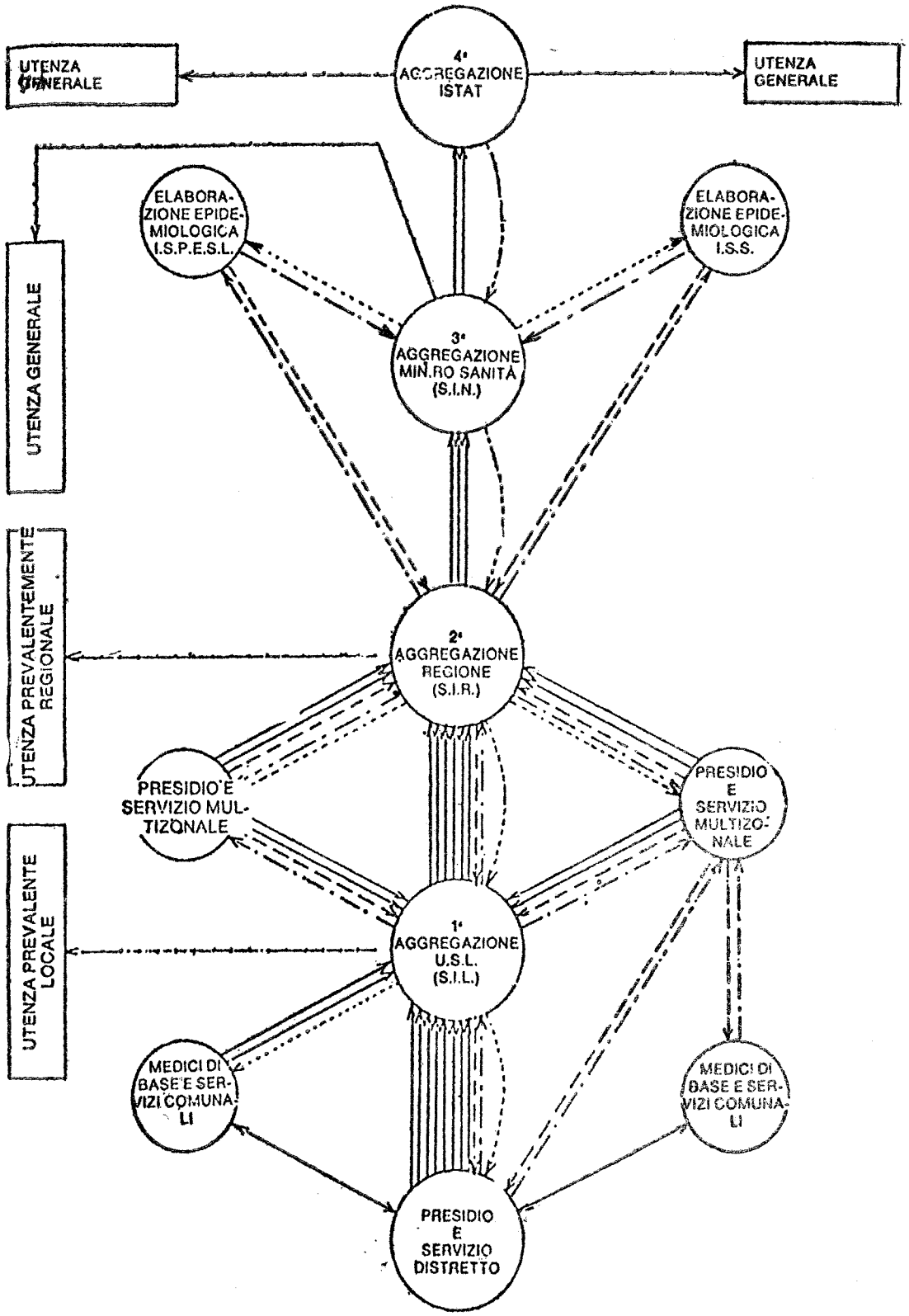


TABELLA N. 11

SCHEMA DI STRUTTURA DEL SIS



LEGENDA:

———FLUSSO DELLE INFORMAZIONI CORRENTI —.—.—. FLUSSO DEI DATI ELABORATI PER FINI DIVULGATIVI ..... FLUSSO DEI DATI ELABORATI PER FINI OPERATIVI ------ FLUSSO DELLE INDICAZIONI EPIDEMIOLOGICHE MIRATE ——.—— FLUSSO DELLE INFORMAZIONI EPIDEMIOLOGICHE

sione dei contatti tra il singolo cittadino e le strutture sanitarie.

È, inoltre, da prevedersi la rilevazione di alcune informazioni cliniche fondamentali utili soprattutto nei casi di emergenza (gruppo sanguigno, malattie croniche gravi, allergie e intolleranza a particolari medicamenti, ecc.), che nel loro insieme si possono definire col termine di « storia clinica di base ». Per questi dati è assolutamente necessario garantire la sicurezza ed il riserbo delle informazioni, adottando all'uopo i sistemi di protezione che la tecnica oggi consente.

I dati sull'attività dei servizi sanitari comprendono le informazioni sul personale, sulle attrezzature e sulle prestazioni erogate dai servizi ospedalieri ed extra-ospedalieri.

Sono, infine, da ricordare i dati che, pure essendo abitualmente rilevati da altre fonti (anagrafi comunali, censimenti, rilevazioni sulle forze di lavoro, ecc.), presentano interesse anche sotto il profilo sanitario.

Con riguardo all'uso strategico che di essi vien fatto, i dati di carattere sanitario si distinguono in due gruppi:

le « statistiche sanitarie correnti », che costituiscono l'attività conoscitiva di base e sono rilevate attraverso moduli e procedure standardizzati, con carattere di continuità;

le « informazioni epidemiologiche », che costituiscono, invece, l'attività esplorativa e speculativa mirata a problemi specifici o a situazioni emergenti, da rilevare con carattere tempestivo, dinamico, flessibile a richiesta del servizio epidemiologico, secondo modalità e logiche stabilite di volta in volta, funzionalmente ai problemi in esame.

Con riferimento al livello centrale, il primo sistema di flussi fa capo al Ministero della sanità, il secondo all'Istituto superiore di sanità e all'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro.

Entrambi, tuttavia, sono parte integrante del Servizio informativo sanitario, che costituisce una funzione precipua dell'amministrazione sanitaria centrale.

Con riferimento ai servizi di informatica, il terzo comma dell'articolo 58 della legge n. 833 prevede che siano le Regioni a provvedervi, organizzandoli secondo le articolazioni del Servizio sanitario nazionale. Valgono in proposito le seguenti indicazioni di carattere generale:

le scelte concernenti i sistemi informatici debbono essere strumentali alle esigenze di sviluppo dei sistemi informativi;

va rispettata la gradualità di sviluppo delle attrezzature, puntando soprattutto sulla riorganizzazione e sulla piena utilizzazione degli strumenti già disponibili presso i vari enti e i vari livelli che appaiono già oggi ridondanti rispetto alle occorrente e utilizzati poco e male;

va assicurato il collegamento con i sistemi informatici di supporto ad altri eventuali sistemi informativi relativi alla gestione del territorio, tenendo conto dei vantaggi che comporta l'integrazione dei sistemi informativi di natura sanitaria con quelli economico-sociali, soprattutto per le informazioni epidemiologiche e per le azioni di prevenzione.

Da quanto precede appare evidente come, in connessione con l'attuazione della riforma sanitaria, debbano introdursi radicali modifiche nella rilevazione dei dati sanitari.

Sarà, pertanto, definita a livello nazionale la standardizzazione delle modalità di rilevazione, anche campionaria, onde garantire la comparabilità dei dati tra le diverse zone del territorio italiano e nei confronti degli altri Paesi e ridurre all'essenziale le rilevazioni da compiere.

A questo fine, uno dei primi adempimenti del Ministero della sanità sarà l'individuazione delle informazioni ritenute essenziali per la conoscenza delle condizioni sanitarie della popolazione e per la programmazione sanitaria nazionale, stabilendo per quali di esse si renda indispensabile la rilevazione effettiva e generale e per quali, invece, sia possibile servirsi di adeguate rilevazioni a campione.

Sarà, inoltre, definita al livello nazionale una lista unica, valida per tutte le Regioni,

comprendente i principali eventi attinenti alla salute, alla quale attenersi per classificare le informazioni bio-sanitarie ed epidemiologiche. Tale lista sarà approvata con le modalità previste dal quarto comma dell'articolo 58 della legge n. 833, unitamente ai campioni territoriali prescelti ed alle modalità di rilevazione.

Il Servizio informativo sanitario è concepito come sistema autonomo per il settore sanitario. Tuttavia, esso manterrà contatti sistematici con l'ISTAT — anche in previsione dell'istituzione del Servizio statistico nazionale — per la definizione di modalità concordate di rilevazione, per evitare duplicità nelle rilevazioni stesse e, in genere, per far aumentare la sensibilità del Paese in materia di elaborazione e di utilizzazione di dati informativi. Questa collaborazione si propone, altresì, di valorizzare il personale con professionalità specifica, consentendo possibilità di lavoro integrato, su progetti da ricomprendere nel programma statistico nazionale.

6.2 *La programmazione di bilancio come sistema integrato di pianificazione e controllo.*

Il secondo elemento di novità, in termini di attivazione di strumenti conoscitivi, che viene introdotto con il piano è la programmazione di bilancio, intesa come sistema integrato di pianificazione e di controllo dell'uso delle risorse.

Che il bilancio sia un elemento conoscitivo di grande importanza anche per fini di controllo oltre che per la programmazione dell'uso delle risorse, non è dubitabile. Esso rappresenta il documento che illustra le connessioni economiche delle decisioni assunte ai vari livelli gestionali e ne registra talune conseguenze.

Basterebbe questa considerazione per legittimare l'impegno ad adottare una struttura classificatoria ed un sistema di bilancio che aiuti gli amministratori ad assumere decisioni razionali, coerenti con i fini e con gli obiettivi programmatici decisi; che renda trasparente e comprensibile il processo decisorio che ha presieduto alla allocazione delle risorse ed alla erogazione delle spese; che consenta il controllo dei fatti gestionali non solo in termini giuridico-contabili, ma anche in termini di attuazione dei programmi, di efficienza e di efficacia delle attività svolte.

In coerenza con l'adozione della programmazione come metodo ordinario di governo, il piano triennale indica la « struttura per programmi » come metodo classificatorio finalizzato, caratterizzante del piano dei conti.

Adotta la « programmazione di bilancio » come sistema integrato di documenti e di procedure atti a rappresentare con completezza i fatti gestionali sia singoli che correlati, tanto negli aspetti finanziari ed economici quanto negli aspetti fisici di attività e di risultato. Basa la programmazione di bilancio sull'interrelazione tra il piano pluriennale, i bilanci pluriennali ed i bilanci annuali, prevedendo possibilità di verifiche e di adeguamento attraverso aggiornamenti annuali per « scorrimento ».

Postula la necessità di superare con il tempo la tradizionale impostazione giuridico-contabile dei bilanci ed assume questa necessità come traguardo di medio periodo.

Per l'arco di validità del triennio, accetta come realistica una programmazione di bilancio parallela al sistema di contabilità vigente, da realizzare attraverso la riclassificazione « economico-funzionale » ed eventualmente « per programmi » delle informazioni, secondo modalità tecniche da formalizzare come atto di indirizzo e coordinamento del Governo, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

Il Governo assume impegno di proporre al Parlamento, con apposito strumento legislativo, la modifica del regime della messa a disposizione delle risorse finanziarie alle Regioni e, da queste, alle Unità sanitarie locali, concentrando i finanziamenti su appositi conti correnti aperti presso le tesorerie provinciali. Secondo il nuovo sistema, le disponibilità finanziarie saranno utilizzabili presso qualsiasi sportello bancario, a totale discrezione della Regione o della Unità sanitarie locali per comprensibili ragioni di praticità. Saranno previste modalità uniformi su tutto il territorio nazionale per il re-

gime dei tassi di interesse e per quello delle anticipazioni.

Il sistema bancario, che già opera in diretto collegamento con il sistema informativo della Banca d'Italia, comprenderà anche i flussi finanziari concernenti il settore sanitario nelle proprie quotidiane comunicazioni a detto sistema.

Avendo l'avvertenza di classificare i movimenti secondo i codici della struttura economico-finanziaria e/o per programmi dei bilanci, si otterranno due risultati: di mettere a disposizione dell'Amministrazione centrale del tesoro dirette informazioni su questo consistente settore dell'economia nazionale; di mettere a disposizione del Servizioni sanitario nazionale ai vari livelli territoriali, in tempo reale, usufruendo del sistema informativo della Banca d'Italia, mediante allacci con terminali, la situazione giuridico contabile dei flussi finanziari e la riclassificazione economico-funzionale e/o per programmi di tutti i movimenti.

A questo strumento conoscitivo, e ad eventuali altri che l'esperienza suggerirà di adottare, si aggiungono i rendiconti trimestrali che le Unità sanitarie locali sono tenute ad inviare alle Regioni, e queste ai Ministri della sanità e del tesoro, per la spesa corrente, ed ai Ministeri della sanità e del bilancio e della programmazione economica, per la spesa in conto capitale.

Vanno, inoltre, tenute presenti le relazioni generali annuali sui livelli assistenziali raggiunti e sulla gestione ed efficienza dei servizi sanitari, da corredare con la situazione contabile degli impegni assunti sulle quote di fondo sanitario assegnate, che sono previsti dall'articolo 49 della legge n. 833. Un altro importante elemento conoscitivo è costituito dalle verifiche bimestrali di cassa che i Comuni e le Comunità montane sono tenuti ad effettuare sulle Unità sanitarie locali ai sensi dell'articolo 50 della legge n. 833.

Sulla base di questo complesso conoscitivo che si deve realizzare nel triennio 1980-1982, si può misurare la qualità ed il rilievo delle trasformazioni che si intendono introdurre in questo campo.

È necessario, però, che le indicazioni contenute in questa parte del piano ricevano prioritario, sollecito e generalizzato compimento in tutte le Regioni.

Occorre, altresì, che in questo settore di attività siano utilizzate persone di comprovata capacità tecnica da coinvolgere entro il 1979 in apposite attività formative, di qualificazione o di aggiornamento, che saranno svolte a cura dell'Amministrazione centrale per i responsabili regionali e a cura delle Regioni per quelli delle Unità sanitarie locali.

7. *Le iniziative rivolte ai soggetti.*

Non è sufficiente una valida organizzazione dei servizi affidata a persone con buona preparazione tecnica, alimentata da flussi opportuni e tempestivi di informazioni correnti e mirate per conseguire pienamente gli obiettivi del Servizio sanitario nazionale.

Occorre un altro elemento: la responsabile partecipazione, il consenso e la collaborazione di tutte le persone che, da operatori e da utenti, sono coinvolte nella sua attività. È questa una condizione che è stata finora trascurata; è necessario riconoscere che essa va annoverata tra le cause non ultime dell'attuale situazione di disfunzione assistenziale.

Peraltro, essa è stata trascurata anche sotto il profilo dello « studio » delle modalità e delle implicazioni sul piano delle realizzazioni pratiche. Basta accennare agli indeterminati concetti di partecipazione e di educazione sanitaria, proclamati come petizione di principio o espressione di desiderio, ma trasformati in determinazioni operative e in esempi concreti.

Il piano accoglie l'esigenza di dare corpo nell'arco del triennio al coinvolgimento dei protagonisti del processo di riforma. Se la incertezza dei termini operativi impedisce di fissare programmi puntuali, non di meno l'esigenza è tanto reale ed importante da rendere opportuna la fissazione di alcuni criteri generali per l'azione e lo stanziamento di risorse apposite da destinare ad iniziative in questa materia, nel quadro delle attività innovative qualificanti che motivano la maggiorazione forfettaria del fondo sanitario nazionale.

Il senso della trasformazione e della qualità del sistema troverà un proprio significativo indicatore nell'evoluzione quantitativa delle risorse che le Regioni e le Unità sanitarie locali sapranno via via dirottare dagli impieghi inessenziali e dai consumi indotti verso le iniziative qui di seguito descritte.

7.1 *L'educazione sanitaria, la partecipazione, il coinvolgimento degli utenti.*

Il primo settore di iniziative è quello che ha ad oggetto il coinvolgimento consapevole del maggior numero dei cittadini nell'autotutela della propria salute, nella definizione delle scelte e nell'organizzazione dei servizi, specie a livello di base, che è la sede naturale della partecipazione democratica, nel controllo sociale del sistema, nella attività collaborativa di volontariato ed in tutte le altre manifestazioni non codificabili in cui può esprimersi, attivamente, questo coinvolgimento.

L'educazione sanitaria, da un lato, e la massima diffusione delle informazioni, dall'altro, rappresentano due campi di attività e di iniziativa degli organi del Servizio sanitario nazionale.

Ma l'informazione non deve restare mero adempimento di divulgazione di dati, così come l'educazione sanitaria non deve essere svilita a somministrazione di nozioni.

Dati e azione educativa debbono diventare, al contrario, occasione per stimolare la riflessione e la scoperta di nessi casuali tra eventi e conseguenze; per suscitare la modifica degli atteggiamenti culturali e dei comportamenti nei confronti del farmaco, del medico, delle spese e del servizio nel suo complesso. In altre parole, debbono diventare occasione di relazioni collaborative tra amministratori, operatori e utenti a tutto vantaggio del raggiungimento degli obiettivi di tutela della salute.

A questo stimolante campo d'azione vanno associati tutti gli enti e le istituzioni interessati, come la scuola e le forze armate, nonchè i mezzi di comunicazione di massa, sollecitando i responsabili nei settori indicati a farsi carico delle attività conseguenti, in questa sfida culturale e sociale che è la riforma sanitaria.

Tali iniziative vanno raccordate con la definizione di modalità e di procedure per rendere effettiva la partecipazione.

Al livello di distretto di base la partecipazione si qualifica come momento di concorso dei cittadini e delle proprie forme associative, politico-istituzionali e sociali, alla valutazione dell'efficienza dei servizi, secondo procedure la cui fissazione può essere rimessa all'apprezzamento regolamentare delle Unità sanitarie locali. Per contro, la partecipazione a livello delle Unità sanitarie locali costituisce momento di concorso al processo deliberativo e alla valutazione di efficacia delle attività svolte e dei risultati conseguiti rispetto alle risorse impiegate nel quadro delle politiche socio-sanitarie. Dato questo specifico carattere, appare opportuno che sia la legislazione regionale a disciplinare in modo uniforme, per tutte le Unità sanitarie locali di ciascuna Regione, le modalità procedurali di tale partecipazione, chiamando ad esserne protagoniste le formazioni sociali, portatrici degli interessi collettivi e organizzati della popolazione nelle varie valenze sindacali, professionali, culturali e sociali.

In questo stesso piano d'azione vanno promosse, agevolate e finalizzate le attività di volontariato. Esse sono espressioni spontanee e consapevoli della società di coinvolgersi nel processo di riforma. È necessario favorire l'immissione nei servizi di iniziative di volontariato: esse, infatti, rappresentano un rafforzamento dei legami tra la comunità locale e il Servizio sanitario. Questo rafforzamento non può che giovare al Servizio, mettendolo sempre più in sintonia con la realtà territoriale e facendolo sentire sempre più vicino ai cittadini.

Non va dimenticato, inoltre, che le attività di volontariato possono rappresentare la opportunità di sperimentare modalità nuove di servizio, senza impegnarvi ufficialmente la struttura pubblica, salvo a formalizzare tali modalità sperimentali come procedure ordinarie una volta dimostrata la loro validità e la loro convenienza. Questa formula è usata normalmente, e con buoni risultati, in altri sistemi sanitari ed è, pertanto, opportuno as-

sicurarle diritto di cittadinanza anche nel Servizio sanitario italiano.

Da ultimo, va considerato il potenziale d'attrazione, che valide iniziative di volontariato direttamente stimolate dal Servizio sanitario o da esso incoraggiate, possono avere particolarmente sui giovani, sulle donne, sugli anziani autosufficienti.

In un momento di crisi di valori, come quello che stiamo vivendo, e nello spirito del raccordo orizzontale tra settori diversi, il Servizio sanitario nazionale può collaborare, attraverso questa modalità di partecipazione, con quanti nel settore sociale, della pubblica istruzione, del lavoro, della giustizia e dell'ordine pubblico si stanno prodigando a favore della soluzione del problema giovanile, del problema della condizione della donna e del problema dell'emarginazione e della solitudine degli anziani. Per queste ragioni, appare coerente che il Fondo sanitario nazionale consenta in maniera espressa, attraverso le convenzioni di cui all'articolo 45 della legge 22 dicembre 1978, n. 833, forme di finanziamento destinate al sostegno organizzativo delle associazioni di volontariato.

La condizione per poter fruire di tale sostegno economico deve essere, tuttavia, l'inserimento delle attività rese dalle associazioni di volontariato nell'ambito del Servizio sanitario, secondo modalità di coordinamento che integrino le attività stesse con quelle dei presidi e servizi pubblici istituzionali e facciano nel contempo salve le specifiche motivazioni sociali dei volontari aderenti alle associazioni. Le programmazioni regionali, recependo le indicazioni che vengono dalle collettività locali, possono identificare modalità molteplici di azione in questo campo, nel quale, più che in ogni altro, è doveroso dare spazio alla immaginazione, al coraggio di sperimentare, alla volontà di crescere in civismo e in spirito di servizio.

7.2 *Il coinvolgimento degli operatori dipendenti.*

In altre parti del piano sono già state precisate linee di azione per promuovere la qualificazione professionale e l'aggiornamento del personale in servizio. Altre linee di azione saranno definite dai decreti delegati e dalla contrattazione sindacale previsti dall'articolo 47 della legge n. 833. Il rilievo che qui viene dato all'argomento è quello di cogliere l'occasione della qualificazione, dell'aggiornamento e della disciplina normativa ed economica del rapporto di lavoro del personale dipendente per coinvolgerlo sempre più nell'operatività del Servizio sanitario e per responsabilizzarlo rispetto al conseguimento dei fini che il piano prevede. La strada maestra è quella di far partecipare attivamente il personale ai processi di definizione della ristrutturazione dei servizi e alla programmazione delle attività da svolgere. Questo criterio direttivo generale va correlato, però, operativamente a tre condizioni:

il recupero e la valorizzazione della professionalità, intesa non solo nelle sue implicazioni di preparazione tecnica e di responsabilità nel servizio, ma anche in quella di gratificazione e di motivazione nel lavoro che, è psicologicamente determinante ai fini del coinvolgimento del personale dipendente nel processo di riforma;

l'accettazione, sul piano del convincimento psicologico e del discorso culturale, oltre che su quello sindacale e giuridico-economico, della « mobilità » come condizione necessaria per realizzare i processi di riforma e i nuovi moduli organizzativi del Servizio sanitario nazionale; una mobilità da intendere per quanto possibile come ricollocazione funzionale prima che territoriale nei servizi;

l'adozione di soluzioni organizzative che favoriscano la collegialità delle decisioni e il lavoro di *èquipe*, evitando strutture rigidamente burocratiche.

Le risorse all'uopo stanziate possono servire per sperimentare le maniere attraverso le quali favorire queste condizioni.

Pur muovendo dalla consapevolezza che la legge di riforma rinvia ad apposite attività

normative la soluzione dei problemi riguardanti lo stato giuridico ed economico del personale del Servizio sanitario nazionale e la disciplina della sua attività, è doveroso tenere in evidenza la profonda implicazione che avranno, sulla realizzabilità del piano, le decisioni che saranno prese, nelle competenti sedi, in merito ai problemi del personale, dato che l'entità della spesa per il personale costituisce uno dei fattori di maggior peso e di minore manovrabilità del piano.

Per queste ragioni, vengono di seguito indicati alcuni indirizzi di carattere generale che possono contribuire a rendere coerente con le esigenze del piano la politica del personale che sarà definita nelle specifiche sedi:

la unitarietà del quadro normativo per tutto il personale del pubblico impiego, da definire con apposita legge-quadro di cui viene segnalata l'urgenza;

una corretta ripartizione di spazi normativi da assicurare ai decreti delegati, alla contrattazione sindacale e alla legislazione regionale in tema di organizzazione dei servizi;

il carattere esclusivamente funzionale ed organizzativo della distribuzione dei dipendenti trasferiti al Servizio sanitario nazionale nei ruoli regionali del personale sanitario, professionale, tecnico e amministrativo, rispettando scrupolosamente il principio che l'inquadramento nei singoli ruoli non deve comportare automatismi di equiparazione economica;

la opportunità che l'inserimento del personale nel Servizio sanitario nazionale avvenga secondo tabelle di equiparazione formulate — con la partecipazione delle organizzazioni sindacali — sulla base delle posizioni di provenienza, garantendo il rispetto delle posizioni giuridiche e funzionali già conseguite, secondo criteri che, pur considerando l'anzianità di servizio, diano preminenza ai requisiti di professionalità posseduti e alle funzioni svolte;

l'utilizzazione dinamica e non burocratica del ruolo nominativo regionale per realizzare i princìpi della legge di riforma sanitaria in materia di comandi, di trasferimenti e di concorsi.

7.3 *Il coinvolgimento del personale convenzionato.*

L'analisi dei processi di formazione dei flussi finanziari mette in risalto come l'entità della maggior parte delle spese per il Servizio sanitario non dipende da decisioni dell'amministrazione pubblica, ma dal comportamento del personale convenzionato.

L'introduzione della quota capitaria ha normalizzato le spese per l'assistenza medico-generica. Tuttavia la spesa farmaceutica, il rilevante capitolo delle spese per accertamenti diagnostici, la spesa specialistica per consulenze, la spesa per prestazioni integrative, la spesa ospedaliera almeno per il riflesso che hanno il numero e la frequenza dei ricoveri, sono tutte direttamente riferibili a decisioni assunte dai medici convenzionati, anche se questi sono, a loro volta, condizionati in varia misura da informazioni scientifiche non sempre corrette e da pressanti sollecitazioni degli assistiti, non facilmente eludibili.

È evidente, così stando le cose, che le decisioni in questione non sono solo decisioni tecniche, rientranti nel campo della scienza e coscienza del singolo operatore sanitario, ma anche decisioni di grande rilievo economico, e come tali di diretto interesse per il piano triennale.

Questa considerazione ne porta un'altra con sè.

Se gli accordi stipulati attribuiscono al personale sanitario convenzionato un così ampio potere di determinare o di condizionare la entità dei flussi di spesa, significa che tale personale riveste nel sistema un ruolo che non è affatto marginale o aggiuntivo rispetto a quello della struttura pubblica.

Da tale personale dipende, inoltre, in grandissima misura la qualità dell'assistenza di base e la rispondenza dell'azione assistenziale che si svolge a questo livello al disegno strategico di trasformazione del Servizio sanitario, in aderenza alle indicazioni della Conferenza internazionale di Alma Ata.

Il piano sanitario prende realisticamente atto di questa situazione e sottolinea la necessità di pervenire ad una più precisa definizione del ruolo dei medici convenzionati di libera scelta nell'economia generale del sistema dei servizi. Una definizione che deve comportare il riconoscimento esplicito del loro diritto a partecipare all'organizzazione dei servizi e alla definizione delle modalità operative, nelle forme che saranno precisate dagli schemi tipo di convenzione e dagli accordi sindacali, ma che deve implicare anche la loro esplicita corresponsabilizzazione, associativa, sindacale e individuale, alle conseguenze economiche dei loro comportamenti.

Il piano deve farsi carico di dettare criteri generali per favorire tale corresponsabilizzazione. Le strade da seguire sono diverse:

agire attraverso lo strumento dell'aggiornamento professionale obbligatorio per migliorare la qualità tecnica delle prestazioni e per approfondire da parte dei sanitari convenzionati la conoscenza del disegno strategico che dà senso alle nuove modalità di servizio;

agire con iniziative diverse, in accordo con le associazioni ordinistiche, sindacali, di categoria, sul convincimento e sulla adesione spontanea del personale sanitario, anche mediante la generalizzazione di codici di comportamento liberamente accettati;

agire attraverso l'adozione per convenzione di modalità procedurali atte a determinare comportamenti ripetuti e, quindi, abitudini conformi alle esigenze generali del piano;

adottare, d'intesa con le organizzazioni ordinistiche e sindacali, sistemi repressivi dei comportamenti che violano le regole convenute, agendo con ferma determinazione a tutela dell'interesse generale e dei sanitari che responsabilmente osservano con scrupolo gli impegni convenzionali;

portare a conoscenza degli interessati e dare la massima divulgazione nella collettività ai dati statistici relativi alla medicina di base e ai settori collegati (farmaci, analisi e accertamenti diagnostici, ricoveri), allo scopo di attirare su di essi la riflessione e il dibattito degli operatori sanitari, degli utenti e delle organizzazioni che rappresentano le varie valenze collettive nella società.

Vi sono altri campi d'azione attraverso i quali è possibile perseguire un rafforzamento « fisiologico » dei rapporti con il personale sanitario convenzionato.

Un primo campo d'azione è costituito dalla informazione scientifica sui farmaci e sui prodotti alimentari soggetti a registrazione, che il Ministero della sanità e l'Istituto superiore di sanità sono impegnati a realizzare in forma sistematica già nel corso di questo primo triennio.

Altre iniziative vanno programmate — al di là del disposto delle convenzioni — per propiziare il coinvolgimento consapevole e responsabile del personale sanitario convenzionato nelle attività di prevenzione e nella partecipazione al Servizio informativo sanitario, tanto come fornitori quanto come utilizzatori di statistiche biosanitarie e di informazioni epidemiologiche.

Le stesse indicazioni valgono per il personale che opera in strutture convenzionate sia di ricovero che di diagnosi e cura.

Queste indicazioni debbono trovare la propria estrinsecazione nel quadro dei rapporti convenzionali, a proposito dei quali vanno tenute presenti le seguenti altre indicazioni di principio:

far progredire nel settore della medicina generica e pediatrica i processi di razionalizzazione e ridistribuzione del lavoro avviati con la legge 29 giugno 1977, n. 349. Ciò allo scopo di contribuire alla delimitazione di un'area professionale specifica dell'assistenza sanitaria di base, riservata a sanitari che si occupino fondamentalmente e prevalentemente di questa funzione;

potenziare le attività di assistenza medico-pediatrica e stimolare le facoltà di medicina ad ampliare gli accessi alla specializzazione e a favorire l'avvio degli specializzati verso questo tipo di attività;

privilegiare, nel settore della medicina specialistica e degli accertamenti diagnostici strumentali, l'attività degli ambulatori direttamente gestiti dalle Unità sanitarie locali,

riconfermando gli indirizzi tendenti ad evitare cumuli di attività non compatibili;

ricondurre il convenzionamento con gli specialisti esterni entro il quadro delle programmazioni regionali e del governo della spesa pubblica.

Non rientra nella consuetudine della pubblica amministrazione di preoccuparsi di aspetti scarsamente definibili come le abitudini, i convincimenti, le adesioni, i modelli culturali che sono sottesi ai comportamenti positivi. Questo è un limite. Le riforme non si fanno solo con le leggi e con le ristrutturazioni organizzative. Le une e le altre sono necessarie, ma costituiscono dei presupposti, delle potenzialità. Ciò che realizza in concreto le riforme sono le azioni degli uomini. E le azioni sono direttamente influenzate dalle abitudini, dai convincimenti, dalle adesioni; in altre parole dai modelli culturali ai quali i cittadini si conformano, siano essi utenti, dipendenti o operatori convenzionati.

Consegue da questa impostazione di programma che l'aggiornamento obbligatorio permanente, tanto del personale dipendente quanto del personale convenzionato, rappresenta una funzione della pubblica amministrazione. È questa, infatti, che porta costituzionalmente la responsabilità del disegno complessivo di tutela della salute, rispetto al quale il tipo e il grado di preparazione degli operatori svolgono il determinante ruolo di condizioni necessarie.

Si comprende, altresì, perchè la legge numero 833 renda obbligatorio l'aggiornamento professionale, stabilendo un diretto rapporto tra operatività nell'ambito del sistema pubblico e ottemperanza all'obbligo dell'aggiornamento.

La esigenza di concentrare in tutto il Paese le attività di aggiornamento sui problemi emergenti del Servizio sanitario nazionale e di sintonizzare anche questa modalità di intervento sui temi prevalenti dei progetti-obiettivo, uniti alla titolarità della funzione di cui si è detto sopra, impongono di recuperare alla competenza dell'autorità centrale del Servizio sanitario nazionale, sentito il Consiglio sanitario nazionale, l'impostazione tematica dei programmi di aggiornamento obbligatorio, affidandone l'attuazione alle Regioni, in accordo collaborativo con gli ordini professionali e i collegi, con le associazioni sindacali e di categoria del personale convenzionato, nonchè con le Istituzioni universitarie, scientifiche e del Servizio sanitario nazionale, che non possono e non debbono restare estranee a questo importante compito.

8. *Le iniziative nel campo della ricerca sanitaria finalizzata.*

La pratica quotidiana della medicina si presenta in Italia sempre più ricca di strumenti tecnici e di sostegni chimici, ma non altrettanto provvista di reali conoscenze sulle malattie, specie per quanto riguarda i fenomeni morbosi indotti dal recente sviluppo industriale e quelli residui, ma spesso rinascenti ed aggressivi, delle malattie del sottosviluppo.

Ciò è da attribuire ai ritardi che la ricerca biomedica, epidemiologica e sanitaria ha accumulato nel nostro Paese rispetto ad altri Paesi dell'Europa, che si sono dimostrati più sensibili a questa dimensione dell'intervento pubblico.

Peraltro, è indubbia l'importanza del fattore « ricerca » per la crescita e lo sviluppo del Servizio sanitario nazionale, atteso che gli indirizzi adottati nel campo della ricerca finiscono per condizionare, in tempi più o meno futuri, l'attività dei servizi sanitari. È sufficiente ricordare i riflessi che i risultati delle scoperte tecnologiche hanno avuto — ancor più si prevede che avranno — sulla funzione diagnostica e, quindi, sull'efficacia delle prestazioni sanitarie, nonchè le conseguenze che deriveranno, anche sul piano economico, dalla ricerca farmacologica e dalle relative applicazioni terapeutiche.

Le vicende parlamentari hanno impedito che contestualmente alla legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale venisse approvata la legge per il coordinamento della ricerca scientifica. Nonostante ciò, emerge chiaramente che gli obiettivi di salute indicati nella legge n. 833 sono espressione del cammino compiuto, anche dal nostro Pae-

se, per accostare la scienza alla società. Una svolta qualitativa, come quella che dovrà essere conseguita con la attuazione della riforma sanitaria per rendere più consistente il rapporto uomo-ambiente-società, non può prescindere da una maggiore concentrazione di risorse destinate a favorire lo sviluppo delle attività conoscitive e formative e ad agevolare la conquista di nuove acquisizioni scientifiche.

Il tipo di ricerca che riguarda il Servizio sanitario nazionale è la « ricerca finalizzata » agli obiettivi che il Servizio stesso persegue.

Al fine di predisporre un piano triennale in tema di ricerca sanitaria finalizzata in coerenza con gli obiettivi della legge n. 833; di coordinare l'attività dei diversi soggetti che concorrono all'attuazione degli obiettivi indicati dalla stessa legge in tema di ricerca finalizzata; di esprimere giudizi complessivi di fattibilità sui progetti da finanziare con fondi a carico del Fondo sanitario nazionale; di valutare i risultati conseguenti e di indicare i criteri per il loro trasferimento ai servizi operativi si appalesa opportuna la costituzione di una Commissione per la promozione e il coordinamento della ricerca sanitaria finalizzata, da nominare da parte del Ministro della sanità di concerto con i Ministri della pubblica istruzione e della ricerca scientifica, sentito il Consiglio sanitario nazionale, con durata triennale coincidente con i periodi di riferimento dei piani sanitari nazionali.

A tale Commissione, ferme restando le competenze dell'Istituto superiore di sanità e dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, dovrebbe essere devoluto l'incarico di predisporre il piano triennale della ricerca sanitaria finalizzata, da sottoporre al preventivo parere del Consiglio sanitario nazionale anche ai fini della determinazione delle risorse da attribuire in un quadro di compatibilità con gli altri impieghi del Fondo sanitario nazionale.

Va chiarito che si tratta di iniziative di ricerche applicate che non interferiscono con i programmi di attività delle Università, del CNR e del Ministero della ricerca scientifica, ancorchè si renda necessario stabilire rapporti di coordinamento e di informazione reciproca con tali istituzioni.

Per quanto riguarda gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico viene sottolineata l'esigenza che l'attuazione della delega prevista dall'articolo 42 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, abbia di mira, in modo preminente, il riordino degli istituti stessi in base a criteri oggettivi, quali l'accertamento delle risorse effettivamente impegnate nella ricerca scientifica, la consistenza e la qualificazione scientifica del personale e delle attrezzature, l'analisi dei programmi scientifici svolti o in progetto e dei risultati sinora ottenuti.

L'attuazione dei piani di ricerca sanitaria finalizzata dovrà coinvolgere l'intero Servizio sanitario nazionale, non solo per il contributo specifico che può pervenire dai singoli operatori e dalle strutture, ma per gli effetti positivi che ne deriveranno in termini di innalzamento del livello qualitativo dell'attività sanitaria. L'ampiezza della risposta che in questa maniera la comunità scientifica potrà fornire ad una sempre più ampia, qualificata domanda sociale di ricerca spezzerà in maniera definitiva il tradizionale isolamento dei singoli ricercatori, sollecitandone la creatività e contribuendo a rinnovare i temi e le sedi di tutta l'attività scientifica.

Le esigenze prioritarie del Servizio sanitario nazionale in ordine alla ricerca finalizzata pongono in primo piano i problemi fondamentali sui quali dovrà esercitarsi la attenzione dei servizi e degli operatori.

Queste priorità riguardano nel triennio prossimo:

l'acquisizione e la diffusione dei risultati della ricerca svolta al livello internazionale, con particolare riguardo per i temi oggetto delle azioni programmatiche del piano triennale;

la costituzione di canali organici di interscambio con l'estero e tra i centri di ricerca sullo stato di avanzamento delle ricerche finalizzate di settore;

i progetti-obiettivo indicati nel piano e in particolare la promozione e la salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambien-

te di lavoro, in maniera che il riordinamento dell'intera legislazione in materia di igiene e di sicurezza del lavoro sia sostenuto da un apporto conoscitivo e di ricerca che volga in senso positivo la sfida implicita, oggi ancor più suggestiva, tra lavoro e salute;

la « qualità della vita », con l'intento di approfondire la conoscenza dei fattori che determinano sia gli squilibri della mortalità e della durata media della vita tra i diversi gruppi di popolazione, sia l'incremento del numero di stati invalidanti e di malattie cronico-degenerative, che caratterizzano, in senso negativo, la fruizione dell'accresciuto periodo di esistenza.

Da tali conoscenze potrà derivare una svolta nelle tradizionali modalità di intervento della medicina, che ha visto in questi ultimi decenni, per l'espandersi di una patologia strettamente correlata a fattori ambientali e sociali, affievolirsi la capacità della scienza medica di alterare il decorso naturale delle malattie;

i settori nosologici che contribuiscono in maniera determinante a caratterizzare la mortalità e la morbosità della popolazione italiana e che con i loro effetti invalidanti incidono gravemente sull'economia del Paese.

L'impegno che verrà posto in questi settori verrà a caratterizzare « la medicina » come scienza d'avanguardia perchè studia le malattie come zone di rottura del complesso equilibrio uomo-ambiente; perchè si pone all'incrocio fra il biologico e il sociale, in un punto di osservazione unico e privilegiato; perchè in essa possono coincidere, anche se sono stati a lungo contrapposti, il soggetto e l'oggetto della ricerca, chi studia le malattie e chi lotta per eliminarle.

9. *L'adeguamento della struttura centrale al nuovo ruolo del Ministero della sanità.*

La legge n. 833 è ispirata, dal punto di vista istituzionale, ad una logica precisa: trasferire le funzioni amministrative di assistenza sanitaria ai Comuni e alle Comunità montane e, attraverso essi, affidare le attività operative e le responsabilità gestionali ad organismi periferici funzionali, a diretto contatto con la popolazione e con le diverse situazioni locali.

Tutto ciò a garanzia di concretezza e di aderenza ai bisogni reali della popolazione, nonchè per rendere possibile la partecipazione democratica dei cittadini alla gestione sociale e al controllo generale sui servizi.

La legge affida, poi, alle Regioni la funzione di definire legislativamente l'organizzazione dei servizi e i contenuti delle azioni sanitarie nel concreto delle realtà territoriali regionali; di promuovere e di coordinare le attività: di programmare l'impiego delle risorse e di ripartire queste ultime tra le Unità sanitarie locali in relazione agli obiettivi di piano e alle necessità coordinate dei servizi; di controllare l'uso delle risorse e i risultati conseguiti rispetto alle previsioni di piano.

In questa logica di distribuzione di funzioni, l'Amministrazione centrale viene investita di attribuzioni che innovano radicalmente rispetto al passato.

Quanto più ampia e consistente è la disseminazione dei centri di decisione gestionale e l'entità delle risorse che attraverso essi viene amministrata, tanto più incisivo viene ad essere per l'Autorità centrale il potere di indirizzo, di guida, di coordinamento, di controllo sui risultati e di intervento correttivo nelle situazioni disfunzionali.

È questo un punto sul quale non possono e non debbono esistere dubbi.

Qualsiasi controversia interpretativa a questo proposito deve lasciare il campo ad una analisi scientifica della funzionalità del sistema nei suoi aspetti finalistici, macroeconomici ed operativi.

L'esperienza della gestione delle leggi di settore preparatorie della riforma conferma la necessità di una Amministrazione centrale presente, attiva, tecnicamente preparata. Essa deve essere messa in grado di fungere da riferimento per assicurare l'uniformità della tutela della salute e per garantire, con la unità del sistema, la coerenza e l'efficacia delle azioni tendenti al superamento degli

squilibri territoriali. Deve, altresì, fungere da momento di raccordo del nostro sistema sanitario con quelle degli altri Paesi. Infine, deve garantire l'andamento della spesa in relazione alle indicazioni del piano sanitario, nel rispetto delle connessioni con le linee di sviluppo dell'economia nazionale.

L'Amministrazione centrale che viene postulata dalla legge n. 833 per la guida della politica sanitaria nazionale è profondamente diversa, nella struttura e nei compiti, da quella presente.

È un'Amministrazione centrale, che, abbandonate le pregresse attività gestionali, si trasforma in una amministrazione tecnica, finalizzata alle esigenze proprie del Servizio sanitario nazionale e ai compiti internazionali che l'Italia è chiamata a svolgere in campo sanitario.

L'organo proprio di questa gestione centrale è il Ministero della sanità. Accanto ad esso la legge n. 833 istituisce il Consiglio sanitario nazionale come massimo organo di consulenza e di proposta politico-sanitaria e rende operativi due Istituti superiori a valenza tecnico-scientifica: l'Istituto superiore di sanità, rinnovato nella struttura e nei compiti, e l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, con compiti analoghi in materia di tutela della salute dei lavoratori.

Quanto alle funzioni, l'Amministrazione centrale sanitaria viene espressamente deputata ad un complesso di attività fra cui fanno spicco:

l'iniziativa legislativa e il completamento normativo della legge n. 833;

la predisposizione del piano sanitario e il controllo della sua attuazione;

l'indirizzo e la promozione di iniziative conformi alla strategia del piano;

la raccolta, l'elaborazione la divulgazione, attraverso il Servizio informativo sanitario, di dati statistici e di notizie informative, anche ai fini di educazione sanitaria;

la promozione della ricerca finalizzata;

l'informazione scientifica dei medici e l'aggiornamento professionale obbligatorio;

l'emanazione di direttive sulle materie delegate;

la promozione del miglioramento dei sistemi di formazione del personale del Servizio sanitario nazionale;

la registrazione dei farmaci;

la tenuta e l'aggiornamento del prontuario terapeutico e di schedari di rilievo tecnico-sanitario;

la responsabilità della profilassi internazionale e di confine a protezione dalle malattie infettive e diffusive e quale garanzia da offrire a livello internazionale;

i rapporti con le autorità sanitarie internazionali e comunitarie e con i sistemi sanitari degli altri Paesi;

lo svolgimento di attività amministrative meglio esercitabili a livello centrale, come, ad esempio, l'assistenza agli italiani all'estero.

Non va, infine, dimenticata una funzione che ha modesta tradizione nel nostro sistema amministrativo, ma che può invece dare frutti copiosi se opportunamente concepita e adeguamente realizzata: la funzione di consulenza e di assistenza tecnica da parte dell'Amministrazione centrale, non solo in sede scientifica attraverso l'Istituto superiore di sanità e l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro ma anche nelle normali attività organizzative sanitarie, statistiche, contabili implicate dal piano sanitario.

Gli Istituti citati, le Direzioni generali preesistenti, gli Uffici centrali di nuova istituzione riorganizzati ai sensi dell'articolo 59 della legge n. 833 ed il Comitato tecnico-scientifico per la programmazione sanitaria nazionale costituiscono altrettanti soggetti di questa permanente azione di consulenza, da svolgere a richiesta delle Regioni e con le modalità che di volta in volta si renderanno opportune.

Un importante ruolo è assegnato in questo panorama di relazioni funzionali al Centro studi, al Comitato tecnico-scientifico per la programmazione sanitaria, all'Istituto superiore di sanità e all'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro. Per

la loro natura di organismi ad elevata valenza tecnica, scientifica e culturale, essi rappresentano un utile riferimento per le attività istituzionali del Ministro e per lo stesso Consiglio sanitario nazionale.

La irrinunciabile caratteristica « nazionale » del Servizio sanitario è garantita solo da una adeguata presenza degli organi del livello centrale. Latitanze o carenze rispetto ai compiti indicati si rivelerebbero gravemente pregiudizievoli per il Servizio sanitario.

Pertanto, il piano sanitario triennale 1980-1982 assume coerentemente tra i suoi obiettivi primari quello delle trasformazioni necessarie ed urgenti per rendere operativa nel più breve tempo possibile e nel senso indicato l'Amministrazione centrale.

I modi e le occasioni di intervento per incidere in conformità sono:

per quanto riguarda il Ministero della sanità: il riordinamento del Ministero, con legge dello Stato, ai sensi dell'articolo 59 della legge n. 833, della quale viene sottolineata l'urgenza. Per quest'ultima iniziativa, il Parlamento ha ritenuto di dover consentire una deroga rispetto al riordinamento generale della pubblica amministrazione. La concessione della deroga sottolinea la singolarità delle funzioni dell'apparato centrale in materia sanitaria e la portata che viene riconosciuta al provvedimento;

per quanto riguarda il Consiglio sanitario nazionale: la legge sopra citata per il definitivo assetto degli uffici di segreteria dell'organo;

per quanto riguarda l'Istituto superiore di sanità: i decreti ministeriali previsti dal quinto e dal sesto comma dell'articolo 9 della legge n. 833, relativi alla determinazione degli organici e dei relativi contingenti di personale ed alla ristrutturazione del numero e delle competenze dei lavoratori;

per quanto riguarda l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro: il decreto di costituzione dell'Istituto, per consentire di immettere subito il nuovo organismo delle funzioni previste dall'articolo 23 della legge n. 833, a completamento della dotazione strutturale dell'Amministrazione centrale, fornendola di uno strumento essenziale per i nuovi compiti del Servizio sanitario nazionale in un settore che il piano triennale considera particolarmente importante e qualificante. L'istituzione dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro rappresenta un'occasione da non mancare per realizzare una struttura di ricerca, di studio e di documentazione adeguata all'importanza del compito nel mondo del lavoro; quel che bisogna evitare è che l'Istituto sorga per semplice fusione delle strutture centrali degli enti preesistenti, che avevano compiti più limitati rispetto a quelli, ben più significativi, attribuiti al nuovo Istituto dalla legge n. 833.

L'emanazione dei decreti relativi ai due Istituti deve consentire di definire l'attribuzione ad essi delle specifiche competenze in materia di controlli sanitari sulla produzione, dell'energia termoelettrica e nucleare e sulla produzione, il commercio e l'impiego delle sostanze radioattive.

Questa materia riveste una notevole importanza per la prevenzione e la protezione ambientale nei confronti degli impianti ad alto rischio.

Il riordinamento dell'Amministrazione centrale comporta due altre conseguenze:

una attività finalizzata per la riqualificazione professionale del personale operante a livello centrale;

la dotazione finanziaria occorrente per lo svolgimento delle nuove funzioni, rimettendo al fondo sanitario nazionale, per il riparto tra le Regioni, le somme relative a residue attività gestionali che ad esse sono trasferite o delegate, ma commisurando all'entità e all'importanza delle funzioni prima illustrate l'entità delle risorse da assegnare, sul bilancio dello Stato, al Ministero della sanità.

10. *La definizione di un sistema di indicatori socio-sanitari per il controllo di attuazione del piano.*

La definizione delle azioni programmatiche illustrate ai punti precedenti va accompagnata da una costante attività di verifica. Non si tratta in questo caso dei controlli su

singole attività amministrative o su specifiche situazioni particolari, che costituiscono una funzione ordinaria per l'amministrazione ai diversi livelli e che vengono esercitati nei modi e nei tempi fissati dalle leggi e dai rispettivi ordinamenti.

Il controllo di cui si postula la necessità è quello più specificamente collegato con le indicazioni di piano ed ha lo scopo di consentire agli organi del Servizio sanitario nazionale di misurare e, quindi, di valutare quanta parte degli obiettivi in esso stabiliti è stata realizzata.

Si tratta, perciò, di verifiche che hanno per oggetto i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi prefissati (misure di efficacia) e quelli raggiunti rispetto alle azioni ed alle risorse impegnate (misure di efficienza).

Un apporto tecnico alla soluzione dei problemi posti da questi compiti di controllo può essere fornito dalla costruzione di un adeguato sistema di indicatori socio-sanitari.

Con l'espressione « indicatore », nella forma più generale, si intende una statistica (cioè un dato ottenuto attraverso rilevazioni della realtà) più o meno elaborata, che può essere organizzata in serie temporali, territoriali o rispetto ad altre unità di riferimento, statistica che presenta valore informativo in quanto elemento di un modello descrittivo o interpretativo di un sistema o di un segmento di sistema sociale.

Per la costruzione di un sistema di indicatori socio-sanitari, essenziale per le verifiche sopra indicate, è necessario far riferimento ad un modello nel quale il Servizio sanitario sia assimilato ad un sistema produttivo, interagente col più ampio sistema sociale di cui rappresenta un segmento.

Nella tabella n. 12 è rappresentato lo schema di funzionamento di tale « sistema produttivo » (Servizio sanitario nazionale) e i collegamenti che esso ha con il corrispondente sistema informativo (Servizio informativo sanitario).

Nell'ambito del sistema sanitario, visto come settore produttivo interagente con l'intero sistema sociale, gli indicatori possono essere costruiti come espressioni caratteristiche di variabili o di parametri componenti della funzione generale di produzione del sistema stesso o di suoi segmenti.

Le variabili o componenti della funzione di produzione da tener presenti ai fini che qui interessano, possono essere classificate in tre gruppi o blocchi nel modo seguente:

variabili finali, che misurano aspetti dei risultati finali del sistema, in termini di condizioni o di stato di salute della popolazione (misure di outputs);

variabili strumentali, che misurano caratteristiche strutturali e di funzionamento del sistema dei servizi sanitari (misure di *inputs*);

variabili concomitanti, che misurano aspetti del sistema sociale complessivo; esse, pur non riguardando direttamente il settore dei servizi sanitari, sono rilevanti in quanto esprimono aspetti di fattori che interagiscono con le variabili finali e con quelle strumentali.

Le variabili dei tre tipi possono essere di natura diversa. Possono riguardare fenomeni di consistenza (ad esempio, morbosità ad una certa epoca), oppure fenomeni di flusso (ad esempio, morbosità incidente); possono riferirsi a unità temporali (analisi storica), ad unità territoriali (analisi territoriale) o a singoli individui o gruppi di individui omogenei secondo caratteristiche diverse; possono misurare la consistenza o il flusso di fenomeni con riferimento ad epoche o a periodi oppure la variazione subita dagli stessi fenomeni tra epoche o periodi diversi.

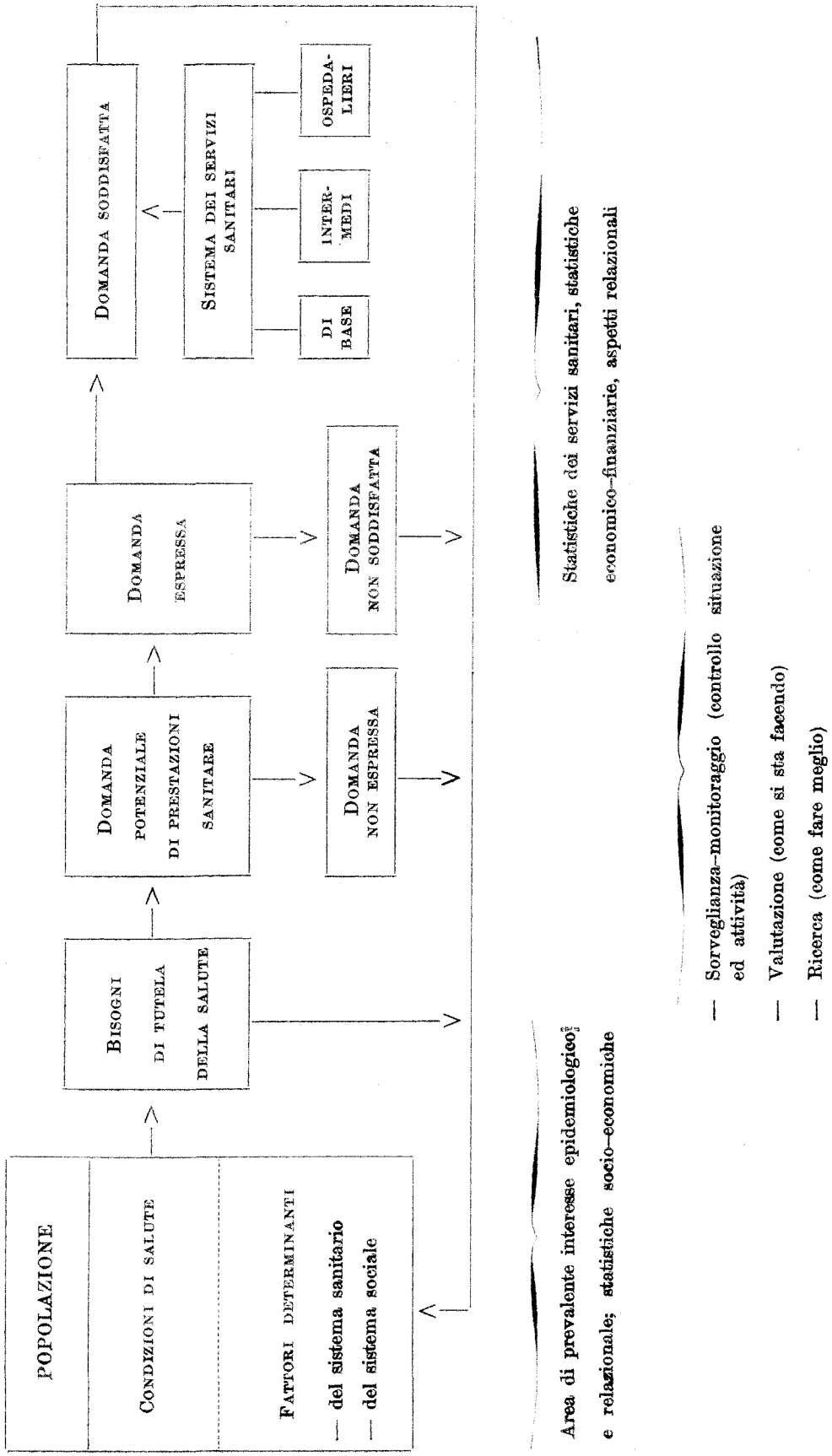
La classificazione delle variabili o componenti della funzione di produzione nei tre blocchi indicati induce la corrispondente classificazione degli indicatori appresso elencati, di cui può essere utile la costruzione per le finalità di sorveglianza, monitoraggio, valutazione e ricerca, cui si è fatto cenno a proposito delle funzioni specifiche del sistema informativo:

indicatori di risultato: misurano aspetti diversi delle condizioni di salute della popolazione;

indicatori di variabili strumentali: misurano aspetti rilevanti delle azioni di pia-

TABELLA N. 12

SCHEMA DI FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA SANITARIO E COLLEGAMENTI CON IL SISTEMA INFORMATIVO



no (aspetti strutturali e di funzionamento del sistema dei servizi sanitari);

indicatori di variabili concomitanti: misurano aspetti del sistema socio-economico complessivo che concorrono a determinare le condizioni di salute della popolazione.

In concreto, ciascun livello di governo, per le sue finalità di programmazione, di gestione e di verifica, costruirà il suo sistema di indicatori. È importante che tali sistemi siano computabili con i corrispondenti sistemi informativi sanitari e che si realizzi un adeguato coordinamento tra i sistemi di indicatori che ciascun livello di governo realizza.

È un campo tutto da esplorare e da sperimentare. Nel primo triennio è realistico attendersi solo approfondimenti teorici, formulazioni di ipotesi, sperimentazioni parziali.

L'importante, comunque, anche a questo proposito è di cominciare e di finalizzare i tentativi ad un obiettivo che conserva tutta la sua importanza anche in una prospettiva di realizzazione differita. Lo sviluppo del Servizio informativo sanitario e la crescita dell'interesse per l'uso pratico delle informazioni costituiscono il fertile terreno sul quale sarà possibile risolvere in maniera adeguata il problema degli indicatori socio-sanitari.

11. *Le azioni finalizzate al risparmio.*

Nell'indicare gli obiettivi strategici del Servizio sanitario nazionale si è fatto riferimento all'esigenza di accrescere la produttività della spesa.

Le azioni programmatiche sinora esaminate hanno tutte avuto riguardo a questo aspetto. In misura più o meno accentuata a seconda del tipo di intervento, esse tendono a far crescere la funzionalità dei servizi e ad assicurare una resa maggiore delle risorse impiegate, sia in termini quantitativi che qualitativi.

L'obiettivo deve essere perseguito anche per un'altra via, non alternativa, ma concorrente: eliminando gli sprechi, evitando le spese inessenziali e proponendosi, con interventi finalizzati, di conseguire risparmi misurabili rispetto all'uso attuale delle risorse.

L'essenzialità delle spese e l'economicità della gestione debbono rappresentare la regola fondamentale per qualsiasi attività che comporta l'uso di risorse finanziarie.

Ciò a maggior ragione deve valere per un servizio che impiega risorse pubbliche dell'ampiezza di quelle implicate nel sistema sanitario e che ricava dalla politica del risparmio e dalla eliminazione degli sprechi una più ampia disponibilità di risorse per i fini che costituiscono l'innovazione qualificante del Servizio sanitario nazionale.

L'esigenza del massimo rigore nella gestione dei servizi sanitari è profondamente avvertita dalla coscienza del Paese, soprattutto in relazione a fenomeni di consumismo sfrenato, di abuso e di lassismo che hanno caratterizzato negli anni sessanta e settanta la crisi del sistema.

Vi sono aspetti del funzionamento del sistema sanitario che senza bisogno di analisi particolari rivelano la presenza di sprechi: il consumo dei farmaci; la ripetizione degli accertamenti diagnostici oltre il necessario; gli accessi ingiustificati e le permanenze inessenziali o prolungate oltre il necessario in ospedale; la scarsa produttività nell'uso di strutture nell'impiego del personale; l'onerosità dei consumi o di determinati impieghi del capitale tecnico.

Tra gli impegni del Servizio sanitario nazionale per il triennio 1980-82 non può mancare quello di incidere profondamente nel campo dei consumi inessenziali, con iniziative finalizzate e misurabili. Ciò si rende necessario non solo per un precisa istanza etica e professionale, ma anche a causa della rigidità della spesa attuale e della situazione economica del Paese che non consente di contare su apporti finanziari aggiuntivi per il perseguimento degli obiettivi indicati dal piano.

Questo significa che è necessario compiere ogni sforzo per reperire all'interno degli impieghi attuali le risorse umane e finanziarie per avviare o potenziare talune iniziative suscettibili di produrre, a medio e a lungo termine, effetti positivi su tutto il sistema.

Di seguito vengono indicate alcune specifiche azioni che possono contribuire a rendere meno onerosa la gestione o ad accrescere il rendimento delle risorse impiegate.

Si tratta di interventi che richiedono la massima determinazione e costanza nell'attuazione e che vanno accompagnati dalla consapevole partecipazione degli operatori, supportata da misurazioni specifiche, sistematicamente ripetute, per valutare i risultati che ne conseguono e per poter modificare le modalità d'intervento in relazione ad essi. Gli indicatori illustrati al capitolo precedente, le rilevazioni statistiche ordinarie e le altre misurazioni finalizzate, che i servizi interessati potranno istituire, costituiscono mezzo per compiere tale valutazione.

11. 1 *Nel settore dei farmaci.*

I risparmi in questo campo sono funzione di una molteplicità di interventi, alcuni di competenza dell'amministrazione centrale, altri da svolgersi in sede locale.

Il prontuario farmaceutico e la manovra finanziaria del *ticket* costituiscono strumenti d'azione di competenza centrale.

In tempi brevi sarà provveduto alla revisione del prontuario in modo da razionalizzare ulteriormente il campo dei farmaci prescrivibili a totale o a parziale carico del Servizio sanitario nazionale.

Il dimensionamento delle confezioni costituisce un altro fattore di possibili risparmi. In collaborazione con la classe medica, con i farmacisti e con le industrie produttrici va ricercato il dimensionamento minimo dei vari farmaci rispetto agli impieghi prevalenti. Ciò permetterà di evitare lo spreco delle quantità inutilizzate di farmaci, che rappresentano un fenomeno di dimensione rilevante.

Un altro campo di possibili economie è quello della conseguenza sui prezzi dei farmaci di una diversa organizzazione della informazione scientifica.

Essa, infatti, costituisce fattore di costo che va ad incorporarsi nel prezzo di vendita dei farmaci.

È vero che l'incidenza della propaganda fatta dalle ditte produttrici di specialità medicinali attraverso campioni, *depliants*, letteratura scientifica e accessi di informatori scientifici presso i medici è in diminuzione, almeno negli ultimi anni; tuttavia l'attivazione di un servizio pubblico d'informazione scientifica deve essere finanziato, almeno in parte, dalla minore incidenza di tale tipo di spese sui prezzi dei farmaci.

Ulteriori possibili risparmi sono conseguibili tramite un costante aggiornamento culturale professionale dei medici sugli sviluppi generali della farmacologia e della terapia ad opera del Servizio sanitario e tramite il controllo del Ministero della sanità sulla obiettività dell'informazione scientifica svolta dalle imprese farmaceutiche che deve corrispondere ai protocolli tecnico-scientifici acquisiti in sede di registrazione.

Il consumo dei farmaci assume un rilievo di gran lunga determinante nella prescrizione da parte dei medici dei servizi di base. È qui che si rende necessario intervenire con la massima decisione, con una vigilanza assidua e con una osservazione mirata, attenta sia al fenomeno nel suo complesso sia al comportamento di singoli operatori.

L'intervento da compiere va calibrato sul tipo di rapporto esistente tra medici e pazienti: sovente, infatti, sono i pazienti a indurre il fenomeno del consumismo farmaceutico; altre volte sono i medici con il loro comportamento prescrittivo a determinarlo. Il più delle volte le due istanze si sommano e convivono, rafforzando l'effetto di spreco.

In entrambi i casi il tipo di intervento principale da compiere è quello sul modello di comportamento delle due categorie di soggetti. Occorre coinvolgere medici e utenti nella riflessione sul fenomeno, illustrando i rischi e fornendo dati ed esempi sui quali discutere. I medici vanno corresponsabilizzati, come singoli e come categorie, nella definizione di modelli comportamentali coerenti con questo obiettivo.

Il rinnovo della convenzione può consentire di definire norme più cogenti in materia, da valere per i casi di eccesso continuato.

Per gli utenti, l'intervento rientra nel quadro delle iniziative di educazione sanitaria:

una educazione sanitaria che deve tradursi, nel triennio, in iniziative estese e concrete, documentate e verificabili.

L'argomento è nodale e non può essere eluso. Formule facili non ne esistono; il fiscalismo da solo non si è dimostrato idoneo a incidere sul fenomeno, se non per aspetti particolari e appariscenti ma quantitativamente non risolutivi. La strada corretta è quella di operare dall'interno del modello culturale per far nascere una consapevolezza maggiore sui problemi del farmaco, sulla sua componente iatrogena, sulla dipendenza psicologica che un distorto rapporto con la medicina ha indotto, ed anche sulle conseguenze economiche che ne discendono. Conseguenze dannose queste in sè, non solo per lo spreco che alimentano, ma anche per le iniziative qualificanti che tale spreco di risorse impedisce di compiere.

Gli effetti completi non saranno immediati: l'importante è cominciare ad operare in questa direzione con la dovuta costanza.

Più agevole e di più rapido effetto, invece, si presenta il problema di un giusto uso dei farmaci all'interno dei presidi pubblici. L'acquisto diretto alla fonte per il complesso dei presidi, attraverso forniture uniche regionali o capitolati definiti in sede centralizzata e resi operativi dalle Unità sanitarie locali al momento dell'occorrenza, possono normalizzare i prezzi e le modalità di rifornimenti e di pagamento.

La definizione di regole di comportamento per la richiesta e per l'uso dei farmaci all'interno dei presidi possono costituire altre modalità volte a completare una disciplina generale del settore che si propone non certo di impedire l'uso corretto dei farmaci necessari, ma invece di eliminare drasticamente i consumi inessenziali, onde liberare risorse da destinare alle azioni programmatiche in precedenza illustrate.

11.2 *Nel settore degli accertamenti diagnostici.*

Studi recenti hanno documentato l'inessenzialità di molta parte degli accertamenti strumentali che vengono compiuti e la pericolosità per la salute che è insita in taluni tipi di essi con particolare riguardo a quelli tecnologicamente sorpassati; la normalizzazione del settore ha, quindi, giustificazioni sanitarie oltre che economiche.

Si tratta di un'area nella quale l'azione del servizio può essere incisiva perchè gli accertamenti vengono compiuti o direttamente presso strutture pubbliche (ospedali, poliambulatori) o presso strutture convenzionate, alle quali si accede solo se preventivamente autorizzati.

Rispetto al settore pubblico, spetta al servizio disciplinare le modalità di comportamento, rendere omogenee le metodiche, coordinare i presidi tra loro, effettuare i controlli di rispondenza, ricorrere o meno all'automazione, registrare i dati di intervento e i risultati significativi (compresi gli elementi di rischio connessi con taluni tipi di esame) con i quali accompagnare i pazienti negli spostamenti, omogeneizzare e migliorare i tipi di attrezzature, coordinare le manutenzioni, definire l'orario di funzionamento dei presidi, eccetera.

La creazione di una struttura organizzativa unitaria, dipendente da un unico centro gestionale, renderà possibile incidere profondamente in questo settore. Anche in questo caso, però, gli interventi vanno programmati ed attuati coinvolgendo il personale medico e tecnico nello studio delle modificazioni e responsabilizzandolo rispetto al raggiungimento dei risultati auspicati.

Tuttavia, in ragione del tipo di rapporto tra servizi di base e area della specialistica, illustrato nel capitolo dedicato al modello dei servizi, è necessario coinvolgere in questa direzione anche i medici di base. Incontri congiunti tra i due gruppi di operatori, organizzati per esaminare situazioni reali e per la discussione su elementi di valutazione comparativi, proiettati nelle conseguenze sanitarie ed economiche, oppure le attività di aggiornamento permanente possono costituire altrettante occasioni per modificare il modello di comportamento del personale medico e tecnico.

A ritroso, è necessario, però, che anche l'Università pervenga a formulare regole tecniche e deontologiche più rispondenti a queste esigenze del servizio sanitario, che sono,

sì, di ordine economico, ma nel senso più esemplare del termine, in quanto hanno di mira non già il risparmio per il risparmio, ma la lotta ai consumi « inessenziali e pericolosi » per potenziare le attività « utili e qualificanti ».

Anche rispetto al settore privato è possibile intervenire con risultati apprezzabili. Spetta, anzitutto, alle programmazioni regionali stabilire il rapporto più opportuno tra la potenzialità di accertamenti pubblici e il ricorso al complemento dei convenzionati esterni.

La legislazione regionale deve definire le caratteristiche funzionali che le strutture private debbono possedere, a garanzia della qualità delle prestazioni.

È necessario tener presente, inoltre, che la possibilità di ricorso ai convenzionati esterni deve passare attraverso il filtro delle strutture pubbliche.

Questo non per un inessenziale appesantimento burocratico, ma proprio per poter esercitare, in questa sede e in questa occasione, gli interventi opportuni per ottenere il pieno utilizzo delle strutture pubbliche direttamente gestite e per abbattere i consumi inessenziali.

Le possibilità di azione non mancano: quello che occorre è avviare una serie coordinata di interventi, la cui efficacia è facilmente misurabile sui dati di prestazione e di spesa che debbono essere rilevati con sistematica periodicità per essere analizzati, valutati e dibattuti all'interno del servizio e con gli stessi operatori.

11.3 *Nel settore delle degenze.*

Le indicazioni riguardanti questo specifico argomento si riallacciano a quanto è già stato detto circa l'azione di filtro che i servizi di base debbono svolgere sia in sede diagnostica, sia mediante attività alternative al ricovero.

Oltre la normalizzazione nel settore ospedaliero, per la quale possono risultare determinanti tali iniziative, restano consumi inessenziali che sono strettamente connessi alle modalità di funzionamento degli ospedali. Nel triennio 1980-82 il Servizio sanitario nazionale deve impegnarsi in misura adeguata a contrastare tali consumi. Si tratta, nella generalità dei casi, di disfunzioni sufficientemente avvertite come tali, ma non sempre adeguatamente analizzate ed efficacemente contrastate nelle cause determinanti.

Nel rimettere all'iniziativa delle Regioni e delle Unità sanitarie locali lo svolgimento degli accertamenti e delle azioni correttive più opportuni rispetto alle situazioni locali, si ritiene necessario che non venga trascurata una adeguata valutazione dei seguenti aspetti:

la dotazione dei servizi diagnostici rispetto ai posti letto e il loro grado di utilizzazione;

il tempo intercorrente tra l'ingresso in ospedale e la definizione della diagnosi;

il tempo intercorrente tra la formulazione della diagnosi e l'intervento chirurgico o l'inizio della terapia;

i giorni di uso delle camere operatorie nel corso della settimana;

il numero dei pazienti operati nelle divisioni chirurgiche rispetto al numero totale dei pazienti ricoverati nelle stesse divisioni;

il numero degli anziani ricoverati come lungodegenti per motivi di supplenza sociale;

la distribuzione qualitativa delle varie specialità in rapporto alla nosografia prevalente; il tasso comparato di occupazione dei posti letto nelle varie divisioni specialistiche con ricalcolo degli stessi fenomeni, aggregando le divisioni specialistiche secondo grandi aree funzionali (accettazione, area medica, area chirurgica, area riabilitativa, eccetera);

la valutazione quantitativa e qualitativa comparata delle dotazioni ospedaliere pubbliche e private;

la valutazione del potenziale « integrato » di servizi ospedalieri ed extraospedalieri di diagnosi e cura rispetto alle esigenze assistenziali della popolazione del territorio di riferimento;

l'esame critico della dotazione di personale (tipo, quantità, qualità, professionalità, assiduità);

la flessibilità e la mobilità degli organici dei diversi servizi e la loro integrazione funzionale;

la riconsiderazione delle modalità di impiego del personale a tempo pieno rispetto alle funzioni proprie del servizio integrato intra ed extra-ospedaliero.

Le analisi sopra indicate, e le altre che le Regioni e le Unità sanitarie locali non mancheranno di individuare nel concreto delle proprie realtà territoriali, servono per evidenziare i « nodi » disfunzionali che generano consumi inessenziali. Su questi nodi va esercitata l'iniziativa più confacente, compresa quella di finalizzare le risorse disponibili al titolo « rinnovi tecnologici, manutenzioni straordinarie e ristrutturazioni » per interventi ad elevato rapporto costo-benefici, capaci di eliminare le cause delle disfunzioni evidenziate.

Gli indicatori particolari usati per le analisi, nonchè la diminuzione della durata media delle degenze e l'utilizzazione dei posti letto più prossima al tasso dell'80-85 per cento costituiscono i riferimenti su cui controllare l'efficacia complessiva degli interventi svolti e, per conseguenza, il conseguimento dell'obiettivo di un più produttivo impiego delle risorse e dell'eliminazione dei consumi inessenziali.

11.4 *Nel settore amministrativo ed economale.*

Senza ripetere quanto è già stato detto circa la necessità di formare un apparato amministrativo e tecnico efficiente e professionalmente preparato, si indicano alcune linee di iniziativa per ottenere un impiego più produttivo delle risorse umane:

la predisposizione di piante organiche basate su analisi accurate delle attività per funzioni e per centri di imputazione, nonchè sul recupero di un sufficiente grado di mobilità interna ed esterna al servizio.

Quest'ultima condizione può trarre giovamento dalla politica stipendiale tendente all'omogeneizzazione in tutto il settore sanitario pubblico;

il controllo dell'assenteismo, con interventi tendenti anche a rimuovere le eventuali cause reali che generano la disaffezione lavorativa;

l'utilizzazione « economica » delle attrezzature tecniche, cioè a livelli di impiego nel tempo e d'intensità d'uso convenienti rispetto ai servizi prodotti, con la determinazione di rinunciare alle attrezzature per le quali non è possibile assicurare tali condizioni;

l'attuazione di politiche di acquisti centralizzati da perseguire nella formula della fissazione delle condizioni e dei requisiti da richiedere per categorie generali di beni di consumo, a seguito di trattative concluse in sede centralizzata (capitolati, contratti tipo di somministrazione, eccetera). Questa formula, senza nulla togliere alla capacità contrattuale locale, si rivela idonea a garantire standards di qualità uniformi e a produrre un effetto di calmiere sui prezzi localmente praticati;

l'importanza dei bilanci per funzioni e, all'interno dei singoli presidi, la riclassificazione delle spese per centri di costo, rappresentano un altro utile strumento per valutare comparativamente la produttività dei fattori impiegati, consentendo di risalire, attraverso l'analisi organizzativa, alle disfunzioni che sono causa di sprechi e di consumi inessenziali;

il puntuale rispetto dei termini di pagamento dei fornitori e la conseguente definizione contrattuale di prezzi non gravati da presunti oneri finanziari attribuibili a ritardi nella liquidazione delle fatture.

L'introduzione nel piano di un'azione programmatica espressamente destinata alla lotta agli sprechi, al recupero di un maggior rigore amministrativo e all'accrescimento della produttività delle risorse si armonizza pienamente con le politiche di merito illustrate in precedenza, perchè tende, anche per questa via, a realizzare un Servizio sanitario nazionale moderno, funzionante, rispondente alle attese del Paese e alla volontà del Parlamento.

PARTE III

LE PROPOSTE PER LA GESTIONE

1. *Le garanzie.*

La definizione di azioni programmatiche all'interno di un progetto generale di obiettivi da conseguire a medio e a lungo termine costituisce una novità assoluta nel settore sanitario, tale da qualificarlo nel segno della trasformazione e della crescita civile e sociale.

Tuttavia l'indicazione di obiettivi e la proposta di azioni non bastano se non sono accompagnate da garanzie precise in ordine alla gestione del programma.

Questa garanzia risiede da un lato nell'auspicabile rinvigorimento della funzionalità dei poteri pubblici e dall'altro nel coinvolgimento democratico e pluralistico di soggetti — forze sociali, categorie professionali, enti locali, Regioni, Amministrazioni centrali interessate — nel processo programmatorio, così come è stato in precedenza definito.

Si rende, ora, necessario precisare con maggiore puntualità i rapporti che intercorrono nelle varie fasi del processo programmatorio tra i soggetti che partecipano ad esso e segnatamente i rapporti che si stabiliscono tra le programmazioni ai vali livelli territoriali.

2. *La fase istruttoria del piano.*

L'articolo 3 della legge n. 833 precisa che le Regioni concorrono alla determinazione degli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale.

L'articolo 55 aggiunge che i piani sanitari regionali devono uniformarsi ai contenuti e agli indirizzi del piano sanitario nazionale, in un quadro di compatibilità con gli obiettivi del piano regionale di sviluppo, previa consultazione degli enti locali e delle altre istituzioni ed organizzazioni interessate. La fase istruttoria del processo di programmazione prevede, dunque, il coinvolgimento, sia a livello regionale sia a livello nazionale, di soggetti portatori di interessi particolari e di soggetti portatori di interessi generali.

Una prima distinzione è da farsi a questo proposito. Non vi è dubbio che, mentre il contributo dei soggetti portatori di interessi particolari, quali le forze sociali, i sindacati, gli ordini, le associazioni di categoria, è ritenuto utile ed è quindi da ricercare, quello dei soggetti istituzionali portatori di interessi generali (organi centrali dello Stato, Regioni, Comuni, Comunità montane) ha il carattere della necessità ed è, quindi, da ritenere indispensabile.

Per quanto riguarda la programmazione nazionale il rapporto si manifesta attraverso le decisioni del Parlamento, avendo, però, preliminarmente coinvolto le Regioni e l'Amministrazione centrale dello Stato nell'istruttoria del piano.

Occasioni per sviluppare proficuamente momenti di lavoro comune, preordinato alla elaborazione del piano sanitario e dei suoi aggiornamenti annuali, possono aversi in sede tecnico-burocratica mediante rapporti sistematici e costanti di collaborazione, tra l'Ufficio centrale per la programmazione sanitaria e gli Assessorati regionali alla sanità, nonchè mediante momenti di consultazione politica tra il Ministro della sanità e gli Assessori regionali.

Tuttavia la sede istituzionale propria di questi raccordi, che si allarga anche ai membri rappresentanti delle forze sociali, è il Consiglio sanitario nazionale.

La fase istruttoria del piano comprende anche momenti di coordinamento con le altre sedi della programmazione economica gene-

rale ed in particolare con il Ministero del bilancio.

Un ruolo di supporto, interno al rapporto tra i soggetti istituzionali sopra descritti, è costituito dai contributi che in materia di programmazione sanitaria forniscono organismi tecnici, come il Comitato tecnico-scientifico per la programmazione sanitaria, il Centro studi del Ministero della sanità, l'Istituto superiore di sanità, l'Istituto superiore per la prevenzione e sicurezza del lavoro e il Consiglio superiore di sanità.

La partecipazione delle Regioni all'attività istruttoria, in quanto titolari delle potestà di indirizzo e di coordinamento dei confronti delle Unità sanitarie locali, non significa esonero dalle responsabilità di sintesi politica generale che competono al Governo per la successiva, formale proposta al Parlamento.

Tuttavia, le occasioni offerte dai rapporti sopra accennati e dal lavoro che viene svolto nella sede propria del Consiglio sanitario nazionale stanno a garantire una elaborazione dei piani sanitari pluralistica, politicamente e tecnicamente motivata e democraticamente realizzata.

3. *La fase di definizione normativa.*

La fase di definizione legislativa dei piani nazionale e regionali non pone problemi sotto il profilo delle garanzie. In entrambi i casi, infatti, i piani sono approvati con legge e, quindi, attraverso un dibattito pubblico in cui le forze politiche hanno la possibilità di confrontarsi garantendo la democraticità delle decisioni.

4. *La fase di attuazione.*

Problemi più delicati si pongono per quanto riguarda la fase di attuazione dei piani. Viene subito in risalto, infatti, l'interpretazione da dare all'articolo 55 della legge n. 833 laddove prescrive che i piani sanitari regionali debbono uniformarsi ai contenuti e agli indirizzi del piano sanitario nazionale.

Non vi è dubbio che il modello di programmazione delineato dalla legge n. 833 prevede la fissazione di vincoli che le programmazioni regionali debbono rispettare; ma è altresì vero che il sistema disegnato dalla legge esclude che la programmazione del livello regionale costituisca una mera attuazione delle decisioni assunte a livello centrale.

Da questo punto di vista, viene subito in risalto il sistema delle relazioni che si determina tra la programmazione nazionale e le programmazioni regionali e tra queste ultime e le attività di attuazione a livello delle Unità sanitarie locali.

L'esame dell'articolo 53 della legge n. 833 aiuta a definire in modo appropriato questo delicato aspetto del problema.

Un primo tipo di relazione è costituito dal sistema dei vincoli che la programmazione nazionale pone alle programmazioni regionali e che queste, a loro volta, pongono alle Unità sanitarie locali.

La necessità dei vincoli in un quadro di programmazione è di tutta evidenza, pena il declassamento del processo programmatorio a sterile rappresentazione di intenti.

I vincoli rappresentano la condizione necessaria per rendere armonico il processo di sviluppo e per garantire, nell'interesse generale, l'uniformità dei trattamenti. I vincoli rappresentano, inoltre, la linea di demarcazione invalicabile tra ciò che va sacrificato all'interesse generale e ciò che, invece, è più opportunamente rimesso all'apprezzamento autonomo delle Regioni e delle Unità sanitarie locali. Il sistema dei vincoli assicura la compatibilità economica delle attività programmate con le risorse disponibili e costituisce il termine di riferimento certo per attività di verifica e, all'occorrenza, per interventi correttivi o repressivi.

Esso costituisce, infine, un fattore primario per accrescere la consapevolezza e il senso di responsabilità degli amministratori ai vari livelli di governo.

Un primo vincolo è costituito dall'obbligo di rispettare il tetto di spesa della quota di fondo sanitario assegnata e, all'interno di essa, la destinazione di fondi alle spese correnti o alle spese di investimento.

Per queste ultime, costituiscono ulteriore vincolo il divieto posto dall'articolo 53 della legge n. 833 di destinare alla istituzione di posti letto finanziamenti non esplicitamente indirizzati a tale scopo, nonchè la finalizzazio-

ne degli investimenti concernenti le strutture e i presidi multiregionali.

In senso più generale, va tenuto presente che le assegnazioni in conto capitale costituiscono solo indicazioni finanziarie ai fini della programmazione da parte delle Regioni.

L'assegnazione diviene definitiva nei limiti in cui le esigenze tecniche e operative, puntualizzate dai programmi regionali, siano ritenute conformi alle direttive contenute, allo scopo, nel piano sanitario nazionale approvato dal Parlamento.

Altro vincolo è costituito dall'obbligo di fornire trimestralmente i rendiconti delle spese secondo modalità uniformi fissate in sede centrale, come pure di trasmettere a fine anno la relazione generale con allegati conti consuntivi delle Unità sanitarie locali.

Nel presente piano sanitario costituiscono, altresì, vincolo per le Regioni e, di conseguenza, per le Unità sanitarie locali nei confronti dei piani sanitari regionali, l'attivazione del sistema informativo sanitario e la comunicazione dei dati statistici, epidemiologici, organizzativi e finanziari, necessari rispettivamente per le esigenze centrali e regionali di conoscenza, di analisi, di programmazione e di controllo.

Appartiene, altresì, alla categoria dei vincoli il divieto di utilizzare le risorse destinate alla straordinaria riqualificazione del personale infermieristico e tecnico per concedere surrettizi aumenti di retribuzione al personale o sussidi economici a persone non occupate.

A cavallo tra il sistema dei vincoli e la categoria degli indirizzi generali si collocano i progetti-obiettivo. La loro assunzione nel piano sanitario costituisce obbligo per le Regioni di riferirsi ad essi nelle programmazioni regionali e, in questo senso, l'indicazione vincola l'autonomia regionale. Tuttavia, come è stato illustrato in precedenza, resta integra l'autonomia delle Regioni sia per quanto concerne le modalità di conseguimento dei fini particolari del progetto-obiettivo, sia per quanto concerne la possibilità di prevedere nel piano, in aggiunta, ulteriori progetti-obiettivo, sempre però nel limite delle risorse disponibili.

I progetti-obiettivo, pertanto, sono vincoli in quanto nessuna Regione può sottrarsi all'obbligo di perseguire con la necessaria determinazione gli scopi specifici in essi previsti; ma hanno funzione di indirizzo in quanto costituiscono un termine di riferimento non vincolante per gli aspetti di attuazione.

Un secondo tipo di relazione tra piano nazionale e piani regionali e tra questi ultimi e le attività di gestione delle Unità sanitarie locali è rappresentato dalle indicazioni aventi valore di indirizzo generale. Si tratta di indicazioni contenute nei piani, finalizzate ad assicurare uniformità di attuazione e a segnalare modalità operative pertinenti al conseguimento dei fini delle singole azioni programmatiche. Tuttavia queste indicazioni non hanno il carattere del vincolo, perchè si riconosce più funzionale affidare rispettivamente alle Regioni e alle Unità sanitarie locali la loro determinazione nel concreto delle diverse realtà locali.

Appartengono a questa categoria di riferimento il modello dei servizi; i contenuti di merito dei progetti-obiettivo; le specificazioni delle azioni programmatiche riguardanti la formazione del personale, le modalità organizzative dei sistemi informativi regionali e locali; le iniziative rivolte ai soggetti; le indicazioni concernenti la ricerca applicata; i principi relativi agli indicatori socio-sanitari.

Un discorso a parte va fatto per gli indici e gli *standards*, previsti dall'articolo 53 della legge n. 833, ai quali — almeno in questo primo piano sanitario — si è convenuto di non dare il valore di vincolo, ma di considerarli elementi di indirizzo per l'attività regionale o delle Unità sanitarie locali.

Essi costituiscono, infatti, un riferimento statistico medio ed un obiettivo tendenziale, più che un termine assoluto di riferimento, in presenza di situazioni nosologiche, organizzative, socio-economiche e territoriali assai differenziate, nonchè in presenza di poteri decisionali in grado di valutare meglio convenienze alternative e diversificate prospettive di conseguimento dei fini.

Oltre ai vincoli e agli indirizzi generali, il sistema delle relazioni tra i diversi livelli di programmazione deve tener conto delle direttive nelle materie delegate.

È questa una categoria di indicazioni che fa sorgere obbligo all'organismo delegato di

attenersi, nelle attività delegate, ad alcune fondamentali indicazioni di metodo o di scopo provenienti dall'organismo delegante.

Appartengono, ad esempio, a questo tipo di riferimento le indicazioni di piano, o in esso richiamate, concernenti la zooprofilassi.

Nel momento stesso in cui si definisce un sistema di relazioni, che va dai vincoli tassativi ad ambiti assai ampi di autonomia, si afferma anche l'esigenza di rafforzare il « coordinamento » tra i livelli operativi, mediante una specificazione delle scelte progressivamente sempre più puntuale e mirata al processo generale di attuazione del piano.

Può, pertanto, parlarsi della fase di attuazione della programmazione come di un sistema coordinato di decisioni, le cui modalità di attuazione avranno modo di essere sperimentate e perfezionate nel corso di attuazione di questo primo piano triennale, avendo, comunque, nel dibattito annuale in Parlamento sulla relazione sullo stato sanitario del Paese e nel Consiglio sanitario nazionale la sede idonea per verifiche più puntuali, per l'analisi e per la composizione di eventuali possibili divergenze interpretative in materia di vincoli e di indirizzi.

5. *La fase delle verifiche.*

L'attuazione non può essere concepita, però, come un momento a se stante, nè come un momento di chiusura dell'attività di programmazione; al contrario l'approvazione del piano, dopo i necessari confronti, e la realizzazione concreta delle azioni programmatiche, danno vita ad un processo continuo di verifica e di aggiornamento, che esalta la necessità del collegamento permanente e dei rapporti di reciproca interrelazione tra i vari livelli gestionali preposti all'attuazione del piano.

Il complesso degli strumenti conoscitivi previsti e l'uso degli indicatori socio-sanitari ipotizzati offrono materia per sostanziare questa fase del processo di programmazione.

Essi consentono di mettere a confronto gli effetti sperati e gli effetti conseguiti e danno luogo, a loro volta, ad aggiustamenti e a messe a punto del programma in occasione delle verifiche periodiche. La possibilità di procedere al riadeguamento dei piani nazionali e regionali è agevolata dal nuovo sistema dei bilanci annuali e pluriennali adottato dallo Stato e dalle Regioni.

Si è già motivata la necessità di procedere ad una verifica del primo piano triennale nel corso dell'anno 1980, a causa delle molte novità che si determineranno nel frattempo e che avranno riflessi sulle previsioni programmatiche. A parte questa circostanza contingente, lo scorrimento si impone, comunque, come sistema ordinario di ridefinizione e di puntualizzazione del piano, onde armonizzare il sistema finanziario del settore sanitario al sistema finanziario pubblico statale e regionale che già opera attraverso bilanci annuali, esaminati ogni volta in una prospettiva triennale.

Lo scorrimento deve riguardare, però, la previsione finanziaria del piano, fermi restando gli obiettivi indicati per il triennio, assunti come carattere unificante delle azioni programmatiche in quell'arco temporale.

Sarebbe controproducente modificare anche gli obiettivi in continuazione, perchè occorre assicurare i tempi tecnici necessari all'approntamento e allo svolgimento delle azioni programmatiche di settore, il che non potrebbe avvenire se gli obiettivi cambiassero ogni anno.

6. *Gli interventi in caso di violazione dei vincoli.*

L'aspetto più delicato di tutto il processo programmatorio è quello degli interventi da compiere in caso di violazione dei vincoli o di inerzia pregiudizievole rispetto ad attivtà determinanti per la riuscita del piano. Il Parlamento non ha ritenuto di prevedere meccanismi sostitutivi automatici. Ciò non significa che, in caso di necessità, gli interventi non debbano essere disposti con idonei provvedimenti. Per quanto riguarda i vincoli finanziari, la legge chiama in causa la responsabilità dei Comuni, singoli o associati, e delle Comunità montane, tenuti ad adottare i provvedimenti necessari a riportare in equilibrio

il conto di gestione, e quella degli amministratori e dei responsabili dell'ufficio di direzione della Unità sanitaria locale, responsabili in solido della spesa disposta o autorizzata in eccedenza alla quota di dotazione loro attribuita.

Per i casi di inerzia, invece, oltre all'intervento cogente del Parlamento o politico del Consiglio sanitario nazionale, è da prevedere un approfondimento del problema, che il Governo si impegna a sviluppare, anche ai fini di eventuali iniziative legislative. Non è, infatti, pensabile che l'interesse generale e l'obiettivo strategico dell'eliminazione degli squilibri nelle condizioni di tutela di salute della popolazione possano restare senza garanzie nei confronti di comportamenti pregiudizievoli.

Parte IV

LA SPESA SANITARIA NAZIONALE E REGIONALE

1. *Le indicazioni della legge n. 833.*

Con riferimento agli aspetti economico-finanziari, che costituiscono il contenuto principale del piano sanitario nazionale, la legge n. 833 contiene diverse indicazioni.

Secondo tali indicazioni, il piano sanitario nazionale deve:

stabilire l'importo del fondo sanitario nazionale da iscrivere annualmente nel bilancio dello Stato;

fissare gli indici e gli *standards* nazionali da assumere per la ripartizione del fondo sanitario tra le Regioni;

indicare la destinazione delle risorse per settori fondamentali di intervento, stabilendo limiti differenziati per gruppi di spese correnti e per gli investimenti;

prevedere gli indici nazionali e regionali dei posti letto ospedalieri, in base ai quali destinare gli investimenti, con la sospensione di ogni investimento nelle regioni la cui dotazione di posti letto e di altri presidi e strutture sanitarie raggiunge o supera tali indici;

stabilire gli indirizzi ai quali devono uniformarsi le Regioni nella ripartizione del fondo sanitario alle Unità sanitarie locali;

definire le norme generali di erogazione delle prestazioni sanitarie e le fasi o le modalità della loro unificazione e del corrispondente adeguamento dei contributi assicurativi;

fissare le procedure e le modalità per le verifiche periodiche dello stato di attuazione del piano e della sua idoneità a perseguire gli obiettivi previsti.

2. *Il fondo sanitario nazionale e la spesa sanitaria nazionale per la sanità.*

Tra tali adempimenti, carattere fondamentale e pregiudiziale presenta la determinazione dell'importo del fondo sanitario nazionale destinato al Servizio sanitario nazionale, che, ai sensi dell'articolo 51 della legge n. 833, deve essere annualmente sanzionato con la legge di approvazione del bilancio dello Stato.

Aggiunge l'articolo 51 citato che « gli importi del fondo devono risultare stanziati in distinti capitoli della parte corrente e della parte in conto capitale negli stati di previsione della spesa, rispettivamente, del Ministero del tesoro e del Ministero del bilancio ».

Questa specificazione legislativa risolve il quesito, subito postosi, della composizione del fondo sanitario nazionale e della sua coincidenza o meno con la spesa sanitaria pubblica nazionale.

L'interpretazione accolta dal piano sanitario nazionale è che il fondo sanitario è costituito dall'importo delle risorse finanziarie destinate al finanziamento delle funzioni e delle attività territoriali che sostanziano il Servizio sanitario nazionale, con esclusione delle spese riferite alle amministrazioni regionali e centrali del settore sanitario pubblico, i cui oneri seguitano a gravare rispettivamente sui fondi comuni regionali e sullo stato di previsione del Ministero della sanità e a seguirne gli andamenti generali in materia di contratti di lavoro e di politica economico-finanziaria complessiva.

Per effetto dell'interpretazione accolta, la spesa sanitaria pubblica nazionale non coincide con il fondo sanitario, ma è costituita dalla somma del fondo sanitario nazionale e delle spese che le amministrazioni regionali e l'amministrazione centrale dello Stato sostengono per le funzioni connesse con il Servizio sanitario.

Poichè si tratta di spese di entità non trascurabile, di esse va tenuto conto ai fini della determinazione dell'incidenza della spesa sanitaria complessiva sul prodotto interno lor-

do nonchè ai fini della valutazione della compatibilità di tale spesa complessiva con la politica economica generale del paese.

3. *La spesa sanitaria nazionale nel 1977.*

Ai fini della determinazione del fondo sanitario nazionale per gli anni 1980-82, si è tenuto conto come elemento di partenza della spesa sanitaria accertata nell'anno 1977 ai sensi della legge 4 agosto 1978, n. 461.

Infatti si è ritenuto opportuno partire da un elemento certo e non da dati stimati; peraltro la rilevazione della spesa sanitaria per l'anno 1977 costituisce l'unica rilevazione ufficiale organica e completa, finora effettuata in questo settore.

Il breve tempo accordato dalla legge n. 461 per la rilevazione non ha permesso di compiere tutte le necessarie verifiche sui dati acquisiti. Pertanto i dati complessivi di spesa del 1977, che costituiscono la base di calcolo del presente piano, sono da considerare non definitivi almeno sino al primo aggiornamento di piano previsto per il mese di aprile 1980.

Le operazioni di verifica condotte di concerto tra i Ministeri della sanità, del tesoro e dell'interno, con le Regioni e con gli enti mutualistici, sono in avanzatissima fase di svolgimento. Esse consentono di anticipare che l'entità delle omissioni e degli errori materiali di rilevazione è tale da non modificare la sostanza dell'impostazione finanziaria del piano.

Insieme alle verifiche sulla rilevazione della spesa 1977 sono in corso la valutazione quantitativa degli effetti di provvedimenti legislativi e di accordi di lavoro definiti dopo la presentazione del piano al Consiglio sanitario nazionale nonchè l'approfondimento di alcuni criteri di proiezione delle spese al 1980, che il Consiglio sanitario nazionale ha proposto di verificare rispetto ad altre ipotesi alternative di sviluppo.

Le risultanze di queste verifiche ed approfondimenti costituiranno oggetto del primo aggiornamento del piano previsto per l'aprile 1980.

Va precisato che tale aggiornamento potrà influire sull'entità del fondo sanitario nazionale con la variazione di bilancio che normalmente viene effettuata nel mese di giugno e, quindi, produrre i propri effetti finanziari nello stesso anno 1980, a partire dall'accreditamento alle Regioni della terza quota trimestrale del fondo stesso, con riferimento anche alle due prime trimestralità.

4. *La riallocazione delle risorse.*

Nel determinare l'importo del fondo sanitario nazionale per il triennio 1980-82 e nell'individuare all'interno di esso la destinazione delle risorse per singoli settori di intervento, si è tenuto conto di un duplice obiettivo: riallocare le risorse secondo impieghi alternativi, in base alle indicazioni del piano e al privilegio da accordare alla prevenzione e ai servizi sanitari di base (riallocazione funzionale); distribuire le risorse tra le varie Regioni in modo da perseguire il progressivo riequilibrio territoriale, che costituisce la strategia di fondo del piano sanitario (riallocazione territoriale).

In particolare, per quanto riguarda la riallocazione funzionale, si è tenuto conto che la prevenzione non costituisce una attività settoriale specializzata, abbisognevole di specifici finanziamenti, ma costituisce una modalità di organizzazione e di lavoro dei servizi, soprattutto di base, con possibilità, quindi, di spostare risorse verso questi impieghi nell'ambito dei grandi aggregati di spesa che costituiscono il complesso delle spese correnti.

L'inesistenza, perciò, di specifici finanziamenti sotto il titolo di « prevenzione » non significa dimenticanza, nè trascuratezza verso questo tema strategicamente nodale dell'attività sanitaria. Le risorse da destinare alla prevenzione sono parte di quelle destinate in senso generale ai servizi di base.

L'accentuazione in senso preventivo è da conseguire attraverso la riallocazione funzionale di queste risorse, cioè mediante un diverso uso delle risorse finanizarie a disposizione e del personale in forza, rispetto agli impieghi tradizionali che di essi viene fatto.

Il metodo di rilevazione economico-funzionale adottato per la rendicontazione trimestrale consente di registrare le variazioni di impiego delle risorse all'interno dei grandi aggregati finanziari e permette, quindi, di controllare o di stimolare le varie strategie regionali, con interventi correttivi o promozionali in base all'accertamento di eventuali inadempienze o ritardi.

Per quanto riguarda la riallocazione territoriale delle risorse, essa è stata concepita come progressivo passaggio dalla spesa storica, così come si è venuto determinando sin ora, ad una spesa *pro-capite* riferita alla popolazione residente, corretta sulla base di opportuni indicatori epidemiologici.

La necessità di tenere conto delle occorrenze finanziarie derivanti dalle situazioni in atto e di procedere, tuttavia, decisamente verso il traguardo dell'eguaglianza territoriale nelle condizioni di tutela della salute hanno indotto a ripartire in sei anni il processo di riequilibrio delle risorse, adottando sin d'ora, in attesa di specifiche indicazioni epidemiologiche, tra fattori di correzione, correlati alle situazioni regionali della mortalità infantile, della mortalità tra gli ultrasessantenni e degli infortuni sul lavoro.

Tali indicatori, scelti in mancanza di altre attendibili informazioni epidemiologiche, hanno valore convenzionale e come tali il loro uso può anche essere discusso, al pari però di qualsiasi altro fattore empirico di correzione.

L'impiego degli indicatori scelti, tuttavia, si muove nel senso della strategia generale di piano in quanto agevola sia la riallocazione funzionale che quella territoriale delle risorse.

5. *Vincoli nell'impiego delle risorse e autonomia delle Regioni.*

L'interpretazione del punto *c*) dell'articolo 53 della legge n. 833, e cioè la possibilità di vincolare la destinazione delle risorse nei settori fondamentali di intervento al di là della differenziazione in spesa corrente e in spesa di investimento, ha costituito materia di dibattito nella fase di elaborazione della proposta di piano sanitario nazionale.

L'interpretazione adottata è stata quella dell'impossibilità giuridica, e della inopportunità pratica, di porre vincoli specifici nell'impiego delle quote di fondo sanitario di forte corrente specie in questo primo piano sanitario nel quale le situazioni organizzative di partenza sono quanto mai eterogenee, il che rende necessarie strategie differenziali di riallocazione funzionale delle risorse all'interno dei grandi aggregati di spesa.

Tuttavia, poichè una materia tanto delicata non può essere lasciata senza opportuni riferimenti, e senza accurati controlli, sono stati introdotti alcuni vincoli di destinazione per l'impiego obbligatorio di un minimo di risorse in talune qualificate attività innovative; inoltre è stato sancito l'obbligo della rendicontazione trimestrale secondo uno schema economico-funzionale che consente di verificare l'effettivo comportamente delle Unità sanitarie locali e delle Regioni e la rispondenza delle modificazioni di flusso finanziario alle strategie di impiego delineate dal piano sanitario.

L'entità delle risorse destinate agli impieghi sanitari incide in misura rilevante sul disavanzo pubblico allargato. Quest'ultimo, peraltro, ha raggiunto un livello tale da rendere necessaria la massima determinazione nel controllo della spesa, non solo come doveroso esercizio di una funzione propria dell'autorità centrale, ma anche con riferimento all'attuale grave situazione congiunturale.

Donde l'importanza di attivare specifici strumenti di controllo, alcuni dei quali sono stati anticipati nel disegno di legge finanziario per il 1980, in attesa di essere ricompresi in un organico sistema di controllo, da mettere a punto nel quadro di una delle azioni programmatiche previste per il triennio 1980-1982.

Tuttavia, per quanto concerne la spesa sanitaria, non è sufficiente il sistema dei controlli a posteriori, ancorchè tempestivamente effettuati.

Il settore sanitario, infatti, è caratterizzato da un ampio decentramento dei centri ordinatori di spesa (Regioni, Unità sanitarie locali, medici convenzionati, eccetera) e non sempre questi — come nel caso dei medici — sono soggetti istituzionali tenuti al rispetto vincolante di limiti di bilancio.

Pertanto, la strategia del controllo della spesa sanitaria deve spingersi oltre il momento della rendicontazione trimestrale e del controllo di cassa tramite le Tesorerie provinciali, previsto dalla legge finanziaria, per giungere sino ad elaborare appositi « indicatori » sintetici da usare anche a livello dei singoli ordinatori di spesa, che valgano sia a consentire a questi ultimi di valutare gli effetti economici delle proprie decisioni « all'atto di assumerle », sia agli organi di governo ai vari livelli per controllare più puntualmente il comportamento complessivo dei vari ordinatori di spesa rispetto agli indicatori stessi.

Gli studi necessari per la messa a punto di un completo ed efficiente sistema di controllo, ispirato ai princìpi anzidetti, sono già in corso. È ferma intenzione del Governo rendere operativo il sistema al più presto; l'aggiornamento del piano previsto per il prossimo mese di aprile offrirà l'occasione per formalizzare gli aspetti procedurali abbisognevoli di una disciplina uniforme a livello nazionale.

6. *La programmazione per scorrimento.*

Le disposizioni vigenti in materia di bilancio dello Stato hanno consentito di adottare una programmazione per scorrimento, ossia un tipo di programmazione che fissa ogni tre anni gli obiettivi generali da conseguire, ma che accerta ogni anno, sulla base delle indicazioni desunte attraverso il sistema informativo, il grado di attuazione del piano sanitario e ne rideterminа più puntualmente l'operatività concreta anche in termini finanziari attraverso gli aggiornamenti annuali del piano stesso.

Questa flessibilità appare quanto mai opportuna per rendere realistica l'attuazione di piani sanitari, specie in questo primo triennio, come per altro hanno bene evidenziato le osservazioni in merito del Consiglio sanitario nazionale.

7. *Le spese di investimento.*

Per quanto concerne le spese di investimento, in conformità dell'articolo 53 della legge n. 833, il piano contiene indicazioni vincolanti sull'impiego delle risorse in materia di costruzioni ospedaliere, di costruzione o ristrutturazione di presidi sanitari alternativi all'ospedale e di manutenzioni straordinarie o adeguamenti tecnologici.

Circa gli adeguamenti tecnologici il Consiglio sanitario nazionale ha giudicato sottostimato il dato e ha proposto un aumento dello stanziamento complessivo nel triennio da 333 a 900 miliardi. Il Consiglio ha altresì proposto di elevare lo stanziamento per l'edilizia ospedaliera alle Regioni con dotazione di posti letto insufficiente in misura tale da consentire, laddove i progetti esecutivi sono già operativi, di anticipare il termine del completamento ospedaliero a questo primo triennio, senza attendere il secondo piano triennale e con esso l'inevitabile rincaro degli adeguamenti-prezzo.

Le proposte appaiono fondate e, pertanto, viene rimesso al Parlamento di valutare la possibilità di accoglierle favorevolmente.

Nel documento « Indicazioni analitiche del procedimento di determinazione degli aggregati di spesa del fondo sanitario nazionale », allegato alla presente relazione, sono illustrati i criteri di calcolo seguiti per le determinazioni economico-finanziarie contenute nel piano sanitario nazionale per il triennio 1980-82.

DISPOSITIVO DEL PIANO SANITARIO NAZIONALE PER IL TRIENNIO 1980-82

A) PRINCIPI GENERALI

1. Il triennio 1980-82 viene individuato come l'arco di tempo necessario per avviare in maniera significativa e irreversibile il mutamento del sistema sanitario, secondo le indicazioni della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

2. Le modificazioni istituzionali conseguenti alla legge 22 luglio 1975, n. 382, nella specificazione datane dalla legge n. 833, rappresentano l'innovazione strutturale idonea a garantire tale mutamento.

3. Il processo di riforma sanitaria all'interno del paese va associato al contemporaneo processo di coordinamento in campo sanitario con l'Europa, attraverso l'intensificazione dei legami e dei rapporti con gli organismi comunitari e con i sistemi sanitari degli altri paesi.

4. La programmazione viene adottata come metodo ordinario di governo, ai vari livelli istituzionali, per la gestione delle risorse e per la guida coordinata del processo di trasformazione del sistema sanitario.

5. La programmazione viene intesa come una successione ciclica di adempimenti di istruttoria, di definizione normativa, di attuazione, di verifica e di riadeguamento dei documenti di piano, da compiersi con le Regioni, contitolari della potestà programmatoria, per quanto concerne il piano sanitario nazionale, e con il concorso degli enti locali e delle altre istituzioni e organizzazioni sociali interessate, per quanto concerne i piani sanitari regionali.

6. In coerenza con la legge finanziaria del 21 dicembre 1978, n. 843, viene adottata la programmazione del tipo « per scorrimento », consistente nella determinazione triennale degli obiettivi di piano e nella verifica annuale dei risultati conseguiti, allo scopo di assestare di anno in anno le indicazioni finanziarie in un quadro previsionale generale riferito ogni volta al triennio successivo.

7. La programmazione sanitaria, in quanto programmazione di settore, va raccordata con la programmazione economica generale.

A livello nazionale tale raccordo deve essere realizzato con il piano economico triennale; a livello regionale con i piani regionali di sviluppo economico.

8. Il raccordo della programmazione settoriale sanitaria con la programmazione economica va finalizzato alla verifica della compatibilità delle spese di settore con la situazione economica generale; all'esame della coerenza tra gli obiettivi particolari in campo sanitario e la strategia generale di sviluppo del paese o della singola regione; alla individuazione di possibili iniziative intersettoriali suscettibili di contribuire alla soluzione di problemi sanitari, con particolare riferimento ai progetti-obiettivo.

9. Costituiscono condizione necessaria per una positiva attuazione del piano sanitario nazionale 1980-82:

a) la costituzione delle unità sanitarie locali entro il 31 dicembre 1979;

b) il sistematico ed operativo raccordo tra l'amministrazione centrale dello Stato, le Regioni e le forze sociali all'interno del Consiglio sanitario nazionale;

c) la massima coerenza della legislazione di attuazione, sia nazionale che regionale, con le indicazioni della legge n. 833 e

con le specificazioni del piano sanitario nazionale;

d) la definizione di modalità più flessibili di utilizzo del personale del Servizio sanitario nazionale, che, nella salvaguardia delle aspettative degli interessati, ridia elasticità all'impiego delle risorse umane, le quali costituiscono, in termini finanziari, uno dei vincoli maggiori alla riallocazione delle risorse;

e) l'assegnazione tempestiva alle unità sanitarie locali del personale occorrente, sia quantitativamente che qualitativamente, e la rapida effettuazione di iniziative straordinarie di riqualificazione per assicurare agli enti locali le competenze necessarie alla gestione della totalità dei servizi sanitari;

f) l'applicazione integrale delle convenzioni uniche ed in particolare della convenzione unica per l'assistenza medico-generica e pediatrica, con il relativo completamento delle operazioni di scelta del medico di fiducia.

10. Costituiscono presupposto di rilievo ai fini del processo di trasformazione del sistema sanitario e, per conseguenza, rappresentano un fattore condizionante per il successo di alcune specifiche azioni programmatiche:

a) la riforma degli studi di medicina, con la connessa definizione dei problemi della programmazione degli accessi, della istituzione del corso di laurea in odontoiatria, della disciplina dei diplomi universitari e della regolamentazione delle specializzazioni in accordo con le direttive comunitarie;

b) la sollecita ripresentazione in Parlamento e l'approvazione dei disegni di legge concernenti la « legge-quadro sulla formazione, aggiornamento, specializzazione e riqualificazione professionale degli operatori e dei tecnici sanitari » e la « riqualificazione professionale straordinaria degli infermieri generici e degli infermieri volontari della Croce rossa italiana »;

c) la riorganizzazione dell'assistenza sociale, recuperando concettualmente e nella concretezza delle realizzazioni la integrazione organica tra il settore sanitario e il settore dell'assistenza che il decreto del Presidente della Repubblica n. 616 e la legge n. 833 all'articolo 15 espressamente prevedono.

B) OBIETTIVI E AZIONI PROGRAMMATICHE PER IL TRIENNO 1980-82

11. Gli obiettivi di carattere strategico che il piano sanitario nazionale indica per il triennio 1980-82 sono:

a) la tutela della salute in termini di intervento unitario e globale, centrato sulla prevenzione e sui servizi sanitari di base;

b) il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie, con particolare riferimento al Mezzogiorno, ma anche alle zone extraurbane, montane e ai suburbi cittadini;

c) l'aumento della produttività della spesa sanitaria, in termini di efficienza dei servizi e di efficacia dell'impiego delle risorse, misurata rispetto ai benefici conseguiti.

12. Le azioni programmatiche stabilite per il triennio 1980-82 sono costituite da interventi settoriali, ricomprendenti in sè la globalità degli interventi necessari per il conseguimento di specifici obiettivi, in un quadro di coerenza con gli obiettivi strategici del triennio; tali azioni settoriali debbono, però, ricomporsi a livello territoriale in una sintesi organica volta a perseguire l'unitarietà delle azioni a tutela della salute dell'uomo e la compatibilità finanziaria di ogni singolo intervento di settore con il quadro d'assieme dei flussi finanziari.

13. Le azioni programmatiche fissate per il triennio 1980-82 sono le seguenti:

a) la strutturazione organica dei servizi;

b) l'estensione dell'assistenza sanitaria a tutta la popolazione e l'unificazione delle prestazioni sanitarie;

c) i progetti-obiettivo: « lotta alla mortalità infantile e tutela della salute nell'età

evolutiva »; « tutela della salute degli anziani »; « tutela della salute dei lavoratori in ambiente di lavoro »;

d) la formazione del personale;

e) l'attivazione degli strumenti conoscitivi;

f) le iniziative rivolte ai soggetti del processo di riforma sanitaria;

g) le iniziative nel campo della ricerca sanitaria finalizzata;

h) l'adeguamento della struttura centrale;

i) la definizione di un sistema di indicatori socio-sanitari per il controllo di attuazione del piano;

l) le azioni finalizzate al risparmio.

C) IL MODELLO DEI SERVIZI

14. Lo scopo fondamentale dell'azione programmatica « La strutturazione organica dei servizi » è quello di dotare il Servizio sanitario nazionale dello strumento operativo occorrente per l'assolvimento dei compiti istituzionali e, quindi, per l'attuazione delle azioni programmatiche di merito.

Altri scopi dell'azione sono:

a) assicurare un preciso riferimento strutturale all'operazione di confluenza dei servizi degli enti che vengono, in tutto o in parte, assorbiti dal Servizio sanitario nazionale e all'inserimento del relativo personale, in una situazione di continuità assistenziale;

b) utilizzare la suindicata operazione di confluenza dei servizi per realizzare le condizioni strutturali necessarie alla unitarietà e alla globalità degli interventi a tutela della salute dei cittadini;

c) applicare alle soluzioni organizzative i criteri precettivi illustrati al punto 12, ai fini dell'integrazione organica dei servizi settoriali a livello territoriale.

15. Con riferimento agli scopi indicati al punto precedente, il piano sanitario nazionale:

a) individua il « livello territoriale regionale » come il livello ottimale per le funzioni di programmazione, di promozione, di coordinamento, di verifica del sistema dei servizi sanitari e per la complessiva integrazione organica dei servizi stessi ai fini della ricollocazione funzionale e territoriale del personale;

b) individua il « livello territoriale dell'unità sanitaria locale », come livello specifico della gestione politico-amministrativa e della integrazione organica di tutti i presidi e servizi destinati all'assistenza sanitaria, ubicati nel territorio di competenza, e come sede propria della partecipazione istituzionalizzata alla gestione politica e amministrativa del complesso dei servizi;

c) individua il « livello territoriale del distretto sanitario » come livello ottimale, non istituzionale, per la integrazione funzionale delle attività destinate agli interventi di base e come sede propria della partecipazione, anche spontanea, degli utenti e degli operatori alla gestione sociale dei servizi e alla verifica democratica del loro funzionamento.

16. L'autonomia organizzativa attribuita alle Regioni dalla legge n. 833 e la opportunità di adeguare le soluzioni organizzative alla specificità delle realtà locali controindicano la definizione di un modello dei servizi rigido, da valere per tutte le situazioni.

Vi sono, tuttavia, dei princìpi generali ai quali debbono ispirarsi le decisioni regionali in materia, a garanzia dell'unitarietà del Servizio sanitario nazionale e dell'uniformità del trattamento assistenziale da riconoscere ai cittadini, anche nella loro mobilità sul territorio nazionale.

I princìpi di carattere generale in materia di modello dei servizi sono:

a) la congruità tra la natura e l'ampiezza dei bisogni da soddisfare e la risposta organizzativa che si intende realizzare;

b) la ricomposizione unitaria, a livello territoriale, delle diverse attività settoriali, privilegiando in questa direzione i servizi distrettuali di base.

La ricomposizione delle attività di settore a livello territoriale costituisce la modalità funzionale per dare unità sostanziale

agli interventi di prevenzione, di diagnosi e cura e di riabilitazione.

17. Per quanto riguarda il livello distrettuale, vanno tenuti presente i seguenti indirizzi generali:

a) nella globalità degli interventi di base sono da recuperare sia il personale degli enti locali e dei servizi pubblici territoriali, sia il personale convenzionato a rapporto libero-professionale. L'occasione deve servire per operare una sostanziale rivalutazione e valorizzazione del ruolo del medico di base, e del personale sanitario che con esso collabora;

b) l'integrale applicazione delle convenzioni uniche deve essere colta come modalità per realizzare una più equilibrata e capillare distribuzione di medici generici, di pediatri, di specialisti e di ostetriche nel territorio. Essa deve servire, altresì, per coinvolgere tale personale in attività di prevenzione e di sanità pubblica, nel quadro di una politica di « servizi che vanno verso gli utenti » e di una organizzazione decentrata che tende a erogare la maggior parte delle prestazioni nel luogo dove gli utenti vivono, studiano, lavorano;

c) nella salvaguardia della natura libero professionale del rapporto con i medici convenzionati, va perseguita l'integrazione « funzionale » della loro attività entro il servizio pubblico, nelle seguenti direzioni:

verso le attività rivolte alla vigilanza dell'ambiente naturale, di vita e di lavoro, nell'assunto che la prevenzione non è attribuzione specifica di un apposito settore, ma l'espressione costante dell'attenzione di « tutti » gli operatori dei servizi di base verso le cause di turbamento delle condizioni di salute;

verso l'area delle attività specialistiche e diagnostico-curative, traducendo in comportamenti coerenti le regole indicate dalla convenzione e rese esplicite da apposite direttive del Comitato centrale di liquidazione degli enti mutualistici tuttora valide e vigenti;

verso i servizi sociali, data la labilità dei confini, a livello distrettuale, tra espressioni sanitarie e espressioni di tipo genericamente sociali, dei bisogni e dei disagi che sovente i cittadini esprimono;

d) a questo livello va favorita nel massimo grado la residenzialità degli operatori sanitari;

e) parimenti va favorito il lavoro di gruppo e il lavoro interdisciplinare, propiziando la più diffusa presenza nel territorio, anche ad accesso, di essenziali funzioni specialistiche quali l'odontoiatria, l'ostetricia e ginecologia, la psichiatria.

18. Nell'organizzare l'area dei servizi specialistici — che vanno ricompresi tra le funzioni integrate dei servizi di base — si deve tenere conto dei seguenti indirizzi generali:

a) rendere effettiva l'integrazione con le altre strutture, presidi e servizi presenti nel territorio, tanto in termini di attività, quanto in termini di contatti e di interscambio di personale;

b) dotare le strutture specialistiche di personale tecnicamente preparato e di attrezzature tecnico-strumentali adeguate in quantità sufficiente per massimizzare il rendimento delle strutture stesse in termini di qualità e di sollecitudine delle prestazioni svolte e di efficacia nel rendimento costi-benefici;

c) realizzare la continuità dell'intervento specialistico quando si richiedono prestazioni ulteriori non affidabili al medico di base e non necessitanti il passaggio ad altre, più complesse competenze specialistiche o ospedaliere;

d) proiettare l'attività dei servizi specialistici anche verso l'ambiente di vita e di lavoro con programmi di attività finalizzati, sia per iniziativa dei servizi di base, sia per iniziativa dei servizi specialistici, ma in coordinamento con i primi;

e) ripensare la struttura del poliambulatorio nella logica del nuovo sistema sanitario, per farne un centro polivalente, alternativo all'ospedale, per tutte quelle attività che non richiedono il ricovero.

Presso di esso sono da prevedere, in una prospettiva di progressive integrazioni:

i servizi specialistici;

i servizi di diagnosi strumentale;

i servizi di riabilitazione di carattere normale;

la sede della guardia medica e del pronto intervento;

la sede del servizio infermieristico domiciliare;

possibili attività di ricovero a tempo parziale (centri diurni o *day-hospitals*);

la sede di attività consultoriali, sia stabili, sia ad accesso;

la sede per attività di incontro tra popolazione e operatori del servizio;

la sede unificata dell'ambulatorio di medici dei servizi di base che hanno optato per il lavoro di gruppo;

f) utilizzare il poliambulatorio specialistico così ripensato come lo strumento principale per la funzione di filtro ai ricoveri e per la dimissione protetta dei degenti.

19. L'Unità sanitaria locale costituisce il livello istituzionale specifico della gestione politico-amministrativa e dell'organizzazione « unitaria e globale » di tutti i presidi e servizi che insistono nell'ambito del territorio di competenza.

Essa rappresenta, altresì, il momento di coordinamento tecnico-funzionale di tutti i servizi e presidi operanti in tale territorio.

20. Nell'ambito del coordinamento svolto dall'Unità sanitaria locale, una particolare attenzione va rivolta all'integrazione delle funzioni ospedaliere nel complesso dei servizi territoriali, in dipendenza della cessazione degli enti ospedalieri.

Gli indirizzi generali da tenere presente al riguardo sono:

raccordare i servizi di degenza ai servizi di base e specialistici, sia *intra* che *extra*-ospedalieri, spostando progressivamente il baricentro assistenziale dal presidio « ospedale » ai servizi distrettuali di base;

riqualificare la funzione ospedaliera restituendola ai compiti specifici dell'assistenza sanitaria agli ammalati acuti in regime di ricovero, affidati a personale con adeguata preparazione tecnico-professionale, operante all'interno di moduli organizzativi più confacenti al nuovo disegno strategico di tutela della salute.

21. Applicando tali princìpi, il problema della dotazione di posti-letto va affrontato con criteri differenti. Il parametro posti-letto/abitanti va sostituito con un indicatore di sintesi della « dotazione aggregata di servizi di base, specialistici e ospedalieri » che tenga conto, per questi ultimi, dell'indice di occupazione, del tasso di spedalizzazione e della durata media delle degenze.

In attesa di determinare tale indicatore in base a più documentati elementi di conoscenza, l'obiettivo del primo piano sanitario è di far sì che la situazione integrata al termine del primo triennio sia più prossima in tutte le Regioni alla « media » attualmente rilevata di 6 posti-letto per mille abitanti, considerata come il riferimento empirico che esprime, allo stato dei fatti, il minor squilibrio possibile rispetto alle situazioni estreme esistenti.

Nelle Regioni dove la dotazione di posti-letto è inferiore alla media nazionale si può procedere al completamento di costruzioni in corso o a nuove costruzioni, usando gli appositi stanziamenti in conto capitale, da erogare in relazione allo stato di progresso delle relative progettazioni esecutive, con l'avvertenza che il potenziamento dei servizi può anche avvenire non necessariamente in direzione ospedaliera.

È auspicabile che l'obiettivo del riequilibrio, sotto questo aspetto, possa essere conseguito già nel corso del primo triennio.

Nelle Regioni dove la dotazione di posti-letto è superiore alla media nazionale si deve procedere con gradualità, ma senza incertezze, alla riconversione di parte dell'attività ospedaliera in altre funzioni sanitarie o sociali, secondo modalità e opportunità rimesse all'apprezzamento dei piani regionali.

L'obiettivo del riequilibrio sotto questo aspetto è da perseguire nell'arco di due piani sanitari.

22. In tutte le Regioni, a prescindere dalla dotazione di posti-letto, in connessione con la riorganizzazione integrata dei servizi va attivato un processo di riqualificazione interna dei presidi ospedalieri, che tenga conto dei seguenti indirizzi generali:

il superamento delle distinzioni rigide tra le divisioni e la realizzazione di aree dipartimentali per grandi blocchi di funzioni, all'interno dei quali siano praticate forme di lavoro interdisciplinare, modalità più flessibili di utilizzazione dei posti-letto complessivamente compresi nell'area dipartimentale, e forme di integrazione con i servizi ambulatoriali specialistici e di base extraospedalieri, riaprendo l'ospedale alla collaborazione dei medici curanti di famiglia e proiettando, per contro, il personale ospedaliero, specie a tempo pieno, in attività territoriali a supporto dei servizi di base;

l'eliminazione delle strozzature organizzative, che si ripercuotono negativamente sull'attività complessiva del presidio ospedaliero, con particolare riferimento ai servizi di diagnosi strumentale, alle accettazioni, ai reparti operatori e ai servizi economali;

l'utilizzazione ottimale delle attrezzature, dimensionandone l'entità alle reali possibilità di impiego e di utenza, curandone la manutenzione e migliorando il grado di preparazione degli addetti;

la promozione di iniziative nel settore amministrativo-gestionale tendenti a realizzare risparmi.

Come effetto di tale processo di riqualificazione, si indicano i risultati « tendenziali » da conseguire al termine del triennio:

tasso di occupazione dei posti-letto: 85 per cento;

durata media delle degenze: giorni 9;

frequenza di ricovero: 14 per cento.

23. L'organo di gestione e la struttura centrale delle unità sanitarie locali condividono la responsabilità dell'organizzazione e del coordinamento dei servizi, nell'ambito delle rispettive competenze.

All'organo di gestione fanno capo le decisioni amministrative e gestionali; alla struttura centrale fanno capo le attività di direzione tecnico-sanitaria e amministrativa e le funzioni di coordinamento operativo dei servizi.

La disciplina di questa materia è rimessa alla legge regionale nel rispetto delle indicazioni di principio fissate dalla legge n. 833.

Oltre a quanto sarà stabilito in materia dai decreti delegati sullo stato giuridico del personale del servizio sanitario nazionale e a quanto potrà essere convenuto in sede di contrattazione sindacale, sono da tenere presenti i seguenti princìpi generali:

qualsiasi soluzione venga adottata, deve chiaramente essere rispettato il principio della responsabilità diretta delle persone preposte alle funzioni amministrativo-gestionali e a quelle di direzione e coordinamento dei servizi. La responsabilità deve essere individuata con riferimento ad ambiti prefissati di attribuzioni e alla precisazione dei poteri e degli obblighi che a tali attribuzioni si connettono;

va perseguita la massima valorizzazione della professionalità, già posseduta o da fare acquisire attraverso apposite iniziative di riqualificazione;

la definizione dei nuovi schemi organizzativi e di coordinamento dei servizi va colta come occasione per sottoporre a riesame le procedure di lavoro, allo scopo di eliminare tutto ciò che è superfluo, duplicato, antieconomico.

24. In materia di « servizi multizonali » sono da tenere presenti i seguenti princìpi di carattere generale:

a) la definizione dei servizi multizonali deve essere basata non solo sull'ampiezza del bacino di alimentazione, ma anche sulla frequenza con la quale i bisogni si manifestano;

b) la sfera di attività dei laboratori di sanità pubblica, che costituiscono il principale servizio multizonale nel settore dell'igiene pubblica e del controllo dell'ambiente, è costituita dall'ambiente esterno ed ha per fine il concorso all'attuazione degli interventi di prevenzione primaria;

c) ad ogni laboratorio può essere affidato lo « sviluppo » di un particolare settore di attività per tutto l'ambito regionale, mentre per le funzioni ordinarie ogni laboratorio provvede per l'ambito territoriale di competenza;

d) nei laboratori di sanità pubblica non debbono essere eseguite analisi cliniche in campo umano ai fini diagnostici. Queste sono da riservare alla competenza esclusiva dei servizi poliambulatoriali, ospedalieri o dei laboratori convenzionati delle unità sanitarie locali;

e) ai laboratori di sanità pubblica, in ragione della propria specializzazione, deve essere affidata la funzione di revisione delle analisi nell'ambito territoriale regionale, in base alle metodiche, alle procedure per il controllo di qualità delle determinazioni analitiche e agli *standards* fissati dall'Istituto superiore di sanità e dall'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro;

f) i laboratori di sanità pubblica debbono partecipare ai programmi di formazione e di aggiornamento del personale del servizio sanitario nazionale e ai programmi di educazione sanitaria.

g) le funzioni multizonali specialistiche ospedaliere sono aggregabili a qualsiasi presidio di ricovero e cura nel rispetto delle specifiche scale di utenza, riferite a precise e documentate patologie, tenendo conto del grado di complessità tecnica del servizio, della necessità di eventuali competenze accessorie e dell'equilibrio tra l'utilità e la convenienza gestionale.

In nessun caso la presenza di servizi specialistici multizonali può essere ampliata al punto di dar vita a presidi ospedalieri monospecialistici.

25. Nel quadro dei servizi multizonali, una particolare attenzione va riservata alle funzioni la cui utenza si allarga, di necessità, oltre l'ambito territoriale di una singola regione.

L'esperienza insegna che si tratta di situazioni sempre in divenire perchè, superata la fase innovativa, le strutture iniziali finiscono per irradiare all'esterno le capacità professionali e le conoscenze tecnologiche necessarie per un decentramento qualitativamente ed economicamente compatibile.

Per salvaguardare l'interesse generale e rispettare l'integrità delle funzioni programmatorie delle singole regioni e quelle gestionali delle singole unità sanitarie locali, vengono fissati i seguenti princìpi di carattere generale:

a) è riservata al Ministero della sanità e al Consiglio sanitario nazionale, per la rispettiva competenza, la definizione tipologica degli *standards* quali-quantitativi e della soglia minima di utenza per le funzioni multizonali che si allargano oltre l'ambito di una singola regione nonchè agli organi predetti, di concerto con il Ministero della pubblica istruzione, la definizione delle analoghe funzioni che sono svolte da strutture universitarie convenzionate che, per assolvere ai loro compiti istituzionali, didattici e di ricerca, devono costituire bacini di utenza allargata;

b) è riservato ad accordi tra tutte le Regioni, da definire a livello centrale in occasione delle annuali approvazioni o revisioni del piano sanitario, e in sede di attuazione alle derivate programmazioni regionali — nel rispetto degli *standards* e dei limiti di soglia definiti — l'impianto di nuovi presidi e il potenziamento di quelli già istituiti. Per gli aspetti delle programmazioni regionali che coinvolgono strutture universitarie, va data puntuale attuazione agli articoli 11 e 39 della legge n. 833, che prevedono la partecipazione delle università al processo programmatorio e in particolare l'intesa tra le Regioni e le università per la istituzione di strutture universitarie

comportanti nuovi oneri a carico del Fondo sanitario nazionale;

c) è riservata a meccanismi di compensazione, operanti tra Regioni a livello di fondo sanitario nazionale, la soluzione dei relativi problemi gestionali per la parte delle spese correnti.

26. La legge regionale determina l'organizzazione della struttura preposta, a livello regionale, ai compiti propri della Regione e che comprendono la programmazione socio-sanitaria e la pianificazione dei servizi; l'indirizzo, la vigilanza e il coordinamento delle attività sanitarie gestite dagli enti locali; la ripartizione e il controllo del fondo sanitario regionale; la gestione del ruolo unico del personale delle unità sanitarie locali; la promozione di iniziative regionali di formazione degli operatori; l'organizzazione degli approvvigionamenti; la strategia gestionale in materia patrimoniale; la gestione del sistema informativo sanitario regionale; le relazioni con i settori che interagiscono con quello della sanità.

Il criterio generale cui deve ispirarsi l'ampia autonomia di cui le Regioni godono in materia è di garantire un adeguato tecnicismo professionale ai settori preposti alle singole attività, avendo cura di ricomporre funzionalmente tali competenze settoriali per aree di intervento, attraverso modalità organizzative che possono essere diverse ma nelle quali la collegialità non deve mai andare a discapito della responsabilizzazione diretta dei preposti a specifiche funzioni.

27. Nello stabilire il modello dei servizi, va tenuto conto anche delle specificità professionali, di tipo settoriale, che integrano l'analisi funzionale secondo gli aggregati di livello territoriale sin qui condotta.

Vengono in risalto, sotto questo aspetto, le attività di vigilanza igienica dell'ambiente, cui si riconnettono importanti funzioni amministrative, autoritative e di medicina legale; le attività di vigilanza igienica degli alimenti e delle bevande; le attività veterinarie con i connessi problemi di definizione di ambiti territoriali non sempre coincidenti con quelli delle Unità sanitarie locali, pur nel rispetto dell'unitaria funzione gestionale attribuita a queste ultime; le attività di diagnosi e cura, con i rilevanti campi di applicazione costituiti dalla gestione delle convenzioni uniche, dalle attività specialistiche poliambulatoriali, dalle attività ospedaliere e dalla materia dei farmaci nelle diverse implicazioni; le attività di formazione del personale; le attività amministrative, gestionali e di servizi strumentali.

Il modello dei servizi che ne risulta contiene sufficienti specificazioni per assicurare l'uniformità essenziale richiesta per i fini del servizio sanitario nazionale, pur lasciando margini alla autonomia delle Regioni di adeguare il modello stesso alla specificità delle realtà sanitarie ed organizzative locali.

D) L'ASSISTENZA SANITARIA A TUTTA LA POPOLAZIONE

28. Lo scopo dell'azione programmatica « Estensione dell'assistenza sanitaria a tutta la popolazione e unificazione delle prestazioni sanitarie » è quello di rendere tutti i cittadini uguali rispetto alla tutela della salute, superando definitivamente il criterio dell'assistenza per categorie.

29. Gli obiettivi specifici da conseguire nel triennio sono:

a) assicurare l'erogazione delle prestazioni sanitarie a tutta la popolazione sin dal 1° gennaio 1980;

b) ripensare e tradurre operativamente il concetto di « prestazione » in termini di « qualità e quantità di servizi » a disposizione della popolazione di un dato ambito territoriale;

c) interpretare e tradurre operativamente il concetto di « livello di prestazione » in termini di « soglia minima » di servizio da assicurare ovunque e di « rapporto ottimale » tra la quantità di popolazione da servire e la dotazione di servizi.

30. Gli interventi da effettuare per l'attuazione di questa azione programmatica sono:

a) emanare entro il 31 dicembre 1979, in conformità all'articolo 57 della legge n. 833, sentito il Consiglio sanitario nazionale e previa deliberazione del Consiglio dei ministri, i decreti del Presidente della Repubblica per l'unificazione dei livelli delle prestazioni sanitarie già erogate dai disciolti enti mutualistici;

b) entro la stessa data, con decreti del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro del lavoro di concerto con i Ministri del tesoro e della sanità, disciplinare l'adeguamento della partecipazione contributiva degli assistiti;

c) rivolgere indistintamente a tutti i cittadini, in maniera uniforme, le attività dei servizi a decorrere dal 1° gennaio 1980;

d) realizzare gradualmente la necessaria dotazione di servizi su tutto il territorio, in misura uniforme per l'assistenza di base e in misura articolata, in rapporto alle diverse esigenze territoriali, per i servizi di tipo specialistico;

e) assicurare per l'anno 1980 a tutti i cittadini le prestazioni integrative ordinarie di carattere sanitario già erogate agli assistiti del disciolto INAM e verificare di anno in anno la compatibilità di tali prestazioni con le disponibilità del fondo sanitario nazionale.

E) I PROGETTI-OBIETTIVO

31. Si definisce progetto-obiettivo l'assunzione tra le indicazioni di piano di un impegno operativo in un particolare campo della tutela della salute, idoneo a fungere da polo di aggregazione di attività molteplici, sia proprie della struttura sanitaria — che viene mobilitata in tutte le sue componenti nel perseguimento dei fini del progetto obiettivo — sia proprie di altri settori dell'azione pubblica che possono rivelarsi utili anche per gli scopi di tutela sanitaria specificamente perseguiti nel periodo di validità del piano. La concentrazione intersettoriale degli impegni trova nella programmazione economica generale, nazionale e regionale, il suo momento di sintesi e di determinazione degli apporti qualitativi e quantitativi dei vari settori; restando affidato alla programmazione settoriale sanitaria di indicare i modi in cui tali apporti possono saldarsi all'iniziativa propria del Servizio sanitario nazionale.

32. Lo scopo del progetto-obiettivo « Lotta alla mortalità infantile e tutela della salute nell'età evolutiva » è quello di abbattere l'alto quoziente nazionale di mortalità perinatale e di mortalità infantile e di eliminare i forti squilibri che tale fenomeno presenta tra le varie Regioni.

33. Gli obiettivi specifici da raggiungere nel triennio sono:

a) tendere a ridurre a zero la mortalità materna in occasione dei parti;

b) ottenere l'abbassamento del quoziente di mortalità infantile a valori prossimi al 10 per mille in tutte le Regioni;

c) ridurre a zero i morti per malattia emolitica del neonato, da iso-immunizzazione per fattore Rh materno-infantile;

d) ridurre a zero i morti per eredolues;

e) generalizzare la pratica degli esami neo-natali;

f) migliorare le condizioni di salute nell'età evolutiva.

34. Gli interventi da effettuare per l'attuazione di quest'azione programmatica sono:

a) in epoca preconcezionale:

individuare e contrastare i fattori di rischio prevalentemente genetici;

b) durante la gravidanza:

selezionare le gravidanze a rischio;

istituire le schede individuali delle gestanti;

introdurre controlli periodici delle gestanti;

vigilare sull'osservanza delle norme a tutela delle lavoratrici madri;

c) all'atto del parto:

selezionare i parti e i neonati a rischio;

assistere le partorienti in luogo di degenza attrezzato e istituire servizi di trasporto assistito per i nati prematuri;

introdurre l'assistenza domiciliare ai neonati, correlata anche alle indicazioni ospedaliere;

contrastare precocemente le malformazioni e gli *handicaps* alla nascita;

d) durante la prima infanzia e l'età prescolare:

controllare lo sviluppo psico-fisico;

ricercare e contrastare i fattori di rischio;

eseguire le vaccinazioni;

introdurre l'uso del libretto per i nuovi nati;

e) durante l'età della scuola dell'obbligo:

controllare lo sviluppo psico-fisico;

ricercare e contrastare i fattori di rischio;

utilizzare le strutture sanitarie e parasanitarie scolastiche e distrettuali per potenziare le condizioni di salute nell'età evolutiva;

f) raccogliere sistematicamente i dati informativi, attraverso modalità di rilevazione uniformi decise in sede centrale. Alla rilevazione dei dati di sintesi nazionale e all'approfondimento dello studio del fenomeno anche nei suoi aspetti dinamici provvede il Comitato tecnico-scientifico per la programmazione sanitaria, integrato allo scopo da esperti del settore.

35. Lo scopo del progetto-obiettivo « Tutela della salute degli anziani » è quello di fornire una risposta globale e soddisfacente a una serie di fenomeni tipici dell'epoca attuale, che vanno dal progressivo e costante invecchiamento della popolazione, alla sistematica espulsione degli anziani dalle attività produttive e sociali, all'elevato ricorso alla loro spedalizzazione o ricovero in istituzioni assistenziali con una forte incidenza di spesa specie per le degenze ospedaliere, alla carenza di strutture alternative al ricovero in ospedale o in istituzioni.

36. Gli obiettivi specifici da raggiungere nel triennio sono:

a) realizzare una sostanziale deospedalizzazione dei ricoveri ospedalieri per ragioni sociali, non inferiori al 50 per cento dei ricoveri impropri attuali;

b) potenziare i servizi alternativi sia sanitari che sociali, in termini di:

disponibilità di servizi di base domiciliari, infermieristici e specialistici;

attivazione di servizi a tempo parziale (ospedali diurni, centri diurni, eccetera);

presenza, nelle strutture poliambulatoriali, di attività specialistiche di consulenza per le malattie geriatriche;

presenza di operatori della riabilitazione nelle strutture e nei servizi di base, anche domiciliari;

c) puntare per le attività a tempo parziale (ospedali diurni, centri diurni, servizi sociali territoriali, eccetera) su strutture polivalenti, non riservate solo agli anziani, dando la precedenza se possibile a operazioni di trasformazione di strutture esistenti.

37. Gli interventi da effettuare per l'attuazione di quest'azione programmatica sono:

a) suscitare il massimo interesse e coinvolgimento degli altri settori (sociale, economico, urbanistico, eccetera) nell'attuazione del progetto;

b) animare il dibattito culturale e scientifico sull'argomento;

c) promuovere ricerche in materia;

d) curare la formazione di operatori tecnicamente preparati e socialmente motivati;

e) raccogliere e pubblicizzare i dati statistici (nosologici, epidemiologici, organizzativi ed economici) concernenti la condi-

zione di salute ed esistenziale degli anziani e la loro situazione assistenziale;

f) approntare, contestualmente all'avvio delle nuove strutture organizzative, l'integrazione dei servizi sanitari con quelli assistenziali, anche in assenza della legge di riforma dell'assistenza, in base alle possibilità offerte dal decreto del Presidente della Repubblica n. 616 e dall'articolo 15 della legge n. 833;

g) avvalersi del volontariato. Il progetto-obiettivo attribuisce un particolare interesse all'apporto del volontariato perchè:

può realizzare nei fatti il pluralismo nelle istituzioni;

può rappresentare, per le motivazioni che lo animano un momento di partecipazione attiva del mondo giovanile, femminile e degli anziani autosufficienti;

rappresenta una possibilità aggiuntiva di servizio a costo zero ed una occasione di sperimentare soluzioni operative prima di normalizzarle nei servizi;

h) raccogliere sistematicamente i dati informativi attraverso modalità di rilevazione uniformi decise in sede centrale. Alla valutazione dei dati di sintesi nazionale e all'approfondimento dello studio del fenomeno, anche nei suoi aspetti dinamici, provvede il Comitato tecnico-scientifico per la programmazione sanitaria, integrato allo scopo da esperti del settore;

i) effettuare controlli rigorosi e sistematici da parte delle Regioni verso le istituzioni che accolgono le persone anziane;

l) determinare, a cura delle Regioni, *standards* di servizio qualitativi e quantitativi da rispettare da parte delle istituzioni che assistono gli anziani e che operano con il finanziamento pubblico, diretto o convenzionato.

38. Lo scopo del progetto-obiettivo « Tutela della salute dei lavoratori in ambiente di lavoro » è quello di fornire una risposta globale e adeguata ai rischi specifici cui sono sottoposti i lavoratori in ambiente e per ragioni di lavoro, all'uopo recuperando le elaborazioni culturali e le esperienze maturate nel paese da parte delle forze sociali e scientifiche e, in particolare, del movimento dei lavoratori e degli operatori sanitari che si sono dedicati a questo campo di attività.

39. Gli obiettivi specifici da raggiungere nel triennio sono:

a) tendere ad un consistente abbattimento degli infortuni e delle malattie professionali;

b) fornire una veritiera rappresentazione della situazione esistente, rilevando anche gli aspetti oggi sommersi.

40. Gli interventi da effettuare per l'attuazione di quest'azione programmatica sono:

a) rendere più esplicita e concreta la possibilità per i lavoratori di partecipare al processo di tutela della propria salute;

b) promuovere il coinvolgimento diretto dei medici e dei servizi di base nella realizzazione del progetto-obiettivo;

c) determinare, ai diversi livelli territoriali, la confluenza nel sistema sanitario delle preesistenti eterogenee attività di prevenzione;

d) dimensionare e localizzare strutture, attrezzature e personale sulla base dei dati forniti da apposite mappe delle attività a rischio così da rapportare l'organizzazione all'entità del bisogno;

e) migliorare le condizioni di lavoro e garantirne la sicurezza anche attraverso misure amministrative e provvedimenti legislativi;

f) attivare strumenti di informazioni ed assicurare la massima diffusione delle informazioni raccolte ed elaborate, in modo da coinvolgere nell'attuazione del progetto i lavoratori, gli imprenditori e l'intera collettività locale;

g) coordinare il progetto-obiettivo con il piano triennale economico e con i piani regionali di sviluppo, per l'attivazione di iniziative in altri settori convergenti con le finalità del progetto;

h) promuovere l'aggiornamento e la riqualificazione del personale medico, infermieristico, tecnico e amministrativo, non trascurando per quest'ultimo anche gli aspetti giuridici della vigilanza;

i) stimolare l'attività di ricerca applicata ai problemi della tutela della salute dei lavoratori;

l) raccogliere sistematicamente i dati informativi con modalità di rilevazione uniformi decise in sede centrale. Alla valutazione dei dati di sintesi nazionale e dall'approfondimento dello studio del fenomeno, anche nei suoi aspetti dinamici, provvede il Comitato tecnico-scientifico per la programmazione sanitaria, integrato allo scopo da un rappresentante del Ministero del lavoro e da esperti del settore.

41. Su aspetti di particolare delicatezza o gravità — quali le tossico-dipendenze, la psichiatria, le menomazioni fisiche, psichiche e sensoriali che sono causa di emarginazione — che costituiscono il campo di azione di leggi la cui applicazione settoriale non si è dimostrata risolutiva, perchè la natura stessa del fenomeno richiede un intervento a più vasto raggio, su piani multipli e convergenti, il Governo si riserva di presentare appositi progetti-obiettivi nei prossimi aggiornamenti annuali di piano.

In previsione di quanto sopra, si rende necessario inserire nei flussi ordinari del sistema informativo sanitario dati esaurienti ed aggiornati sui fenomeni citati e sullo stato delle realizzazioni locali, recuperando in questa sede le indicazioni già contenute nelle leggi di settore, aggiornate secondo le esigenze conoscitive ed operative nel frattempo emerse.

F) LA FORMAZIONE DEL PERSONALE

42. Lo scopo dell'azione programmatica « Formazione del personale » è quello di dotare il Servizio sanitario nazionale di operatori qualitativamente preparati allo svolgimento dei compiti previsti dalla riforma sanitaria e dalle indicazioni del piano triennale ed in numero sufficiente per le effettive esigenze di lavoro, provvedendo direttamente per il personale il cui processo formativo rientra nelle competenze del Ministero della sanità e delle Regioni e promuovendo le iniziative necessarie per il personale la cui formazione è compito di altre Amministrazioni pubbliche.

43. Gli obiettivi specifici da raggiungere nel triennio sono:

a) l'approvazione della legge-quadro sulla formazione, l'aggiornamento, la specializzazione e la riqualificazione degli operatori e tecnici sanitari non laureati, attraverso la quale:

semplificare il quadro delle professioni sanitarie e delle arti sanitarie ausiliarie, prevedendo solo un numero limitato di figure, strettamente funzionali alle nuove esigenze del Servizio sanitario nazionale;

omogeneizzare i requisiti di ammissione ai corsi nel rispetto della normativa CEE sugli infermieri professionali e in coerenza con la riforma della scuola secondaria superiore;

introdurre l'obbligo dell'aggiornamento permanente per gli operatori e i tecnici sanitari;

assicurare alle Regioni un univoco riferimento legislativo per l'esercizio delle proprie attribuzioni di disciplina normativa, di programmazione e di organizzazione delle attività formative;

b) la approvazione del disegno di legge per la straordinaria riqualificazione professionale degli infermieri generici e degli infermieri volontari della CRI, onde effettuare, per un limitato numero di anni, il recupero professionale di tale personale, attraverso normali e regolari corsi triennali di formazione;

c) un marcato potenziamento quantitativo del personale infermieristico e tecnico che tenda a invertire il rapporto con il numero dei medici operanti nel sistema, in accordo con quanto già costituisce la norma nei servizi sanitari degli altri Paesi europei recuperando in questo impegno l'apporto, sia quantitativo sia soprattutto qualitativo, che le

università possono dare anche alla formazione del personale sanitario non medico;

d) la generalizzazione di iniziative di aggiornamento permanente per tutti gli operatori del Servizio sanitario nazionale;

e) la attivazione di processi formativi per il *management* e per le tecniche gestionali nel Servizio sanitario nazionale, destinati sia al personale amministrativo che al personale sanitario.

44. Gli interventi da effettuare per la attuazione di questa azione programmatica sono:

a) la sollecita ripresentazione dei disegni di legge citati;

b) l'assunzione di iniziative per l'informazione agli aspiranti ai corsi di formazione al fine di orientarne le scelte rispetto alle effettive possibilità di assorbimento del sistema;

c) la programmazione del fabbisogno di operatori, anche ai fini della disciplina degli accessi ai corsi, contemperando le esigenze di assorbimento dei giovani in cerca di prima occupazione con le aspirazioni di miglioramento del personale già occupato;

d) la revisione del *curriculum* formativo del personale infermieristico e tecnico e la sensibilizzazione delle autorità universitarie per l'analoga modifica del processo di formazione del personale sanitario laureato o diplomato, in base alle nuove esigenze di tutela della salute poste dalla riforma sanitaria e tenuto conto delle direttive CEE;

e) la promozione di iniziative per la formazione di personale con competenze economiche manageriali, organizzative, programmatorie e statistiche, di cui si avverte la mancanza;

f) la messa a disposizione, per la formazione di base del personale sanitario laureato e diplomato, di strutture delle Unità sanitarie locali riconosciute idonee per le esigenze didattiche e di ricerca dell'università, nel quadro delle convenzioni previste dall'articolo 39 della legge n. 833;

g) l'assunzione di adeguate e straordinarie iniziative per la riqualificazione e la conversione tra professionalità diverse, rapportate al tipo di strutturazione dei servizi adottati in sede regionale, utilizzando l'apporto positivo che possono dare le organizzazioni sindacali alla scelta delle iniziative, dato lo stretto legame tra riqualificazione e mobilità del personale;

h) lo svolgimento di sistematiche iniziative di aggiornamento permanente: per il personale dipendente in base a quanto sarà stabilito dai decreti delegati o sarà concordato in sede di contrattazione sindacale; per il personale convenzionato in base alle disposizioni già contenute nelle convenzioni uniche;

i) lo svolgimento, in collegamento con le università, di iniziative per la qualificazione e l'aggiornamento professionale permanente dei docenti, medici e non medici, da utilizzare nelle varie attività di formazione che costituiscono l'oggetto della presente azione programmatica;

l) nello svolgimento delle iniziative indicate ai punti precedenti sono da privilegiare due linee di intervento: il ricorso alle leggi per l'occupazione giovanile (legge n. 285 del 1977, legge n. 479 del 1978 e successive modificazioni) e l'utilizzazione del Fondo sociale europeo, con la collaborazione del Ministero del lavoro.

G) LA ATTIVAZIONE DEGLI STRUMENTI CONOSCITIVI

45. Costituiscono scopo dell'azione programmatica « Attivazione degli elementi conoscitivi »:

a) la necessità di disporre di informazioni significative e aggiornate ai diversi livelli gestionali, per poter programmare, finanziare e controllare lo sviluppo del sistema sanitario in relazione ai bisogni reali rilevati e alle risorse disponibili;

b) la necessità di acquisire gli elementi occorrenti per la relazione annuale sullo stato di salute del Paese;

c) la opportunità di offrire agli operatori del sistema, alle forze sociali, ai soggetti della partecipazione democratica, agli studiosi, alla stampa e agli organi della pubblica

opinione elementi informativi sull'attività del Servizio sanitario nazionale per fini di educazione sanitaria, di valutazione e di controllo, di supporto conoscitivo ad eventuali iniziative particolari;

d) la necessità particolare di questo primo periodo di attuazione del Servizio sanitario nazionale di controllare assiduamente i processi di trasformazione per interventi tempestivi a rimozione degli ostacoli e a correzione di effetti dannosi imprevisti.

46. Gli obiettivi specifici da raggiungere nel triennio sono:

a) rendere operativi, sin dal primo anno, i due principali strumenti conoscitivi introdotti con la legge n. 833:

il sistema informativo sanitario (SIS);

la programmazione di bilancio;

b) svolgere, attraverso il sistema informativo sanitario, le seguenti funzioni:

funzione di sorveglianza esterna, ossia il controllo dello stato di salute della popolazione;

funzione di monitoraggio interno, ossia il controllo delle attività che si svolgono nell'ambito del sistema sanitario;

funzione di valutazione, ossia i controlli sulla rispondenza delle attività agli scopi prefissati e all'uso ottimale delle risorse;

funzione di ricerca, ossia le attività rivolte all'approfondimento dei fenomeni di interesse sanitario e delle cause di danno alla salute nonchè al continuo miglioramento degli interventi;

c) svolgere, attraverso la programmazione di bilancio — intesa come sistema integrato di pianificazione e di controllo dell'uso delle risorse — le seguenti funzioni:

la riclassificazione economico-funzionale e/o per programmi dei fatti finanziari che consenta agli amministratori di assumere decisioni razionali e coerenti con gli obiettivi di piano;

la comprensibilità e la trasparenza dei processi decisori di allocazione delle risorse e di erogazione delle spese;

il controllo dei fatti gestionali non solo in termini giuridico-contabili, ma anche di attuazione dei programmi, di efficienza e di efficacia delle attività svolte.

47. Gli interventi da effettuare per l'attuazione di questa azione programmatica sono:

a) *Riguardo al Servizio informativo sanitario*:

1) definire al livello nazionale i dati strutturati minimi necessari per le esigenze della programmazione sanitaria centrale, da rilevare attraverso il Servizio informativo sanitario. Analogamente definire in sede regionale gli ulteriori dati necessari per le esigenze della programmazione regionale e in sede locale gli « eventuali » ulteriori dati occorrenti per le esigenze di gestione delle Unità sanitarie locali, in un quadro di « informazione distribuita » ai vari livelli di responsabilità politica e gestionale;

2) definire al livello nazionale la lista unica della nomenclatura da usare nel sistema informativo sanitario per classificare le informazioni biosanitarie ed epidemiologiche, nonchè i criteri di scelta dei campioni di rilevazione e le modalità per la standardizzazione dei dati a fini comparativi;

3) definire al livello nazionale e, per occorrenze specifiche, ai livelli regionali e locali, le informazioni epidemiologiche mirate da raccogliere, privilegiando i temi di ricerca indicati dal piano o di maggiore rilievo sociale;

4) dare attuazione alla direttiva n. 12/78 del Comitato centrale di liquidazione degli enti mutualistici sulla istituzione dei sistemi informativi regionali, sul censimento dei medici operanti in convenzione e sullo schedario unificato degli assistiti ai fini delle scelte del medico;

5) effettuare il censimento delle disponibilità informative e delle strutture informatiche esistenti in sede locale, utilizzabili per gli scopi del sistema informativo sanitario;

6) progettare e attivare rispettivamente il sistema informativo nazionale, i sistemi informativi regionali e i sistemi informativi

locali tenendo conto che essi debbono provvedere:

alla gestione dei dati dei flussi ordinari strutturati;

alla gestione di dati epidemiologici non strutturati, da organizzare di volta in volta secondo le richieste centrali o secondo le specifiche esigenze locali.

Nella progettazione e organizzazione del Sistema informativo sono da rispettare le seguenti indicazioni:

le scelte di informatica debbono essere strettamente strumentali e subordinate alle esigenze di sviluppo del sistema informativo;

lo sviluppo delle attrezzature deve essere graduale e rapportato all'aumento effettivo dei flussi di informazione;

è indispensabile privilegiare la riorganizzazione e la piena utilizzazione delle informazioni e degli strumenti già disponibili presso le istituzioni pubbliche, anche non sanitarie, ai vari livelli, che appaiono al presente ridondanti rispetto alle esigenze del settore sanitario;

va assicurato, comunque, il collegamento con gli eventuali altri sistemi informativi a servizi demografici, sociali, a sistemi economici e scientifici, alla gestione del territorio, la cui integrazione con il sistema informativo sanitario appare vantaggiosa per la ricerca epidemiologica e per gli interventi di prevenzione;

7) Provvedere per tempo ad iniziative, anche straordinarie ed accelerate, di riqualificazione e di aggiornamento del personale da utilizzare nel sistema informativo sanitario, nonchè a una politica ordinaria di formazione permanente dei quadri di questo settore.

b) *Riguardo alla programmazione di bilancio*:

1) trasferire nelle legislazioni regionali di attuazione, previste dall'articolo 50 della legge n. 833, i princìpi ispiratori enunciati dal piano sanitario in materia di programmazione di bilancio;

2) rendere sistematica la verifica periodica di cassa delle Unità sanitarie locali da parte dei Comuni e inserirne le risultanze in un apposito flusso informativo strutturato locale;

3) definire al livello nazionale il modello di rilevazione contabile delle spese del Servizio sanitario nazionale, da formalizzare con apposito atto di indirizzo e coordinamento;

4) rispettare scrupolosamente il termine perentorio trimestrale per il rendiconto di cassa delle Unità sanitarie locali e attivare con le risultanze relative un apposito flusso informativo strutturato con i Ministeri della sanità, del tesoro e del bilancio;

5) provvedere alla riclassificazione economico-funzionale e/o per programmi delle informazioni in modo da seguire la dinamica interna dei flussi finanziari;

6) promuovere in sede centrale iniziative legislative per la modifica del regime della messa a disposizione delle risorse finanziarie alle Regioni e, da queste, alle Unità sanitarie locali, concentrando i finanziamenti su appositi conti correnti aperti presso le Tesorerie, in modo da accrescere il grado di conoscenza e la tempestività dell'informazione sulla situazione finanziaria nel settore sanitario;

7) assicurare, a tutti i livelli gestionali, la massima divulgazione dei dati informativi acquisiti e restituire, appositamente elaborati e comparati, i dati stessi ai sottostanti livelli operativi per fini di gestione e di controllo.

H) LE INIZIATIVE RIVOLTE AI SOGGETTI

48. Lazione programmatica « Iniziative rivolte ai soggetti » trova la sua ragione d'essere nella consapevolezza che non bastano i provvedimenti legislativi, le modificazioni organizzative e lo stanziamento di fondi per realizzare le riforme, ma occorre anche il concorso di « comportamenti coerenti » da parte delle persone che costituiscono il sistema come utenti o come operatori, nonchè dalla constatazione che i « comportamenti

umani » rispondono a leggi particolari, che non possono essere trascurate o disattese, ma che vanno viceversa studiate, comprese e correttamente utilizzate in senso finalizzato agli obiettivi della riforma.

49. Gli obiettivi specifici da raggiungere nel triennio sono:

a) realizzare una consapevole partecipazione dei cittadini alla tutela della propria salute, sia negli aspetti che direttamente investono le condizioni di salute, sia negli aspetti che concernono il sistema sociale e la organizzazione dei servizi;

b) responsabilizzare il personale dipendente dal Servizio sanitario nazionale rispetto all'operatività del servizio e al conseguimento dei fini, generali e particolari, che la riforma sanitaria e il piano triennale perseguono;

c) coinvolgere il personale convenzionato, sia individualmente che nelle valenze collettive ordinistiche professionali e sindacali, rispetto ai risultati del sistema sanitario, rendendolo compartecipe delle scelte organizzative e operative e responsabilizzandolo rispetto alla qualità dell'assistenza e alle implicazioni economiche che derivano dalla attività svolta;

d) conseguire un più produttivo impiego delle risorse e la eliminazione di molti sprechi come effetto del più responsabile comportamento degli utenti e degli operatori del sistema.

50. Gli interventi da effettuare per l'attuazione di questa azione programmatica sono:

a) *nei confronti dei cittadini utenti del Servizio sanitario nazionale*:

svolgere iniziative di educazione sanitaria, privilegiando le sedi dove si verificano normalmente concentrazioni di persone legate da un medesimo interesse o da una medesima attività: scuole, servizio militare, collettività di vita, luoghi di lavoro, presidi sanitari (consultori, ospedali, centri diurni, eccetera);

assicurare la massima divulgazione alle informazioni, onde accrescere il livello delle conoscenze e il grado di consapevolezza degli utenti del Servizio sanitario nazionale;

coinvolgere enti e istituzioni che svolgono attività formativa e culturale e i mezzi di comunicazione di massa in una sistematica attività di riflessione sui temi della tutela della salute;

stimolare, attraverso opportune iniziative, la partecipazione dei cittadini alle scelte programmatiche, al dibattito sulle attività e al controllo sociale sui risultati dei servizi sanitari, specie a livello territoriale dove la partecipazione ha modo di esprimersi direttamente, senza intermediazioni delegate;

promuovere e agevolare, finalizzandola agli obiettivi del servizio sanitario nazionale, l'attività di volontariato, che già costituisce di per se stessa un legame spontaneo e motivato tra la comunità locale e il servizio sanitario.

b) *nei confronti del personale dipendente dal Servizio sanitario nazionale*:

1) utilizzare i provvedimenti delegati concernenti la disciplina normativa ed economica dei rapporti di lavoro del personale dipendente, le leggi regionali di organizzazione delle Unità sanitarie locali e ogni altra opportuna iniziativa normativa e regolamentare, per coinvolgere più strettamente il personale nei processi organizzativi e nelle attività;

2) recuperare e valorizzare, sia in sede organizzativa che in sede formativa, la professionalità, tanto nelle implicazioni di preparazione tecnica e di responsabilità nel servizio, quanto di gratificazione e di motivazione nel lavoro;

3) dare soluzione consensuale e incentivata, attraverso gli accordi sindacali, al problema della « mobilità », anche mediante opportune iniziative di riqualificazione, considerando la mobilità per quanto possibile come ricollocazione funzionale prima che territoriale nei servizi;

4) adottare soluzioni organizzative che favoriscano la collegialità delle scelte e il lavoro di *équipe*, evitando strutture rigidamente burocratiche, senza per questo rinun-

ciare alla individuazione e alla attribuzione di precise funzioni e di altrettanto precise responsabilità individuali.

c) *nei confronti del personale convenzionato*:

1) utilizzare i nuovi schemi di convenzione per definire in maniera precisa l'importanza e il ruolo del medico libero professionista che opera con rapporto di convenzione nel Servizio sanitario nazionale, riconoscendo il suo diritto a partecipare alla organizzazione dei servizi e alla definizione delle modalità operative, ma stabilendo in pari tempo il suo dovere di corresponsabilizzarsi rispetto alla qualità delle prestazioni e alle conseguenze economiche dei comportamenti;

2) utilizzare l'aggiornamento professionale obbligatorio per migliorare la qualità tecnica delle prestazioni convenzionate e per approfondire, da parte dei medici convenzionati, il disegno strategico della riforma sanitaria e la conoscenza delle indicazioni del piano sanitario;

3) recuperare alla competenza dell'autorità centrale del Servizio sanitario nazionale, sentito il Consiglio sanitario nazionale, l'impostazione tematica dei programmi di aggiornamento obbligatorio convenzionato, affidandone la attuazione alle Regioni, in collaborazione con gli ordini professionali, con le associazioni sindacali e di categoria del personale convenzionato nonchè con le istituzioni universitarie, scientifiche e del Servizio sanitario nazionale;

4) concordare con le associazioni ordinistiche, sindacali e di categoria la generalizzazione di codici di comportamento conformi alle esigenze di tutela della salute dei cittadini e alle esigenze funzionali del Servizio sanitario nazionale, definiti di comune accordo e liberamente accettati;

5) adottare, d'intesa con le organizzazioni mediche, sistemi repressivi dei comportamenti che violano le regole convenute, a tutela dell'interesse generale;

6) portare a conoscenza degli interessati e divulgare nella collettività locale i dati informativi relativi alla assistenza di base (consumo dei farmaci, ricorso alle analisi e agli accertamenti diagnostici, entità delle spedalizzazioni, dati nosografici e dati sui decessi divisi per cause di morte, eccetera), onde stimolare la riflessione collettiva e il dibattito;

7) realizzare un valido sistema di informazione scientifica sui farmaci e sui prodotti alimentari soggetti a registrazione;

8) propiziare attraverso ogni utile iniziativa il coinvolgimento dei medici e del restante personale convenzionato nelle attività di prevenzione e nelle attività del Servizio informativo sanitario, tanto come fornitori quanto come utilizzatori di statistiche bio-sanitarie e di informazioni epidemiologiche.

I) Le iniziative nel campo della ricerca sanitaria finalizzata

51. L'azione programmatica « Iniziativa nel campo della ricerca sanitaria finalizzata » trova la sua ragion d'essere nei seguenti motivi:

a) ritardo dell'Italia nel settore della ricerca biomedica, epidemiologica e sanitaria rispetto ad altri Paesi dell'Europa e rischio di una divaricazione pregiudizievole non solo in termini scientifici ma anche in termini di ricaduta economica, tecnologica e sociale dei prodotti della ricerca;

b) mancanza di coordinamento tra le iniziative di ricerca in atto, con frammentazione delle modeste risorse destinate al settore e scarso ritorno di risultati utili al Servizio sanitario nazionale;

c) insufficiente impegno finanziario destinato alla ricerca sanitaria finalizzata, che rende antieconomici anche i modesti impieghi attuali;

d) organizzazione dei servizi finalizzata solo in senso generale al soddisfacimento dei bisogni sanitari reali emergenti, in quanto la ricerca sulle cause ambientali e sociali delle patologie e sui fattori e meccanismi di ri-

schio è ancora ad un livello non soddisfacente di approfondimento;

e) consapevolezza che esiste uno stretto rapporto di dipendenza tra gli indirizzi della ricerca in un dato momento e le applicazioni pratiche nelle attività di servizio nei momenti successivi.

52. Gli obiettivi specifici da raggiungere nel triennio sono:

a) offrire ai soggetti istituzionali che con i loro finanziamenti influenzano le attività di ricerca, nonchè alle istituzioni e ai singoli che svolgono attività di ricerca, un riferimento univoco sui problemi sanitari emergenti ritenuti di rilevante importanza per il Servizio sanitario nazionale, e per conseguenza, una indicazione precisa sui temi di ricerca da privilegiare;

b) incrementare le ricerche nei settori di prioritario interesse per il Servizio sanitario nazionale o nei settori maggiormente negletti dalla « ricerca spontanea » non coordinata, attraverso il finanziamento diretto o il sinergismo di finanziamenti coordinati, in concorso con gli altri soggetti che si occupano istituzionalmente di ricerca biomedica, epidemiologica e sanitaria, non omettendo di valorizzare la nascente ricerca sanitaria applicata di scienze sociali, economiche ed amministrative;

c) realizzare il « trasferimento » delle acquisizioni delle ricerche in concrete attività operative;

d) accrescere il grado di conoscenza delle cause e dei fattori di rischio rispetto ai quali finalizzare gli interventi per scopi di prevenzione.

53. Gli interventi da effettuare per l'attuazione di questa azione programmatica sono:

a) promuovere il coordinamento delle iniziative dei soggetti istituzionali che si occupano della ricerca sanitaria, attraverso la costituzione di una commissione apposita da parte del Ministro della sanità di concerto con i Ministri della pubblica istruzione e della ricerca scientifica, sentito il Consiglio sanitario nazionale, alla quale devolvere l'incarico di predisporre il piano triennale per la ricerca sanitaria finalizzata;

b) coinvolgere le strutture del Servizio sanitario nazionale nella ricerca sanitaria finalizzata e favorire il coordinamento interdisciplinare tra istituzioni di ricerca e strutture del Servizio sanitario nazionale. In particolare, potenziare l'attività dell'Istituto superiore di sanità e dell'Istituto per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, come momento di presenza diretta dell'amministrazione sanitaria nel campo della ricerca, e disciplinare più rigorosamente e in maniera finalizzata l'attività di ricerca degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico;

c) effettuare il trasferimento dei risultati delle ricerche, mediante adeguate iniziative di divulgazione dei risultati stessi, di promozione di attività conseguenti, di codificazione normativa delle indicazioni emerse, di standardizzazione delle metodiche sperimentali usate, di adozione di azioni programmatiche *ad hoc* nel piano sanitario;

d) elaborare sistematici rapporti sullo stato della ricerca sanitaria finalizzata in Italia, da allegare alla relazione sullo stato generale di salute del Paese e ai piani sanitari;

e) costituire archivi centralizzati ad accesso plurimo degli Istituti di ricerca, dei ricercatori, delle ricerche in corso e delle ricerche effettuate, nonchè il collegamento in rete del Servizio informativo sanitario alla rete degli elaboratori scientifici, nell'ambito delle iniziative del CNR e di altre iniziative anche di carattere internazionale;

f) aprire e potenziare i canali di interscambio con le istituzioni scientifiche di ricerca estere.

L) L'ADEGUAMENTO DELLA STRUTTURA CENTRALE AL NUOVO RUOLO DEL MINISTERO DELLA SANITÀ

54. La definizione di un nuovo assetto istituzionale del sistema sanitario italiano, comporta rilevanti implicazioni modificative a livello centrale. Queste modificazioni costituiscono la ragion d'essere dell'azione programmatica « Adeguamento della struttura

centrale del nuovo ruolo del Ministero della sanità ».

L'ampio decentramento di funzioni legislative, gestionali e amministrative alle Regioni e agli enti locali, previsto dalla legge n. 833, va accompagnato, infatti, a livello centrale dall'esercizio di un concreto potere di indirizzo, di coordinamento e di controllo sui risultati e sull'uso delle risorse, nonchè dalla possibilità di promuovere interventi correttivi nelle situazioni disfunzionali.

55. L'obiettivo specifico da raggiungere nel triennio è quello di organizzare una amministrazione centrale attiva, motivata, culturalmente e tecnicamente preparata, in grado di:

a) fungere da riferimento istituzionale per assicurare l'uniformità della tutela della salute e per garantire il superamento degli squilibri territoriali;

b) provvedere alla iniziativa legislativa e al completamento normativo della legge n. 833;

c) costituire l'elemento di supporto per gli adempimenti tecnico-amministrativi di istruttoria dei piani sanitari e dei relativi aggiornamenti annuali;

d) verificare l'andamento della spesa sanitaria in relazione alle indicazioni di piano e promuovere le iniziative di intervento per le situazioni disfunzionali e per le necessità sopravvenienti non contemplate dal piano sanitario;

e) fornire indirizzi e, a richiesta, consulenza e assistenza tecnica e promuovere iniziative, in conformità alla strategia del piano sanitario;

f) provvedere alla raccolta, all'elaborazione e alla divulgazione, attraverso il Servizio informativo sanitario, di dati statistici e di notizie informative di rilievo nazionale anche a fini di educazione sanitaria e di stimolo alla partecipazione democratica ai problemi della salute;

g) promuovere attraverso l'apposita Commissione, il coordinamento e lo sviluppo della ricerca sanitaria finalizzata;

h) curare, attraverso le opportune iniziative, l'informazione scientifica ai medici;

i) provvedere alla registrazione dei farmaci;

l) curare la tenuta e l'aggiornamento del prontuario terapeutico e di altri schedari di rilievo tecnico-sanitario;

m) promuovere il miglioramento dei sistemi di formazione del personale del Servizio sanitario nazionale e l'aggiornamento professionale obbligatorio;

n) emanare direttive nelle materie delegate alle Regioni e esercitare, nei modi previsti dalla legge n. 833, la responsabilità della profilassi internazionale e di confine, a protezione dalle malattie infettive e diffusive e per le garanzie da offrire a livello internazionale;

o) curare i rapporti con le autorità sanitarie internazionali e comunitarie e con i sistemi sanitari degli altri Paesi;

p) svolgere direttamente le residue attività amministrative che la legge n. 833 attribuisce all'Amministrazione centrale.

56. Gli interventi da effettuare per l'attuazione di questa azione programmatica sono:

a) il riordinamento con legge del Ministero della sanità, ai sensi dell'articolo 59 della legge n. 833;

b) il potenziamento dell'Istituto superiore di sanità, attraverso una nuova determinazione di organici e dei relativi contingenti di personale nonchè la ristrutturazione del numero e delle competenze dei laboratori scientifici, da effettuare con decreto ministeriale ai sensi del quinto e sesto comma dell'articolo 9 della legge n. 833;

c) la costituzione con decreto delegato dell'Istituto superiore della prevenzione e della sicurezza del lavoro e la sua immissione nelle funzioni previste dall'articolo 23 della legge n. 833;

d) la messa a disposizione del Consiglio sanitario nazionale delle strutture tecnico-scientifiche, di consulenza, di studio, di programmazione previste dall'ordinamento del Ministero, a supporto dell'attività devoluta al Consiglio stesso;

e) lo svolgimento di attività di riqualificazione e di aggiornamento professionale per

il personale del Ministero, specie per le attività tecniche connesse con le nuove funzioni;

f) la riunificazione di tutti gli organi centrali del Servizio sanitario nazionale in un'unica sede, funzionale ai compiti da svolgere, ponendo fine alla attuale condizione di smembramento del Ministero e dei suoi organismi tecnici e consultivi.

M) LA DEFINIZIONE DI UN SISTEMA DI INDICATORI SOCIO-SANITARI PER IL CONTROLLO DI ATTUAZIONE DEL PIANO

57. Lo scopo dell'azione programmatica « Definizione di un sistema di indicatori socio-sanitari » è quello di mettere a punto uno strumento per verificare quanta parte degli obiettivi di piano viene realizzata, in periodi di tempo predeterminati, rispetto agli obiettivi fissati, alle attività svolte e alle risorse impiegate.

58. Gli obiettivi specifici da raggiungere nel triennio sono:

a) un adeguato approfondimento teorico dell'argomento;

b) la sperimentazione di indicatori di risultato, di indicatori di variabili strumentali e di indicatori di variabili concomitanti;

c) la generalizzazione, anche parziale, dell'uso degli indicatori come strumento di valutazione del grado di attuazione del piano sanitario, sia in sede nazionale, sia in sede regionale e locale.

59. Gli interventi da effettuare per l'attuazione di questa azione programmatica sono:

a) attivare, all'interno del Servizio informativo sanitario, ai diversi livelli di gestione, un gruppo di studio per la formulazione di ipotesi di indicatori rispondenti alle esigenze specifiche di verifica del singolo livello di gestione;

b) sperimentare, sulla base dei dati informativi del Servizio informativo sanitario, il sistema di indicatori elaborato, procedendo per successivi approfondimenti e integrazioni a definire il modello di sistema da generalizzare allo specifico livello di gestione;

c) diffondere la conoscenza e l'uso degli indicatori elaborati, per fini di verifica interni al sistema e per il controllo democratico ad opera delle collettività interessate.

N) LE AZIONI FINALIZZATE AL RISPARMIO

60. L'azione programmatica « Azioni finalizzate al risparmio » trova la sua giustificazione nella necessità di liberare risorse umane e finanziarie da impieghi tradizionali, scarsamente produttivi, per destinarle a nuove e qualificanti funzioni del settore sanitario; nell'esistenza documentata di sprechi e di spese inessenziali; nel dovere di concorrere al contenimento del disavanzo pubblico allargato.

61. Gli obiettivi specifici da raggiungere nel triennio sono:

a) destinare le risorse solo ad impieghi effettivamente necessari;

b) valutare sistematicamente l'impiego delle risorse in termini di rapporto costi/benefici;

c) contrarre i consumi nei settori dei farmaci, degli accertamenti diagnostici, delle degenze e delle attività economali. Per contro riversare le risorse risparmiate nelle attività di prevenzione e di educazione sanitaria, nell'assistenza di base, nei progetti-obiettivo, nella formazione degli operatori e nella ricerca sanitaria finalizzata.

62. Gli interventi da effettuare per l'attuazione di questa azione programmatica sono:

a) *Nel settore dei farmaci*:

1) revisionare in tempi brevi il prontuario per razionalizzare il campo dei farmaci prescrivibili a totale o parziale carico del Servizio sanitario nazionale;

2) revisionare, in maniera programmata nel tempo, i farmaci autorizzati per razionalizzare il campo dei farmaci di libera circolazione in Italia;

3) manovrare opportunamente il *ticket* per contrastare i consumi inessenziali;

4) dimensionare in maniera ottimale le confezioni dei farmaci rispetto agli impieghi prevalenti, in collaborazione con medici, farmacisti, industrie produttrici;

5) attivare il servizio pubblico di informazione scientifica;

6) sensibilizzare i medici e gli utenti per un più consapevole atteggiamento nella prescrizione e nell'uso dei farmaci e investire i farmacisti della funzione di educatori sanitari in questa materia;

7) definire regole di comportamento per la richiesta e l'uso dei farmaci all'interno dei presidi sanitari.

b) *Nel settore degli accertamenti diagnostici:*

1) Rispetto al settore pubblico:

disciplinare le modalità di comportamento per la richiesta e per lo svolgimento delle analisi cliniche e per gli accertamenti radiologici;

rendere omogenee le metodiche di analisi e di accertamento strumentale;

coordinare i presidi sanitari tra loro in ordine alla validità degli accertamenti diagnostici;

effettuare i controlli di rispondenza sugli accertamenti effettuati;

determinare il grado di ricorso all'automazione nel settore;

registrare i dati essenziali di intervento e i risultati significativi con i quali accompagnare i pazienti negli spostamenti;

omogeneizzare i tipi di attrezzature prevalenti;

coordinare le manutenzioni;

definire l'orario di funzionamento dei presidi;

predisporre gli interventi sopra indicati coinvolgendo il personale sanitario e tecnico negli studi preliminari, nella definizione degli interventi e nella loro attuazione.

2) Rispetto al settore privato:

stabilire, attraverso le programmazioni regionali, il rapporto più opportuno tra la potenzialità di accertamenti diagnostici pubblici e il ricorso al completamento dei convenzionati esterni;

definire le caratteristiche funzionali che le strutture private debbono possedere, a garanzia della qualità delle prestazioni

fissare norme uniformi per il ricorso ai convenzionati esterni.

c) *Nel settore delle degenze:*

Oltre all'azione di filtro affidata ai servizi di base in sede diagnostica e in funzione sostitutiva del ricovero, sono da attivare nel triennio iniziative per:

1) Revisionare la funzionalità della struttura ospedaliera rispetto ad indicatori idonei a segnalare l'esistenza di disfunzioni organizzative, quali ad esempio:

il rapporto tra dotazioni di servizi diagnostici e posti letto, con relativo grado di utilizzazione;

il tempo intercorrente tra l'ingresso in ospedale e la definizione diagnostica, e tra questa e l'intervento chirurgico o l'inizio della terapia medica;

i giorni di utilizzazione delle camere operatorie nel corso della settimana;

il numero dei pazienti operati nelle divisioni chirurgiche rispetto al numero totale dei ricoverati nelle stesse divisioni;

il numero degli anziani ricoverati come lungo degenti per motivi di supplenza sociale;

il tasso di occupazione dei posti letto nelle varie divisioni, distintamente considerate, e lo stesso tasso ricalcolato aggregando le divisioni per « grandi aree funzionali ».

2) Rimuovere le disfunzioni emerse con opportuni interventi, compreso quello di impiegare le risorse finanziarie assegnate dal piano a titolo di « manutenzioni straordinarie e adeguamenti tecnologici », per interventi correttivi con un basso rapporto costo-beneficio.

d) *Nel settore amministrativo ed economale:*

Ottenere un impiego più produttivo delle risorse disponibili attraverso:

1) La formulazione di piante organiche basate sull'analisi delle attività per funzioni

e per centri di imputazione, nonchè sul recupero di un sufficiente grado di mobilità del personale interno ed esterno al Servizio;

2) il controllo dell'assenteismo, con interventi tendenti a rimuovere le cause della disaffezione lavorativa;

3) gli acquisti centralizzati;

4) il pagamento sollecito dei fornitori e la determinazione di prezzi non gravati da presunti oneri finanziari dovuti al ritardo nella liquidazione delle fatture;

5) l'utilizzazione economica delle attrezzature tecniche, favorendo la concentrazione della strumentazione quando l'uso periferizzato si riveli antieconomico;

6) la valutazione comparativa della produttività dei fattori impiegati, mediante bilanci per funzioni e, all'interno dei singoli presidi, mediante la riclassificazione delle spese per centri di costo.

O) GLI EFFETTI SPERATI

63. Dallo svolgimento delle azioni programmatiche sopra definite è lecito attendersi, al termine del primo triennio, i seguenti risultati:

a) rispetto alla tutela della salute:

1) il miglioramento della condizione di salute della popolazione, nei suoi aspetti generali, e in particolare:

il conseguimento dei risultati specifici indicati nei progetti-obiettivo;

l'abbattimento totale o il conseguimento di apprezzabili miglioramenti nella lotta alle malattie eradicabili e controllabili;

il conseguimento di risultati apprezzabili quale effetto di una azione più decisa nei confronti di fenomeni morbosi che assumono rilievo sociale in rapporto alla situazione epidemiologica delle diverse aree territoriali;

2) una migliore qualità della assistenza erogata dai servizi;

3) un raccordo più stretto tra la tutela della salute e la politica del territorio, con particolare riferimento alla lotta contro gli inquinamenti;

4) una migliore conoscenza scientifica delle condizioni di salute in chiave epidemiologica, anche ai fini di più puntuali indicazioni per la ricerca bio-medica e sanitaria;

b) rispetto all'organizzazione dei servizi:

1) la unificazione dell'organizzazione sanitaria e la riconduzione a unità dei criteri di intervento per la tutela della salute;

2) il potenziamento dei servizi di base;

3) l'integrazione con gli altri servizi sociali, secondo quanto previsto dall'ultimo comma dell'articolo 15 della legge n. 833;

4) un consistente progresso rispetto al riequilibrio delle condizioni assistenziali nelle diverse zone del paese;

5) lo sviluppo di iniziative di partecipazione democratica alla gestione sociale e al controllo dei servizi;

6) l'avvio di iniziative di ricollocazione funzionale e territoriale del personale dipendente;

7) l'esaltazione della professionalità nel servizio e la instaurazione di metodi di lavoro basati sull'autonomia tecnico-funzionale, sul lavoro di gruppo, sulle interdisciplinarità delle competenze;

8) un più responsabile coinvolgimento del personale convenzionato nel processo di trasformazione qualitativa dei servizi;

9) l'attivazione del sistema informativo sanitario;

c) rispetto all'impiego delle risorse:

1) una diversa, graduale redistribuzione territoriale delle risorse, finalizzata all'eliminazione degli squilibri attuali;

2) lo spostamento dagli impieghi attuali ad impieghi coerenti con gli obiettivi indicati ai punti precedenti, e, di conseguenza, una maggiore qualificazione della spesa;

3) l'effettuazione di investimenti a breve termine destinati al potenziamento dei servizi di base;

4) il contenimento dell'espansione della spesa, in armonia con le indicazioni del pia-

no triennale economico circa la riduzione del disavanzo pubblico allargato;

5) l'introduzione della « programmazione di bilancio » e di una diversa struttura del piano dei conti che permetta una migliore comprensione dei fatti gestionali;

6) l'instaurazione di sistematici e tempestivi controlli che richiamino l'attenzione sugli andamenti gestionali anomali e provochino le necessarie misure correttive o repressive.

P) GARANZIE E GESTIONE DEL PROCESSO PROGRAMMATORIO

64. La fase istruttoria dei piani sanitari triennali e dei relativi aggiornamenti annuali è fondata, a garanzia di una democratica gestione del processo programmatorio, sulla partecipazione diretta delle Regioni, per quanto concerne il piano sanitario nazionale ai sensi dell'art. 3 della legge n. 833, e sulla consultazione degli enti locali e delle altre istituzioni e organizzazioni interessate, per quanto concerne i piani sanitari regionali ai sensi dell'art. 55 e dell'art. 39 della stessa legge.

65. Alla fase istruttoria del piano sanitario nazionale e dei relativi aggiornamenti annuali partecipa, altresì, il Consiglio sanitario nazionale, che ha in merito funzioni di consulenza e di proposta.

66. L'istruttoria dei piani sanitari e dei relativi aggiornamenti annuali si inserisce all'interno del più ampio processo di programmazione economica generale.

In conseguenza, la fase istruttoria del piano sanitario nazionale comprende forme necessarie di raccordo con la programmazione economica nazionale; quella dei piani sanitari regionali forme necessarie di raccordo con i programmi regionali di sviluppo economico.

67. I piani sanitari nazionali e i relativi aggiornamenti annuali sono predisposti dal Governo e sono approvati dal Parlamento con legge.

I piani sanitari regionali e i relativi aggiornamenti annuali sono predisposti con apposita legge regionale.

68. La fase di attuazione del processo programmatorio è basata sul sistema delle relazioni che si determinano tra il piano sanitario nazionale e i piani sanitari regionali e tra questi ultimi e le attività di attuazione da parte delle Unità sanitarie locali.

Tale sistema di relazioni è costituito da un insieme di vincoli formali, che delimitano l'area dell'autonomia degli organi del sottostante livello gestionale e da indirizzi generali, che servono ad orientare le autonome decisioni di questi ultimi.

69. Con riferimento al piano sanitario nazionale per il triennio 1980-82, costituiscono vincolo formale:

a) il rispetto del tetto di spesa costituito dalla quota di Fondo sanitario assegnata;

b) il rispetto, entro il tetto di spesa, della destinazione dei fondi a spese correnti e a spese di investimento;

c) il divieto di destinare alla costruzione di nuovi posti letto finanziamenti in conto capitale, non espressamente finalizzati a tale scopo dal piano sanitario. In senso generale, le assegnazioni in conto capitale costituiscono solo indicazione finanziaria ai fini delle programmazioni regionali. L'assegnazione diviene effettiva nei limiti in cui le indicazioni dei piani sanitari regionali sono ritenute conformi alle direttive del piano sanitario nazionale;

d) il rispetto della destinazione agli impieghi innovatavi almeno della quota minima delle risorse all'uopo assegnate, secondo le indicazioni del piano;

e) il divieto di utilizzare le risorse destinate alla riqualificazione straordinaria del personale per concedere in via surrettizia aumenti di retribuzione al personale o sussidi economici a persone non occupate;

f) l'obbligo di fornire trimestralmente il rendiconto delle spese, secondo modalità fissate con apposito atto di indirizzo e coordinamento, e di trasmettere a fine anno la re-

lazione generale con allegato il conto consuntivo delle Unità sanitarie locali;

g) l'obbligo di attivare il sistema informativo sanitario e di comunicare i dati statistici, epidemiologici, organizzativi e finanziari necessari rispettivamente per le esigenze centrali e regionali di conoscenza, di analisi, di programmazione e di controllo.

70. A cavallo tra il sistema dei vincoli e la categoria degli indirizzi generali si collocano i progetti-obiettivo.

La loro fissazione nel piano sanitario costituisce un obbligo per le Regioni di assumere correlate iniziative nei piani sanitari regionali.

Tuttavia le Regioni hanno ampia autonomia di decidere le modalità di intervento; sotto questo aspetto le indicazioni del piano sanitario costituiscono semplicemente indirizzo di carattere generale.

71. Le altre indicazioni di piano, diverse da quelle citate ai punti precedenti, costituiscono riferimento normativo di carattere generale, finalizzato ad assicurare uniformità di attuazione e a segnalare modalità operative congruenti al conseguimento dei fini delle singole azioni programmatiche.

È rimesso alle Regioni e alle Unità sanitarie locali di decidere, nell'ambito delle rispettive competenze, sulla loro attuazione nel concreto delle diverse realtà locali.

72. La fase di verifica rappresenta una occasione permanente di collegamento e di interazione tra i vari livelli gestionali, preposti all'attuazione del piano sanitario, sia nazionale che regionale.

Il complesso degli strumenti conoscitivi previsti dal piano e l'uso degli indicatori costituiscono il mezzo tecnico per operare tali verifiche.

L'adozione della programmazione « per scorrimento » consente di procedere annualmente alle verifiche sistematiche e globali e alla ridefinizione delle indicazioni di piano.

73. In caso di violazione di vincoli o di inerzia pregiudizievole rispetto ad attività determinanti per la riuscita del piano, spetta agli organi dell'Amministrazione centrale dello Stato, nei confronti delle Regioni, e alle Regioni, nei confronti delle Unità sanitarie locali, di assumere le iniziative previste dall'art. 50 della legge n. 833, e ogni altra opportuna iniziativa, comprese le segnalazioni politiche al Parlamento o la predisposizione di adeguate norme di legge, per evitare che l'interesse generale e l'obiettivo strategico del riquilibrio territoriale nelle condizioni di tutela della salute possano restarne pregiudicati.

Q) Il Fondo sanitario nazionale

74. È compito del piano determinare l'importo del fondo sanitario nazionale che, secondo l'art. 51 della legge n. 833, è destinato al finanziamento del Servizio sanitario nazionale.

Il fondo sanitario nazionale è approvato contestualmente al bilancio dello Stato ed è determinato in base a distinti stanziamenti di « parte corrente » e di « parte in conto capitale » negli stati di previsione dei Ministeri del tesoro e del bilancio e programmazione economica.

75. In conseguenza di tali modalità di stanziamento ed alle caratteristiche di finanziamento volute dal legislatore, il fondo sanitario nazionale viene individuato come il complesso delle risorse destinate al finanziamento delle funzioni e delle attività territoriali, con esclusione degli oneri riferiti alle strutture centralizzate sia in sede nazionale che in sede regionale. Si tratta delle spese poste a carico del Ministero della sanità e delle Regioni, che sono finanziate rispettivamente tramite il bilancio della amministrazione statale e del fondo comune regionale.

L'entità di tali risorse è tutt'altro che trascurabile ai fini della individuazione della « spesa sanitaria complessiva ». Pertanto si rende opportuno procedere alla valutazione anche di questi importi, non solo per completezza di indagini, ma anche per poter determinare l'incidenza della spesa sanitaria complessiva sul prodotto interno lordo.

76. La determinazione del fondo sanitario nazionale presuppone la acquisizione di una mole di informazioni estremamente complesse sotto il profilo qualitativo e fortemente disaggregate sul piano territoriale. Per questo primo piano sanitario, il ristretto margine di tempo a disposizione e la carenza di informazioni disponibili non ha consentito di approfondire l'analisi in maniera pienamente soddisfacente. Tutto ciò accresce l'esigenza di organizzare su base programmatica la acquisizione dei dati fisici, strutturali ed economici indispensabili per i futuri impegni di programmazione e per una corretta governabilità del Servizio sanitario nazionale.

77. Il fondo sanitario nazionale è finalizzato a interpretare fedelmente sul piano economico i seguenti obiettivi indicati dalla legge n. 833 e recepiti dal piano:

la coerenza con la programmazione socio-economica nazionale;

l'esigenza di superare le condizioni di arretratezza socio-sanitaria che esistono nel Paese, particolarmente nelle regioni meridionali.

Dal primo obiettivo discende la necessità di favorire al massimo il contenimento della spesa sanitaria in quanto componente non trascurabile della spesa pubblica allargata; dal secondo deriva l'obbligo di prevedere una allocazione delle risorse che consenta di pervenire realisticamente alla uniformità dei servizi su tutto il territorio nazionale.

78. Il fondo sanitario nazionale si caratterizza come sistema di gestione di tipo budgetario; l'ammontare complessivo del fondo e le sue ripartizioni interne costituiscono, infatti, precisi vincoli di spesa.

79. Ai fini della determinazione del fondo sanitario nazionale e delle ipotesi di ripartizione dello stesso sono stati tenuti presenti i seguenti criteri:

a) estensione a tutti i cittadini delle prestazioni sanitarie, tenendo conto, peraltro, delle peculiari esigenze delle varie regioni;

b) gradualità nel processo di unificazione dei servizi in considerazione del fatto che molte situazioni abbisognano di tempi tecnici ineliminabili per dispiegarsi secondo gli obiettivi e le indicazioni del piano;

c) individuazione delle classificazioni di spesa che, per la parte corrente e per la parte in conto capitale costituiscono vincoli aggiuntivi rispetto a quelli derivanti dagli stanziamenti complessivi.

80. In base ai criteri sopra esposti la spesa per il 1980, anno di avvio del piano, è stata determinata correggendo l'importo della spesa storica degli anni precedenti per dar luogo a un parziale riequilibrio e ampliandola per tenere conto delle finalità innovative indicate dalla parte propositiva del piano. Per il 1981 e il 1982 si è stimata la maggior spesa unicamente in funzione dell'incremento demografico e della crescente realizzazione dei nuovi compiti assegnati al Servizio sanitario nazionale. Ciò equivale a dire che gli importi complessivi del fondo relativi agli anni 1981 e 1982 sono basati sulla ipotesi della costanza della spesa sanitaria capitaria in termini reali espressi in lire 1980. Di conseguenza, i valori 1981 e 1982 dovranno essere opportunamente rivisti quando si conosceranno le previsioni sui costi e sui prezzi per gli anni in questione.

81. Come spesa storica di partenza è stata considerata la spesa sanitaria complessiva dell'anno 1977, sulla base della rilevazione effettuata dai Ministeri della sanità e del tesoro, con il concorso diretto delle Regioni, ai sensi della legge 4 agosto 1978, n. 461.

82. Preso atto delle osservazioni mosse a tale rilevazione dal Consiglio sanitario nazionale, si rende necessario procedere ad ulteriori approfondimenti che tengano conto anche delle spese insorte per la prima volta dopo la rilevazione della spesa 1977, dell'effetto di provvedimenti adottati o in corso di adozione e dei contratti e accordi di lavoro conclusi o in corso di conclusione alla immediata vigilia dell'approvazione del piano sanitario da parte del Governo, nonchè di altre ipotesi di sviluppo dei criteri di proie-

zione delle spese al 1980 adombrati dal Consiglio sanitario nazionale sul suo parere del 16 luglio 1979.

Le implicazioni finanziarie di tali approfondimenti saranno considerate in occasione del primo aggiornamento di piano.

R) LE SPESE DI PARTE CORRENTE DEL FONDO SANITARIO NAZIONALE

83. La valutazione e la proposta di ripartizione delle spese di parte corrente sono state determinate applicando i seguenti criteri:

a) *Individuazione della spesa regionale teorica.*

È stata utilizzata come base di calcolo una serie di valori medi nazionali di spesa per le varie funzioni: spesa capitaria per la medicina di base e per la medicina specialistica; spesa capitaria per i farmaci; spesa media per l'assistenza ospedaliera, eccetera.

Tali valori medi sono stati adottati in partenza uguali per tutte le Regioni ed hanno permesso di calcolare la spesa teoricamente necessaria per consentire, a partire dal 1980, la estensione dei servizi a tutti i cittadini e una perequazione dei livelli di spesa tra tutte le Regioni.

b) *Rettificazione della spesa regionale teorica.*

Dovendo tener conto della diversa intensità di rischio esistente nelle varie Regioni, anche in relazione ai tre progetti obiettivo per la tutela della salute dell'infanzia, delle persone anziane e dei lavoratori negli ambienti di lavoro, in mancanza di più precise informazioni epidemiologiche si è fatto ricorso, in questa prima occasione di piano, ad opportuni indicatori assunti come rappresentativi della diversità e della intensità del rischio prevalente nelle Regioni. In particolare si è fatto riferimento:

per i bambini al di sotto dei 12 anni: alla mortalità infantile;

per i cittadini in età lavorativa: alla incidenza degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali;

per gli anziani ultrasessantenni: al tasso di mortalità degli ultrasessantenni.

In base a tale criterio, si è dapprima ripartita la spesa teorica di ciascuna Regione secondo la consistenza numerica dei tre gruppi di cittadini presi in considerazione dai progetti-obiettivo; successivamente sono stati impiegati gli indicatori prescelti per correggere la distribuzione regionale delle spese, stabilendo una correlazione diretta tra l'andamento degli indicatori e l'importo regionale delle spese relative a ciascun gruppo di cittadini.

c) *Determinazione delle quote regionali per il triennio.*

La spesa rettificata relativa a ciascuna Regione, determinata nel modo illustrato al punto *b*), è stata ulteriormente corretta per tener conto di altri fattori, quali l'obiettiva incidenza delle situazioni esistenti, la necessità di assicurare in partenza la spesa teorica almeno per gli oneri correnti, la lentezza delle trasformazioni, alcune delle quali legate a tempi tecnici incomprimibili o condizionate da grosse difficoltà operative.

Per questi motivi viene assunto come principio generale che la perequazione tra Regioni può essere perseguita soltanto mediante una strategia di medio periodo, in quanto l'ampiezza delle differenze strutturali e qualitative rilevate nella spesa sanitaria delle Regioni italiane è tale da richiedere, per l'eliminazione degli squilibri, un arco di tempo valutabile in linea di larga massima con la durata dei primi due piani triennali. Ciò comporta l'impegno di verificare anno per anno il grado di conseguimento effettivo dell'obiettivo prefissato, riconsiderandone i limiti complessivi al termine del primo piano triennale.

Sulla base delle considerazioni svolte si è determinata, per ciascuna Regione e per l'anno 1980, la proiezione della spesa « storica » — riproducente cioè le manifestazioni e le attività rilevate nella situazione attuale —, integrata dalle maggiorazioni connesse alla estensione e alla uniformazione dei servizi a tutti i cittadini.

Le quote di spesa corrente da assegnare alle Regioni per gli anni 1980, 1981 e 1982, sono state ottenute aggiungendo, in senso algebrico, alla spesa « storica » innanzi specificata rispettivamente un sesto, due sesti e tre sesti della differenza tra la predetta spesa storica e quella teorica rettificata indicata al punto *b*), come fattore di riequilibrio parziale.

d) *Integrazione delle risorse da affidare alle Regioni.*

Si è, quindi, tenuto conto della esigenza di incrementare le risorse disponibili per consentire, oltre ad un adeguamento ed un potenziamento dei servizi intermedi in funzione dei progetti-obiettivo fissati per il triennio, anche un nuovo e decisivo impulso ai nuovi compiti attribuiti alle Regioni particolarmente in materia di educazione sanitaria, di formazione e di qualificazione del personale e in materia di ricerca finalizzata.

Per questi scopi, insieme alle risorse che si renderanno disponibili per effetto delle politiche di risparmio e di possibili riconversioni nelle attuali attività sanitarie, è stato previsto in questo primo piano sanitario un aumento della spesa pari al 2,5 per cento nel 1980, al 3 per cento nel 1981, al 3,5 per cento nel 1982.

Tale aumento è stato ripartito per Regioni sulla base della popolazione residente.

Dato il carattere qualificante delle iniziative alle quali è destinata tale maggiorazione di finanziamento, viene stabilito che siano riservate a ciascuna attività con carattere vincolante, parte delle risorse complessivamente messe a disposizione, essendo rimessa all'autonomia decisionale di ciascuna Regione di destinare la parte residua in base alle specifiche esigenze locali. Le quote minime da finalizzare per gli impieghi innovativi sono le seguenti:

formazione e riqualificazione del personale: 20 per cento della maggiorazione;

progetti-obiettivo 20 per cento della maggiorazione;

educazione sanitaria: 10 per cento della maggiorazione;

ricerca finalizzata: 10 per cento della maggiorazione.

Si tratta di una integrazione cospicua nella entità ed adeguata all'avvio dei compiti cui si riferisce.

È impegno del Governo accordare rilievo a questo tipo di finalizzazione delle risorse che esprime il senso della novità nell'azione del Servizio sanitario nazionale. È, altresì, impegno preciso delle Regioni di vincolare detta integrazione, qualitativamente e quantitativamente, alle indicazioni del piano, facendone oggetto di una rigorosa e puntuale rendicontazione.

In conseguenza dell'impegno che il piano sanitario richiede a tutti, cittadini e istituzioni, per realizzare una seria politica di risparmio, e nella misura in cui sarà possibile rendere disponibili ulteriori risorse per nuove e più qualificanti allocazioni, potranno essere elaborati nuovi metodi di attribuzione delle risorse che tengano conto delle iniziative e delle prove concrete che le Regioni avranno fornito di voler procedere in nuove direzioni.

84. Sulla scorta di quanto precede, l'importo e la rispartizione delle spese correnti alle Regioni per il triennio 1980-82 sono stabiliti come risulta dalla tabella allegata (v. tabella n. 13).

Le stime contenute nella tabella tengono conto di una ipotesi di aumento dei prezzi di acquisto dei beni e servizi, calcolato in misura pari all'incremento subito dall'indice ISTAT del costo della vita. È stata calcolato che detto indice sia aumentato del 28,8 per cento tra il 1977 e il 1979 e che aumenterà del 13,5 per cento tra il 1979 e il 1980.

Per quanto concerne i farmaci distribuiti al di fuori degli ospedali, la stima prevede che il costo *pro capite* cresca dal 1977 al 1980 del 12 per cento annuo, pari all'aumento registrato tra il 1977 e il 1978 nel costo medio per prescrizione.

La stima tiene conto, altresì, dell'effetto della riduzione dei consumi dei farmaci indotta dalla introduzione del *ticket*: detta riduzione è valutata in misura pari al 15 per cento del costo capitario complessivo.

TABELLA N. 13

FONDO SANITARIO NAZIONALE - SPESE DI PARTE CORRENTE

RIPARTIZIONE REGIONALE PER IL TRIENNIO 1980-1982

(*miliardi di lire* 1980)

REGIONI	Anno 1980	Anno 1981	Anno 1982
Piemonte	1.153,9	1.170,5	1.186,7
Valle d'Aosta	30,8	32,1	33,2
Lombardia	2.367,3	2.393,8	2.418,4
Provincia autonoma Bolzano	122,0	121,8	121,5
Provincia autonoma Trento	159,8	154,1	148,3
Veneto	1.296,5	1.286,7	1.276,0
Friuli Venezia Giulia	416,6	403,6	390,6
Liguria	548,9	542,3	535,4
Emilia-Romagna	1.196,8	1.181,7	1.166,2
Toscana	1.039,7	1.041,3	1.042,6
Umbria	226,3	228,2	230,0
Marche	395,7	396,1	396,2
Lazio	1.693,1	1.633,9	1.573,7
Abruzzi	329,1	334,6	339,9
Molise	71,2	75,6	80,1
Campania	1.382,8	1.429,0	1.474,5
Puglia	968,9	1.003,2	1.037,3
Basilicata	144,1	150,5	156,8
Calabria	462,5	487,6	512,7
Sicilia	1.159,1	1.212,5	1.264,6
Sardegna	428,9	442,9	456,9
ITALIA	15.594,0	15.722,0	15.841,6

S) LE SPESE IN CONTO CAPITALE DEL FONDO SANITARIO NAZIONALE

85. Nella determinazione delle spese in conto capitale, sono da considerare le seguenti indicazioni prioritarie:

a) tendere gradualmente a superare le condizioni di arretratezza delle Regioni meno attrezzate, specie meridionali;

b) adeguare le strutture e le attrezzature extraospedaliere, anche mediante la riconversione di quelle ospedaliere eccedenti;

c) potenziare le strutture aventi più diretta attinenza con i progetti-obiettivo definiti dal piano.

86. Data la carenza di informazioni analitiche aggiornate sulle disponibilità esistenti, sui fabbisogni stimati, sui costi unitari di predisposizione delle nuove strutture e di rinnovo delle attrezzature, le valutazioni formulate in questa prima elaborazione di piano hanno, di necessità, un valore indicativo.

Peraltro, l'articolo 51 della legge n. 833 definisce come elemento essenziale, ai fini della ripartizione delle risorse in conto capitale che sarà effettuata dal CIPE, le indicazioni contenute nei piani regionali.

Dati i limiti sopra ricordati e questa condizione metodologica posta dalla legge, le valutazioni concernenti le spese in conto capitale vengono espresse in forma complessiva per l'intero triennio, in attesa che l'acquisizione di nuove informazioni e la conoscenza dei contenuti dei piani regionali consentano una più specifica proposta di annualizzazione distinta per Regioni.

87. Tenuto conto dell'entità delle spese di investimento effettuate in passato nel settore sanitario e dell'esperienza di attuazione dell'articolo 14 del decreto legislativo convertito nella legge n. 492 del 1975, viene stimato che nel triennio 1980-82 siano sufficienti investimenti lordi per 1.500 miliardi circa in lire 1980, ripartiti in ragione dei tempi tecnici occorrenti per predisporre le progettazioni specifiche, nel modo seguente: 400 miliardi nel 1980, 500 nel 1981 e 600 miliardi nel 1982.

88. In attesa delle indicazioni che emergeranno dai piani regionali, sulla scorta delle informazioni disponibili, si è proceduto a valutare il fabbisogno di investimenti distintamente per costruzioni ospedaliere, per manutenzioni straordinarie e adeguamenti tecnologici e per servizi di prevenzione, di medicina di base, intermedi e per centri diurni polivalenti:

a) per quanto riguarda la disponibilità di posti-letto, la dotazione media nazionale risulta largamente superiore al fabbisogno espresso dal parametro empirico del 6 per mille, nel significato contingente già precisato. Solo quattro Regioni, il Molise, la Campania, la Basilicata e la Calabria, posseggono una dotazione inferiore ai sei posti-letto per mille abitanti, includendo nel computo dell'esistente i posti-letto degli ospedali pubblici generali e specializzati ed il 50 per cento dei posti-letto degli istituti privati convenzionati. Per integrare i 6.000 posti-letto mancanti nelle quattro Regioni indicate, viene calcolato che, ai costi medi per posto-letto rilevati a moneta 1980, occorrono nel triennio 280 miliardi;

b) per i lavori di manutenzione straordinaria e per il rinnovo tecnologico delle attrezzature ospedaliere, la stima è stata effettuata aggiornando ai prezzi del 1980 l'importo rilevato per l'analoga voce del 1977. In coerenza con l'obiettivo di disincentivare il potenziamento ospedaliero, viene stabilito un massimale per questo tipo di spese, finanziando le manutenzioni straordinarie e rinnovi tecnologici fino a un massimo di sette posti-letto per mille abitanti, nella prospettiva di una graduale riconversione delle disponibilità che eccedono tale limite. La stima relativa è di 330 miliardi di lire nel triennio;

c) il rimanente importo, di circa 890 miliardi nel triennio, viene assegnato per la realizzazione o il potenziamento delle altre strutture destinate ai servizi di prevenzione, alla medicina di base, ai servizi intermedi, ai centri diurni polivalenti.

Considerando che il costo delle nuove dotazioni è superiore al costo per la riconversione funzionale di strutture già esisten-

TABELLA N. 14

FONDO SANITARIO NAZIONALE - SPESE IN CONTO CAPITALE

RIPARTIZIONE REGIONALE PER IL TRIENNIO 1980-1982

(*miliardi di lire* 1980)

REGIONI	Costruzione di posti letto ospedalieri	Manutenzione straordinaria e adeguamento tecnologico	Altri investimenti (*a*)	PRESIDI MULTIZONALI con funzione interregionale (*b*)	Complesso
Piemonte	—	29,0	67,6	4,3	100,9
Valle d'Aosta	—	0,6	1,9	—	2,5
Lombardia	—	57,0	134,4	7,9	199,3
Provincia auton. Bolzano	—	2,7	6,8	0,2	9,7
Provincia auton. Trento	—	2,7	5,9	0,1	8,7
Veneto	—	27,6	55,0	4,5	87,1
Friuli Venezia Giulia	—	7,9	15,9	1,4	25,2
Liguria	—	12,0	24,3	2,9	39,2
Emilia-Romagna	—	25,2	56,2	5,0	86,4
Toscana	—	22,9	50,7	6,1	79,7
Umbria	—	5,1	11,5	1,5	18,1
Marche	—	9,0	17,9	0,7	27,6
Lazio	—	28,8	83,2	6,2	118,2
Abruzzi	—	7,8	18,4	2,2	28,4
Molise	20,8	1,5	6,5	0,4	29,2
Campania	152,1	24,0	103,1	5,8	285,0
Puglia	—	24,6	59,0	3,3	86,9
Basilicata	29,9	2,7	11,7	0,9	45,2
Calabria	77,8	8,4	41,3	2,2	129,7
Sicilia	—	25,8	86,4	7,2	119,4
Sardegna	—	7,9	28,5	3,2	39,6
ITALIA	280,6	333,2	886,2	66,0	1.566,0

(*a*) Investimenti per centri diurni polivalenti, per acquisizione e potenziamento dei servizi di medicina di base e dei servizi intermedi.

(*b*) Valori provvisori desunti da precedenti studi riguardanti la cardiochirurgia e gli Istituti zooprofilattici, da rideterminare ai sensi del punto 25, lettere *a*) e *b*), e del punto 88, lettera *d*).

ti, ai fini di una perequazione tra le regioni che tenga conto delle strutture disponibili, è stata effettuata in via provvisoria una ripartizione tra regioni, per l'intero triennio basata sui seguenti criteri:

il 50 per cento dell'importo è stato attribuito alle Regioni in proporzione della rispettiva popolazione prevista per il 1980-82;

il rimanente 50 per cento è stato attribuito rettificando gli importi proporzionali alla popolazione con coefficienti di correzione di valore inversamente proporzionale all'indicatore regionale di disponibilità di posti-letto per 1.000 abitanti;

d) infine, la dotazione complessiva in conto capitale è stata maggiorata di 66 miliardi per far fronte ad esigenze dei servizi multizonali con funzione interregionale, da distribuire in base ai criteri generali di tipologia quali-quantitativa e agli *standards* di soglia minima che saranno fissati in sede centrale e alle intese tra le Regioni che saranno definite in attuazione delle indicazioni del piano sanitario. Le cifre riportate nella tabella riassuntiva hanno pertanto mero valore indicativo e sono da riconsiderare alla luce dei nuovi criteri metodologici fissati dal piano.

89. Sulla scorta di quanto precede, l'importo e la ripartizione delle spese in conto capitale alle regioni, indistintamente per l'intero triennio 1980-82, sono stabiliti come risulta dalla tabella allegata (vedi tabella numero 14).

T) LE ALTRE SPESE SANITARIE NON COMPRESE NEL FONDO SANITARIO NAZIONALE

90. Per formulare il quadro d'insieme del costo del Servizio sanitario nazionale e per poter stabilire gli opportuni raffronti con il reddito nazionale, si rende necessario integrare le cifre delle precedenti tabelle con le spese centrali iscritte nel bilancio del Ministero della sanità e con le spese regionali del fondo comune delle Regioni per il funzionamento degli Assessorati alla sanità.

In particolare, si tratta delle seguenti componenti di spesa:

a) spese amministrative ordinarie delle Regioni a carico del fondo comune, per il funzionamento degli Assessorati alla sanità;

b) spese amministrative ordinarie a carico del bilancio del Ministero della sanità per il funzionamento degli uffici, del Consiglio sanitario nazionale, del Consiglio superiore di sanità, dell'Istituto superiore di sanità e dell'istituendo Istituto superiore per la prevenzione e sicurezza del lavoro.

Non essendo tali voci definite per l'anno 1980, ne viene data per ora segnalazione solo « per memoria » (v. tabella n. 15).

TABELLA N. 15

ANNO 1980

VOCI	SPESE (in miliardi di lire)			Incidenza % sul P.I.L. (*a*)
	Parte corrente	Parte conto capitale	Totale	
Fondo sanitario nazionale	15.594,0	446,0	16.040,0	5,22
Assessorati sanità (*b*)	*p. m.*	—	*p. m.*	—
Ministero sanità (*b*)	—	—	—	—
COMPLESSO (*c*)	—	—	—	—

(*a*) Per il confronto tra i vari aggregati della contabilità nazionale è stato adottato il prodotto interno lordo (P.I.L.). Il prodotto interno lordo per il 1980 viene stimato in lire 307.000 miliardi, in corrispondenza a quanto indicato nella Relazione previsionale per il 1980.

(*b*) Importi da determinare sulla base dei bilanci di previsione delle Regioni e del Ministero della sanità.

(*c*) La determinazione sarà possibile solo quando saranno note le informazioni di cui al punto (*b*).

INDICAZIONE ANALITICA DEL PROCEDIMENTO DI DETERMINAZIONE DEGLI AGGREGATI DI SPESA DEL FONDO SANITARIO NAZIONALE

PREMESSA

L'esposizione che segue ha lo scopo di indicare analiticamente i criteri adottati, le basi tecniche prescelte ed alcuni degli sviluppi di calcolo utilizzati per determinare gli importi contenuti nel piano sanitario triennale 1980-1982, specificatamente:

alla tabella 13: per le spese correnti da ripartire alle regioni;

alla tabella 14: per le spese in conto capitale.

La determinazione dei dati economici è preceduta dalla esposizione dettagliata delle necessarie ipotesi di natura demografica che sono state utilizzate.

Le basi tecniche demografiche sono riportate, appunto, nel paragrafo « previsioni relative alla popolazione » e si riferiscono alla generalità delle valutazioni effettuate.

PREVISIONI RELATIVE ALLA POPOLAZIONE

Le ipotesi di sviluppo e di composizione della popolazione utilizzate traggono origine da una proiezione agli anni 1980-1983 della popolazione residente per regione, sesso e gruppi di età elaborata dall'ISTAT.

La proiezione è basata sulle seguenti ipotesi:

popolazione di base: residente al 1° gennaio 1978;

fecondità generale costante o decrescente (base 1976-1977-1978);

mortalità costante (tavole regionali 1970-1972) ad eccezione della mortalità infantile ipotizzata in netta riduzione ed estrapolata secondo una curva esponenziale;

saldo migratorio decrescente.

Poichè detta proiezione si riferisce alle date del: 1° gennaio 1980; 1° gennaio 1981; 1° gennaio 1982 e 1° gennaio 1983, si è assunta come popolazione a metà di ciascun anno la media aritmetica di quelle fornite dall'ISTAT al 1° gennaio di due anni contermini.

Inoltre, supposta valida la ipotesi ISTAT di sviluppo e di ripartizione per gruppi di età anche per la popolazione attualmente assicurata per il rischio di malattia, si è ottenuta la distribuzione regionale per gruppi di età dei cittadini che nell'anno 1980 risulterebbero teoricamente assicurati contro la malattia secondo le norme del sistema mutualistico.

Per differenza rispetto alla popolazione regionale prevista è stato poi calcolato il numero dei cittadini che, sempre nel 1980, risulterebbero teoricamente non coperti da forme di assicurazione obbligatoria contro le malattie. È da notare che per quattro zone territoriali (Lombardia, Bolzano, Trento, Friuli-Venezia Giulia) che presentano un saldo negativo (ossia il numero di assicurati rilevato supera quello degli abitanti) si è assunta come popolazione assicurata la popolazione residente; per una quinta zona territoriale (Emilia) si registra un saldo positivo pressochè irrilevante.

Nei prospetti che seguono sono esposte:

PROSPETTO 1. — POPOLAZIONE RESIDENTE PREVISTA A META' ANNO PER GRUPPI DI ETA'.

Contiene l'elaborazione sulle previsioni ISTAT della popolazione residente per regione e per gruppi di età, riferita a metà degli anni 1980, 1981, 1982.

PROSPETTO 2. — PROIEZIONE ALL'ANNO 1980 DEGLI ASSICURATI NEL SISTEMA MUTUALISTICO.

Contiene la distribuzione della popolazione assicurata in regime mutualistico rilevata nel 1977. Contiene altresì la proiezione al 1980 del numero di assicurati per gruppi di età e la differenza con la popolazione residente esposta al prospetto 1.

POPOLAZIONE RESIDENTE PREVISTA

REGIONI	1980			
	Età 0-11	Età 12-59	Età 60 +	Totale
Piemonte	668.090	2.972.531	886.995	4.527.616
Valle d'Aosta	17.079	77.829	20.301	115.209
Lombardia	1.447.660	6.053.110	1.470.910	8.971.680
Provincia autonoma Bolzano	80.106	290.745	61.601	432.452
Provincia autonoma Trento	69.624	296.783	78.534	444.941
Veneto	727.399	2.920.816	708.960	4.357.175
Friuli-Venezia Giulia	174.655	801.944	270.826	1.247.425
Liguria	230.363	1.184.966	426.592	1.841.921
Emilia-Romagna	539.696	2.608.065	811.925	3.959.686
Toscana	502.162	2.328.004	761.301	3.591.467
Umbria	116.185	530.499	160.227	806.911
Marche	212.891	926.828	271.735	1.411.454
Lazio	873.774	3.423.774	767.024	5.064.572
Abruzzi	201.731	811.181	227.895	1.240.807
Molise	54.248	214.854	63.481	332.583
Campania	1.184.568	3.584.863	706.651	5.476.082
Puglia	841.969	2.565.991	536.297	3.944.257
Basilicata	121.473	403.207	95.747	620.427
Calabria	415.795	1.349.302	309.689	2.074.786
Sicilia	994.401	3.235.439	784.376	5.014.216
Sardegna	328.008	1.052.084	229.415	1.609.507
ITALIA	9.801.877	37.632.815	9.650.482	57.085.174

Fonte: ISTAT.

PROSPETTO N. 1

A METÀ ANNO PER GRUPPI DI ETÀ

1981				1982			
Età 0-11	Età 12-59	Età 60 +	Totale	Età 0-11	Età 12-59	Età 60 +	Totale
647.378	2.980.312	894.274	4.521.964	626.946	2.986.759	900.943	4.514.648
16.594	78.237	20.692	115.523	16.076	78.631	21.072	115.779
1.403.308	6.094.040	1.495.691	8.993.039	1.356.617	6.133.976	1.517.256	9.007.849
76.772	293.940	62.454	433.166	73.570	296.819	63.331	433.720
67.423	298.735	79.877	446.035	65.349	300.246	81.243	446.838
703.166	2.945.612	720.785	4.369.563	678.075	2.970.171	731.036	4.379.282
169.889	802.530	275.461	1.247.880	165.089	804.180	278.869	1.248.138
221.388	1.182.961	430.592	1.834.941	212.746	1.180.686	434.031	1.827.463
523.781	2.609.671	826.378	3.959.830	508.267	2.612.004	838.515	3.958.786
490.063	2.327.419	774.506	3.591.988	478.185	2.328.442	784.800	3.591.427
114.119	530.484	163.603	808.206	112.218	530.361	166.528	809.107
208.819	928.640	276.429	1.413.888	204.619	930.552	280.328	1.415.499
852.698	3.451.615	785.259	5.089.572	831.436	3.479.980	801.129	5.112.545
197.956	815.855	231.677	1.245.488	194.431	820.347	234.837	1.249.615
53.648	215.472	64.130	333.250	52.723	215.954	64.687	333.364
1.164.079	3.629.777	717.533	5.511.389	1.144.029	3.673.131	726.739	5.543.899
832.079	2.600.499	544.593	3.977.171	822.889	2.634.527	551.020	4.008.436
120.195	405.639	96.366	622.200	118.368	407.906	96.727	623.001
409.324	1.361.253	311.534	2.082.111	403.310	1.372.540	312.567	2.088.417
984.213	3.269.005	791.080	5.044.298	974.081	3.296.367	797.032	5.067.480
322.743	1.066.990	230.791	1.620.524	317.506	1.081.478	232.019	1.631.003
9.579.635	37.888.686	9.793.705	57.262.026	9.356.530	38.135.057	9.914.709	57.406.296

PROIEZIONE ALL'ANNO 1980 DEGLI

REGIONI	ASSICURATI 1977 (*a*)					
	INAM	Commercianti	Artigiani	Coldiretti	Altre mutue	Totale
Piemonte	2.798.959	256.678	374.558	436.127	655.800	4.522.122
Valle d'Aosta	51.246	7.611	9.758	14.271	23.276	106.162
Lombardia	6.061.067	503.656	772.547	343.510	1.207.294	8.888.074
Provincia autonoma Bolzano	—	30.526	34.107	74.563	290.487	429.683
Provincia autonoma Trento	—	29.488	37.038	46.752	327.878	441.156
Veneto	2.196.799	297.840	416.846	451.180	755.651	4.118.316
Friuli-Venezia Giulia	690.127	76.019	97.370	110.177	270.960	1.244.653
Liguria	945.956	136.548	126.442	102.989	531.826	1.843.761
Emilia-Romagna	2.204.408	280.599	411.512	344.814	710.312	3.951.645
Toscana	1.946.390	254.032	348.988	194.938	757.837	3.502.185
Umbria	436.730	41.115	60.045	73.565	171.523	782.978
Marche	720.466	87.950	161.323	135.649	280.126	1.385.514
Lazio	2.037.418	252.878	287.200	258.068	1.838.467	4.674.031
Abruzzi	502.295	67.302	99.673	243.652	239.365	1.152.287
Molise	114.414	16.175	25.041	99.810	60.219	315.659
Campania	2.405.837	235.739	260.368	451.971	1.172.321	4.526.236
Puglia	2.140.580	210.677	242.744	194.015	777.990	3.566.006
Basilicata	283.439	25.807	36.972	98.974	113.446	558.638
Calabria	1.132.018	93.998	110.583	126.615	429.455	1.892.669
Sicilia	2.528.288	231.609	422.970	259.177	1.030.164	4.472.208
Sardegna	768.804	68.874	126.722	135.998	371.392	1.471.790
ITALIA	29.965.241	3.205.121	4.462.807	4.196.815	12.015.789	53.845.773

(*a*) *Fonte:* Rilevazione Ministero della sanità presso enti mutualistici. I dati sono riferiti alla fine del 1977.
(*b*) La distribuzione per età è proporzionale alla corrispondente distribuzione della popolazione residente.

PROSPETTO N. 2

ASSICURATI NEL SISTEMA MUTUALISTICO

STIMA DEGLI ASSICURATI AL 1980 (*b*)								Incremento assistiti 1980 per estensione a tutta la popolazione
In complesso				Di cui coltivatori diretti				
Età 0-11	Età 12-59	Età 60 +	Totale	Età 0-11	Età 12-59	Età 60 +	Totale	
667.201	2.957.314	883.588	4.508.103	64.347	285.212	85.216	434.775	19.513
15.852	72.407	18.848	107.107	2.131	9.733	2.534	14.398	8.102
1.447.660	6.053.110	1.470.910	8.971.680	55.830	234.072	56.871	346.773	—
80.106	290.745	61.601	432.452	13.884	50.432	10.731	75.047	—
69.624	296.783	78.534	444.941	7.356	31.452	8.346	47.154	—
695.187	2.789.072	678.534	4.162.793	76.161	305.556	74.336	456.053	194.382
174.655	801.944	270.826	1.247.425	15.460	71.007	23.963	110.430	—
228.005	1.172.852	423.175	1.824.032	12.736	65.513	23.638	101.887	17.889
538.758	2.608.065	811.925	3.958.748	46.993	227.710	70.835	345.538	938
491.482	2.274.863	744.245	3.510.590	27.357	126.623	41.426	195.406	80.877
113.617	518.376	157.013	789.006	10.675	48.704	14.752	74.131	17.905
210.886	917.565	268.147	1.396.598	20.647	89.834	26.253	136.734	14.856
822.677	3.214.622	718.059	4.755.358	45.423	177.489	39.646	262.558	309.214
189.208	763.845	214.904	1.167.957	40.008	161.516	45.442	246.966	72.850
51.669	204.771	60.544	316.984	16.337	64.748	19.144	100.229	15.599
999.471	3.030.803	596.906	4.627.180	99.805	302.649	59.605	462.059	848.902
780.751	2.386.239	498.507	3.665.497	42.478	129.828	27.122	199.428	278.760
109.899	364.457	86.348	560.704	19.471	64.571	15.298	99.340	59.723
382.545	1.243.275	286.910	1.912.730	25.591	83.172	19.194	127.957	162.056
902.587	2.940.247	715.687	4.558.521	52.307	170.396	41.476	264.179	455.695
306.819	983.629	213.573	1.504.021	28.351	90.890	19.735	138.976	105.486
9.278.659	35.884.984	9.258.784	54.422.427	723.348	2.791.107	725.563	4.240.018	2.662.747

SPESE DI PARTE CORRENTE

NOTA METODOLOGICA. — La determinazione dell'importo complessivo del fondo sanitario nazionale e la proposta di una sua ripartizione alle Regioni che risulti coerente con gli obiettivi del piano, sono state ottenute attraverso un procedimento di rilevazione e di riequilibrio le cui fasi possono essere schematizzate nel modo seguente.

Fase 1. — Determinazione della spesa corrente cosiddetta « storica » proiettata all'anno 1980.

Si è valutata la spesa necessaria ad assicurare il livello delle prestazioni garantite dall'attuale sistema mutualistico, considerato, in pratica, inalterato. Peraltro sono state incluse alcune integrazioni di spesa derivanti dall'applicazione integrale delle convenzioni con le categorie sanitarie e dall'adozione generalizzata del prontuario farmaceutico con il *ticket*, poichè tali misure sono già in via di graduale estensione per i lavoratori autonomi nelle varie regioni.

Fase 2. — Determinazione della spesa corrente « storica » allargata a tutta la popolazione (1980).

Si tratta della spesa di cui alla fase 1 integrata dalle maggiorazioni conseguenti alla estensione dei servizi anche alla popolazione attualmente non compresa nel sistema mutualistico e nel presupposto che il livello di fruizione dei servizi stessi sia quello medio che ha dato luogo alla spesa valutata nella fase 1.

Fase 3. — Determinazione della spesa corrente « teorica » e « teorica rettificata » (1980).

La spesa « storica allargata » di cui alla fase 2 è stata ripartita per regione, in un primo tempo, basandosi esclusivamente sulla base di valori medi capitari di spesa assunti uguali per tutte le regioni (spesa regionale « teorica »). In un secondo tempo, la ripartizione regionale è stata « rettificata » per tener conto delle diverse intensità di rischio esistenti nelle varie regioni in relazione ai tre progetti obiettivo ed alla composizione demografica della popolazione residente.

Fase 4. — Determinazione degli importi regionali del fondo non integrato (1980-1982).

Gli importi da destinare alle regioni devono tener conto sia del graduale processo di perequazione tra le regioni che è obiettivo strategico del piano, sia della reale incidenza delle situazioni esistenti.

I valori regionali per il triennio sono stati pertanto ottenuti:

per il 1980, sommando, in senso algebrico, un sesto della differenza esistente tra la « spesa storica allargata » di cui alla fase 2 e la « spesa teorica rettificata » di cui alla fase 3;

per gli anni 1981 e 1982, partendo dagli importi del 1980 e aggiungendo, sempre in senso algebrico, un ulteriore sesto della predetta differenza per ciascun anno. Sono

stati altresì considerati gli oneri connessi con le variazioni della popolazione.

Fase 5. — Integrazione finalizzata delle risorse regionali (1980-1982).

Per consentire l'adeguamento ed il potenziamento dei servizi intermedi in funzione dei progetti obiettivo e per dare impulso ai nuovi compiti regionali in materia di educazione sanitaria, di formazione e qualificazione del personale, di ricerca finalizzata si è previsto di destinare nel triennio — oltre alle risorse che si renderanno disponibili per effetto delle politiche di risparmio e delle possibili riconversioni nelle attuali attività sanitarie — anche importi commisurati al 2,5 per cento, al 3 per cento, al 3,5 per cento della spesa complessiva del 1980.

L'attribuzione degli importi alle singole regioni è avvenuta sulla base della distribuzione della popolazione residente.

Successivamente gli importi relativi ai singoli anni sono stati maggiorati — anche se l'allocazione regionale è effettuata a puro titolo indicativo — per tener conto delle integrazioni finalizzate per potenziare servizi e strutture multizonali con funzione interregionale quali il settore della cardiochirurgia e cardiodiagnostica e gli istituti zooprofilattici sperimentali.

Fase 6. — Proposta di ripartizione regionale del fondo sanitario (1980-1982).

La proposta di ripartizione deriva dalla sommatoria degli « importi regionali » determinati alla fase 4 con le integrazioni finalizzate di cui alla fase 5.

Per il modo con cui è stata realizzata, è necessario sottolineare che la ripartizione proposta presuppone la costanza della spesa sanitaria capitaria in termini reali espressi in lire 1980. Di conseguenza, i valori 1981 e 1982 della ripartizione stessa dovranno essere trasformati in presumibili lire correnti dell'anno, quando si avranno maggiori elementi per effettuare previsioni sui costi e sui prezzi per gli anni in questione.

Va ricordato, infine, che tutte le valutazioni sono state effettuate tenendo conto delle condizioni previste dagli attuali contratti collettivi di lavoro, nonchè delle convenzioni con le categorie sanitarie vigenti alla data di redazione del piano.

Nel seguito è illustrata dettagliatamente ciascuna delle fasi in precedenza delineate.

FASE 1. — DETERMINAZIONE DELLA SPESA CORRENTE COSIDETTA « STORICA » PROIETTATA ALL'ANNO 1980.

La proiezione al 1980 della spesa corrente « storica » si basa sulle seguenti ipotesi fondamentali:

a) il livello delle prestazioni garantite dal sistema mutualistico è considerato inalterato. Peraltro sono state incluse alcune integrazioni di spesa derivanti dall'applicazione integrale delle convenzioni con le categorie sanitarie e dalla adozione generalizzata del prontuario farmaceutico con il *ticket*, poichè tali misure erano già in via di graduale estensione nelle varie zone per i lavoratori autonomi;

b) l'incidenza della popolazione comunque compresa nel « sistema » mutualistico è pari a quella rilevata nel 1977 e sono ipotizzati immutati gli attuali rapporti di composizione tra i settori di attività; la distribuzione degli assicurati per gruppi di età è desunta dall'ipotesi ISTAT sulla popolazione regionale residente;

c) le spese per funzioni sanitarie pubbliche — riferite quindi alla totalità della popolazione — sono state integralmente considerate;

d) le spese per il personale dipendente o convenzionato includono le dinamiche delle retribuzioni previste dai contratti o dalle convenzioni vigenti al 1° gennaio 1979, nonchè gli incrementi per aumento del personale dovuto alla crescita naturale della popolazione assicurata.

Le principali basi tecniche utilizzate si riferiscono:

alla distribuzione regionale dei cittadini che, in assenza di riforma, risulterebbero nel 1980 assicurati contro le malattie, ripartiti per settore di attività e per gruppi di età (prospetti 1 e 2);

alla rilevazione della spesa sanitaria per il 1977 effettuata dai Ministeri del tesoro e della sanità. Detta rilevazione è stata effettuata sulla base dei modelli riportati in allegato in cui compaiono tutte le voci di spesa in seguito utilizzate.

La spesa « storica » è stata valutata distintamente secondo le seguenti componenti:

A. — Spesa per profilassi e vigilanza igienica;

B. — Spesa trasferita a norma dell'articolo 81 della legge n. 833;

C. — Spesa per medicina generale;

D. — Spesa per farmaci;

E. — Spesa ospedaliera;

F. — Spesa per medicina specialistica extraospedaliera;

G. — Spesa per altre prestazioni (ostetrica, integrativa, ecc.);

H. — Spese generali ed organizzative;

I. — Spese delle regioni;

L. — Spese per poste correttive da portare in detrazione.

Il criterio generale per ottenere la proiezione al 1980 di ciascuna delle componenti di spesa indicate è stato quello di considerare separatamente le variazioni di spesa per il personale e per l'acquisto di beni e servizi.

Le spese per il personale sono state calcolate nel modo seguente.

Per il personale dipendente è stato tenuto conto dei maggiori oneri derivanti:

dall'aumento delle indennità di contingenza;

dai rinnovi contrattuali già avvenuti;

dalla normale progressione economica delle carriere.

L'aumento della indennità di contingenza è stato calcolato sulla base del prodotto del numero di addetti (già utilizzato per l'assegnazione delle quote regionali per il 1979) per i seguenti importi (comprensivi di tredicesima e di oneri riflessi):

per l'anno 1978 (punti trimestrali di incremento 4, 5, 6, 5) lire 705.083 *pro capite*;

per l'anno 1979 (punti trimestrali di incremento 6, 7, 6, 6) lire 889.901 *pro capite*;

per l'anno 1980 (punti trimestrali di incremento 6, 6, 5, 5) lire 982.599 *pro capite*.

Gli oneri derivanti da rinnovi contrattuali conclusi alla data di redazione del piano si riferiscono, come detto in precedenza, esclusivamente alle maggiori spese già valutate e distribuite alle regioni in occasione delle assegnazioni di fondi per il 1979. Per il triennio 1980-1982 non è stata quindi prevista, a questo titolo, alcuna maggiorazione.

Per maggiori oneri conseguenti alle naturali progressioni economiche delle carriere sono stati inclusi importi pari al 2,5 per cento annuo, calcolati sulla base delle retribuzioni 1977.

Per il personale convenzionato ridimensionando le spese sulla base delle convenzioni uniche vigenti nel 1979. È opportuno ricordare che, per quanto concerne i medici, le convenzioni, come noto, dovranno essere rinnovate dal 1° gennaio 1981.

Le spese per l'acquisto di beni e servizi sono state ottenute applicando a quelle rilevate per il 1977 un coefficiente di variazione prezzi pari a 1,462, ottenuto sulla base degli indici di variazione dei prezzi al consumo pari a:

12,5 per cento nel 1978 rispetto al 1977;

14,5 per cento nel 1979 rispetto al 1978;

13,5 per cento previsione per il 1980 rispetto al 1979.

A. — SPESA PER PROFILASSI E VIGILANZA IGIENICA

La determinazione della spesa trae le sue origini, sostanzialmente, dall'onere sostenuto dai comuni nell'anno 1977 ripartito in « spesa per il personale » e « spesa per l'acquisizione di beni e servizi ».

La rilevazione analitica di cui al modello 1 allegato indica:

Anno 1977	Miliardi
Spesa per il personale (codici 116 e 117)	366,5
Spesa per acquisto di beni e servizi codici 120, 151 e 152)	151,4
Totale . . .	517,9

La proiezione al 1980 si ottiene aggiungendo alla spesa del personale:

	Miliardi
per rinnovi contrattuali relativi agli anni 1978 e 1979	81,1
per indennità di contingenza riferita a 50.400 unità	129,9
per progressioni di carriera (7,5%)	27,5

Detti importi sono stati attribuiti alle regioni in proporzione alla spesa rilevata per il 1977.

La spesa per acquisizione di beni e servizi è stata incrementata del 46,2 per cento (1,125 x 1,145 x 1,135).

Il valore complessivo e la ripartizione per regione della spesa storica al 1980 sono riportati nel prospetto 3.

PROSPETTO N. 3

A) SPESA PER PROFILASSI E VIGILANZA IGIENICA

(*in milioni di lire*)

REGIONI	1977			1980		
	Spesa per il personale	Spesa per beni e servizi	Totale	Spesa per il personale	Spesa per beni e servizi	Totale
Piemonte	23.772,4	11.597,5	35.369,9	39.243,1	16.956,1	56.199,2
Valle d'Aosta	637,8	232,0	869,8	1.052,9	339,2	1.392,1
Lombardia	50.702,9	19.101,6	69.804,5	83.699,6	27.927,5	111.627,1
Provincia autonoma Bolzano	3.530,3	838,3	4.368,6	5.827,8	1.225,6	7.053,4
Provincia autonoma Trento	6.033,4	3.667,2	9.700,6	9.959,8	5.361,6	15.321,4
Veneto	23.404,3	13.141,4	36.545,7	38.635,4	19.213,4	57.848,8
Friuli-Venezia Giulia	11.617,6	14.200,9	25.818,5	19.178,1	20.762,4	39.940,5
Liguria	8.487,0	2.733,9	11.220,9	14.010,2	3.997,1	18.007,3
Emilia-Romagna	30.190,7	10.253,7	40.444,4	49.838,3	14.991,4	64.829,7
Toscana	26.660,6	22.227,4	48.888,0	44.010,9	32.497,7	76.508,6
Umbria	6.434,7	3.304,5	9.739,2	10.622,3	4.831,3	15.453,6
Marche	9.974,8	2.280,1	12.254,9	16.466,2	3.333,6	19.799,8
Lazio	21.928,1	6.201,4	28.129,5	36.198,5	9.066,8	45.265,3
Abruzzi	6.942,9	1.102,2	8.045,1	11.461,2	1.611,5	13.072,7
Molise	2.177,6	177,4	2.355,0	3.594,7	259,4	3.854,1
Campania	23.217,5	20.101,1	43.318,6	38.327,1	29.388,8	67.715,9
Puglia	25.750,6	10.148,9	35.899,5	42.508,7	14.838,2	57.346,9
Basilicata	4.165,6	982,4	5.148,0	6.876,5	1.436,3	8.312,8
Calabria	13.652,4	2.161,1	15.813,5	22.537,1	3.159,6	25.696,7
Sicilia	52.552,4	5.186,1	57.738,5	86.752,7	7.582,3	94.335,0
Sardegna	14.647,8	1.820,5	16.468,3	24.180,3	2.661,7	26.842,0
ITALIA	366.481,4	151.459,6	517.941,0	604.981,4	221.441,5	826.422,9

B. — TRASFERIMENTI A NORMA DELL'ARTICOLO 81 DELLA LEGGE N. 833

Si tratta essenzialmente del contributo di 136 miliardi destinato dalla legge 30 marzo 1971, n. 118, all'assistenza sanitaria protesica e specifica a favore dei mutilati ed invalidi, importo che, ai sensi dell'articolo 81 della legge n. 833, è trasferito alla competenza regionale. Sono stati aggiunti 1,3 miliardi per altri contributi statali da trasferire alle regioni.

L'attribuzione degli importi alle regioni indicata nel prospetto 4 è effettuata sulla base della popolazione residente prevista al 1980 (prospetto 1).

PROSPETTO N. 4

B) TRASFERIMENTI A NORMA DELL'ART. 81 DELLA LEGGE N. 833

(*in milioni di lire*)

REGIONI	ANNO 1980
Piemonte	10.890,3
Valle d'Aosta	276,6
Lombardia	21.583,4
Provincia autonoma Bolzano	1.039,0
Provincia autonoma Trento	1.070,3
Veneto	10.479,0
Friuli-Venezia Giulia	2.999,2
Liguria	4.430,2
Emilia-Romagna	9.524,2
Toscana	8.636,7
Umbria	1.940,9
Marche	3.393,6
Lazio	12.181,8
Abruzzi	2.984,7
Molise	800,9
Campania	13.170,3
Puglia	9.485,7
Basilicata	1.491,2
Calabria	4.990,6
Sicilia	12.059,2
Sardegna	3.872,2
ITALIA	137.300,0

C. — MEDICINA GENERALE

Per la valutazione della spesa storica proiettata al 1980 per medicina generale è stata presa a base la convenzione con i medici generici, condotti e pediatri avente validità 1° gennaio 1978-31 dicembre 1980.

Già nel 1980, primo anno di applicazione del piano, a termini di convenzione, i medici dovrebbero essere compensati mediante una quota capitaria per ciascun assicurato indifferenziata rispetto al settore di attività dell'assicurato stesso; fanno eccezione solo i coltivatori diretti per i quali la convenzione ha previsto per il 1980 quote capitarie inferiori.

Nel prospetto 5 sono indicate le quote capitarie medie assunte a base per la determinazione della spesa regionale calcolata separatamente per gli assicurati non coldiretti e per i coldiretti (prospetto 6 per l'anno 1977 e prospetti 7 e 8 per l'anno 1980).

Le quote capitarie del prospetto 5 sono derivate dagli allegati economici contenuti nella convenzione e sono calcolate nel modo seguente:

— la « quota base » è costituita dalla media aritmetica delle quote relative alle classi centrali di anzianità di laurea del medico;

— la « quota media aggiuntiva » è dovuta alle maggiorazioni medie per libretto sanitario, disagiata residenza e popolazione sparsa;

— la « quota per costo della vita » è calcolata in base a lire 30 per punto su una media di 14 punti per anno;

— la « quota per prestazioni extra » è stata determinata presupponendo una spesa complessiva pari a quella sostenuta attualmente;

— la guardia medica, l'indennità di ferie ed il contributo ENPAM sono conformi a quanto previsto dalla convenzione mentre è stata invece eliminata la spesa capitaria per

PROSPETTO N. 5

MEDICINA GENERALE - DETERMINAZIONE DELLA QUOTA CAPITARIA MEDIA PER IL 1980

VOCI	ASSICURATI ESCLUSI COLDIRETTI			COLDIRETTI		
	Età — 12	Età 12-59	Età 60 +	Età — 12	Età 12-59	Età 60 +
Quota base	15.137	13.537	16.187	8.025	7.160	8.558
Quota media aggiuntiva	300	300	300	50	50	50
Quota per costo della vita	840	840	840	840	840	840
Quota per prestazioni extra	75	75	75	75	75	75
Totale 1)	16.352	14.752	17.402	8.990	8.125	9.553
Indennità di ferie (8,33 % di Totale 1)	1.362	1.229	1.450	749	677	796
Totale 2)	17.714	15.981	18.852	9.739	8.802	10.349
ENPAM (11,5 % di Totale 2)	2.037	1.838	2.168	1.120	1.012	1.190
Guardia medica	1.000	1.000	1.000	100	100	100
Totale quota capitaria	20.751	18.819	22.020	10.959	9.914	11.639

PROSPETTO N. 6

SPESA PER LA MEDICINA GENERALE - ANNO 1977

(*in milioni di lire*)

REGIONI	Assicurati non coldiretti	Coldiretti	Complesso
Piemonte	55.996,2	444,7	56.440,9
Valle d'Aosta	1.292,7	—	1.292,7
Lombardia	107.642,1	782,4	108.424,5
Provincia autonoma Bolzano	3.761,1	3,1	3.764,2
Provincia autonoma Trento	4.160,7	196,6	4.357,3
Veneto	44.133,2	848,7	44.981,9
Friuli Venezia Giulia	13.924,0	5,7	13.929,7
Liguria	25.637,9	16,2	25.654,1
Emilia-Romagna	46.367,9	2.088,2	48.456,1
Toscana	47.563,3	1.048,1	48.611,4
Umbria	9.938,9	263,5	10.202,4
Marche	15.321,5	524,8	15.846,3
Lazio	69.370,1	1.513,7	70.883,8
Abruzzi	11.841,4	1.390,9	13.232,3
Molise	2.764,8	499,0	3.263,8
Campania	73.519,8	2.268,0	75.787,8
Puglia	48.955,0	1.031,5	49.986,5
Basilicata	7.375,9	550,6	7.926,5
Calabria	33.117,4	531,1	33.648,5
Sicilia	68.457,6	2.264,3	70.721,9
Sardegna	22.543,6	284,6	22.828,2
ITALIA	713.685,1	16.555,7	730.240,8
ENPAO-ENPAIA-CC.MM.-C. Locali	7.421,4	—	7.421,4
TOTALE	721.106,5	16.555,7	737.662,2

PROSPETTO N. 7

SPESA PER LE QUOTE CAPITARIE AD ASSICURATI NON COLDIRETTI - ANNO 1980

REGIONI	Età 0-11	Età 12-59	Età 60 +	TOTALE
Piemonte	12.509,8	50.286,3	17.580,2	80.376,3
Valle d'Aosta	284,7	1.179,5	359,2	1.823,4
Lombardia	28.881,8	109.508,5	31.137,1	169.527,4
Provincia autonoma Bolzano	1.374,7	4.522,4	1.120,2	7.017,3
Provincia autonoma Trento	1.292,1	4.993,3	1.545,5	7.830,9
Veneto	12.845,4	46.737,3	13.304,4	72.887,1
Friuli-Venezia Giulia	3.303,4	13.755,5	5.435,9	22.494,8
Liguria	4.467,0	20.839,0	8.797,8	34.103,8
Emilia-Romagna	10.204,6	44.795,9	16.318,8	71.319,3
Toscana	9.631,1	40.427,7	15.476,1	65.534,9
Umbria	2.136,1	8.838,8	3.132,6	14.107,5
Marche	3.947,6	15.577,1	5.326,5	24.851,2
Lazio	16.128,8	57.155,8	14.938,7	88.223,3
Abruzzi	3.096,0	11.335,2	3.731,6	18.162,8
Molise	733,2	2.635,1	911,6	4.279,9
Campania	18.668,9	51.341,1	11.831,4	81.841,4
Puglia	15.319,9	42.463,4	10.379,9	68.163,2
Basilicata	1 876,5	5.643,6	1.564,5	9.084,6
Calabria	7.407,1	21.832,0	5.895,1	35.134,2
Sicilia	17.644,1	52.125,8	14.846,1	84.616,0
Sardegna	5.778,5	16.800,4	4.268,3	26.847,2
ITALIA	177.531,3	622.793,7	187.901,5	988.226,5

PROSPETTO N. 8

SPESE PER LE QUOTE CAPITARIE AD ASSICURATI COLDIRETTI - ANNO 1980

REGIONI	Età 0-11	Età 12-59	Età 60 +	TOTALE
Piemonte	705,2	2.827,6	991,8	4.524,6
Valle d'Aosta	23,4	96,5	29,5	149,4
Lombardia	611,8	2.320,6	661,9	3.594,3
Provincia autonoma Bolzano	152,2	500,0	124,9	777,1
Provincia autonoma Trento	80,6	311,8	97,1	489,5
Veneto	834,6	3.029,3	865,2	4.729,1
Friuli-Venezia Giulia	169,4	704,0	278,9	1.152,3
Liguria	139,6	649,5	275,1	1.064,2
Emilia-Romagna	515,0	2.257,5	824,4	3.596,9
Toscana	299,8	1.255,3	482,2	2.037,3
Umbria	117,0	482,8	171,7	771,5
Marche	226,3	890,6	305,6	1.422,5
Lazio	497,8	1.759,6	461,4	2.718,8
Abruzzi	438,4	1.601,3	528,9	2.568,6
Molise	179,0	641,9	222,8	1.043,7
Campania	1.093,8	3.000,5	693,8	4.788,1
Puglia	465,5	1.287,1	315,7	2.068,3
Basilicata	213,4	640,1	178,1	1.031,6
Calabria	280,5	824,6	223,4	1.328,5
Sicilia	573,2	1.689,3	482,7	2.745,2
Sardegna	310,7	901,1	229,7	1.441,5
ITALIA	7.927,2	27.671,0	8.444,8	44.043,0

PROSPETTO N. 9

SPESA PER LA MEDICINA GENERALE - ANNO 1980

REGIONI	QUOTE CAPITARIE		Visite occasionali	Maggiorazioni pediatria	TOTALE
	Assicurati non coldiretti	Coldiretti			
Piemonte	80.376,3	4.524,6	840,0	661,7	86.402,6
Valle d'Aosta	1.823,4	149,4	387,5	16,7	2.377,0
Lombardia	169.527,4	3.594,3	1.975,0	1.474,7	176.571,4
Provincia auton. Bolzano	7.017,3	777,1	1.300,0	76,3	9.170,7
Provincia auton. Trento	7.830,9	489,5	957,5	68,6	9.346,5
Veneto	72.887,1	4.729,1	3.830,0	717,4	82.163,6
Friuli-Venezia Giulia	22.494,8	1.152,3	807,5	173,6	24.628,2
Liguria	34.103,8	1.064,2	2.122,5	232,8	37.523,3
Emilia-Romagna	71.319,3	3.596,9	2.967,5	537,0	78.420,7
Toscana	65.534,9	2.037,3	2.217,5	507,6	70.297,3
Umbria	14.107,5	771,5	247,5	115,3	15.241,8
Marche	24.851,2	1.422,5	887,5	210,8	27.372,0
Lazio	88.223,3	2.718,8	1.990,0	884,3	93.816,4
Abruzzi	18.162,8	2.568,6	1.535,0	189,7	22.456,1
Molise	4.279,9	1.043,7	40,0	48,3	5.411,9
Campania	81.841,4	4.788,1	1.212,5	1.180,2	89.022,2
Puglia	68.163,2	2.068,3	390,0	852,8	71.474,3
Basilicata	9.084,6	1.031,6	40,0	116,5	10.272,7
Calabria	35.134,2	1.328,5	372,5	418,9	37.254,1
Sicilia	84.616,0	2.745,2	565,0	1.006,1	88.932,3
Sardegna	26.847,2	1.441,5	315,0	326,5	28.930,2
ITALIA	988.226,5	44.043,0	25.000,0	9.815,8	1.067.085,3

IVA (14%) in quanto abolita a partire dal 1° aprile 1979.

Nel prospetto 9 viene riepilogata la spesa complessiva per medicina generale sommando agli oneri per « quote capitarie » le spese stimate per visite occasionali e per assistenza pediatrica.

L'onere per visite occasionali (circa 10 milioni di visite ad un costo medio di lire 2.500) è stato ripartito per regione in base alla distribuzione percentuale delle presenze negli esercizi alberghieri ed extralberghieri in Italia nel 1977 rilevata dall'ISTAT.

La maggiorazione per assistenza pediatrica è stata stimata supponendo che in ogni regione solo il 10 per cento dei bambini possa, in questa prima fase del piano, scegliere come medico di fiducia un medico pediatra.

D. — FARMACI

Dalla rilevazione della spesa sanitaria per il 1977 si è calcolato il costo medio capitario per farmaci erogati fuori dell'ambito ospedaliero e relativo a tutti gli assicurati, esclusi i lavoratori autonomi: detto costo medio risulta pari a lire 37.300. Modelli 4 e 6 codice 710.

La proiezione al 1980 della spesa per farmaci è stata basata sulle seguenti ipotesi:

il numero medio di prescrizioni *pro capite* rimane quello accertato nel 1977 per tutti gli Enti mutualistici ad eccezione di quelli dei lavoratori autonomi;

il costo medio per prescrizione si incrementa del 12 per cento annuo, misura pari all'aumento registrato tra il 1977 ed il 1978;

gli effetti complessivi previsti dall'applicazione del *ticket* sono valutati in misura pari ad una diminuzione del 15 per cento dei costi;

l'adozione generalizzata del prontuario terapeutico anche ai lavoratori autonomi;

gli assicurati coldiretti vengono equiparati, per la loro ridotta frequenza al ricorso, agli assicurati del settore agricolo dell'INAM (costo medio capitario 1977 pari a lire 22.900).

In conseguenza il costo capitario per il 1980 da applicare per la proiezione della spesa storica risulta pari a lire 44.544 per tutti gli assicurati non coldiretti e a lire 27.347 per i coldiretti.

Nei prospetti 10 e 11 sono riportati gli oneri per farmaci per le due categorie di assicurati innanzi indicate per gli anni 1977 e 1980.

E. — OSPEDALIERA

La spesa storica ospedaliera deriva dalla citata rilevazione per il 1977 della spesa sanitaria. Essa è stata determinata utilizzando le seguenti componenti:

spesa degli ospedali pubblici generali e specializzati;

spesa degli ospedali pubblici psichiatrici;

spesa per ospedali e case di cura convenzionati.

Nel prospetto 12 sono indicati i riepiloghi di spesa 1977 assunti a base per la proiezione al 1980. Detti riepiloghi sono costituiti dagli importi rubricati rispettivamente:

per gli ospedali pubblici generali e specializzati:

spese per il personale: Modello 2 codice 111, 112, 113, 114, 115;

spese per acquisto di beni e servizi: Modello 2 codice 121, 122, 123, 124, 133, 150, 160;

per gli ospedali pubblici psichiatrici:

spese per il personale: Modello 7 codice 110;

spese per acquisto di beni e servizi: Modello 7 codice 610, 120, 150, 160;

PROSPETTO N. 10

SPESA PER FARMACI - ANNO 1977

(*in milioni di lire*)

REGIONI	Assicurati non coldiretti	Coldiretti	Complesso
Piemonte	103.519,5	3.097,5	106.617,0
Valle d'Aosta	2.137,7	—	2.137,7
Lombardia	234.029,6	2.805,7	236.835,3
Provincia autonoma Bolzano	7.191,1	691,4	7.882,5
Provincia autonoma Trento	9.577,2	791,8	10.369,0
Veneto	100.053,1	3.240,8	103.293,9
Friuli-Venezia Giulia	30.763,0	—	30.763,0
Liguria	64.952,2	725,4	65.677,6
Emilia-Romagna	109.656,6	1.369,5	111.026,1
Toscana	101.871,0	63,0	101.934,0
Umbria	24.222,9	—	24.222,9
Marche	41.240,4	872,0	42.112,4
Lazio	177.253,4	3.244,9	180.498,3
Abruzzi	30.198,7	2.210,8	32.409,5
Molise	5.930,2	—	5.930,2
Campania	162.999,9	8.406,1	171.406,0
Puglia	114.401,2	1.803,5	116.204,7
Basilicata	13.075,8	1.424,1	14.499,9
Calabria	64.713,9	550,3	65.264,2
Sicilia	185.221,2	—	185.221,2
Sardegna	39.794,9	—	39.794,9
ITALIA	1.622.803,5	31.296,8	1.654.100,3
ENPAO-ENPAIA-CC.MM.-C. Locali	12.929,7	—	12.929,7
TOTALE	1.635.733,2	31.296,8	1.667.030,0

PROSPETTO N. 11

SPESA PER FARMACI - ANNO 1980

(*in milioni di lire*)

REGIONI	Assicurati non coldiretti	Coldiretti	TOTALE
Piemonte	181.442,3	11.889,8	193.332,1
Valle d'Aosta	4.129,6	393,7	4.523,3
Lombardia	384.187,5	9.483,2	393.670,7
Provincia autonoma Bolzano	15.920,2	2.052,3	17.972,5
Provincia autonoma Trento	17.719,5	1.289,5	19.009,0
Veneto	165.113,0	12.471,6	177.584,6
Friuli-Venezia Giulia	50.646,3	3.019,9	53.666,2
Liguria	76.711,2	2.786,3	79.497,5
Emilia-Romagna	160.946,8	9.449,4	170.396,2
Toscana	147.671,6	5.343,8	153.015,4
Umbria	31.843,4	2.027,3	33.870,7
Marche	56.119,4	3.739,3	59.858,7
Lazio	200.127,3	7.180,2	207.307,5
Abruzzi	41.024,6	6.753,8	47.778,4
Molise	9.655,1	2.741,0	12.396,1
Campania	185.531,1	12.635,9	198.167,0
Puglia	154.392,6	5.453,8	159.846,4
Basilicata	20.551,0	2.716,7	23.267,7
Calabria	79.500,9	3.499,2	83.000,1
Sicilia	191.287,2	7.224,5	198.511,7
Sardegna	60.804,6	3.800,6	64.605,2
ITALIA	2.235.325,2	115.951,8	2.351.277,0

PROSPETTO N. 12

SPESA OSPEDALIERA - ANNO 1977

(in milioni di lire)

REGIONI	OSPEDALI PUBBLICI			OSPEDALI PSICHIATRICI			Ospedaliera convenzionata	TOTALE
	Personale	Beni e servizi	Totale	Personale	Beni e servizi	Totale		
Piemonte	225.172,0	111.372,0	336.544,0	15.937,2	50.366,0	66.303,2	37.000,0	439.847,2
Valle d'Aosta	5.892,0	2.429,0	8.321,0	327,8	1.566,5	1.894,3	137,0	10.352,3
Lombardia	518.641,0	208.353,0	726.994,0	47.776,2	37.700,7	85.476,9	99.983,0	912.453,9
Provincia auton. Bolzano	25.344,6	10.144,9	35.489,5	866,6	3.746,5	4.613,1	7.661,7	47.764,3
Provincia auton. Trento	32.900,0	13.351,0	46.251,0	6.266,2	4.721,7	10.987,9	10.994,0	68.232,9
Veneto	318.794,0	147.420,0	466.214,0	26.362,5	23.575,4	49.937,9	44.800,0	560.951,9
Friuli-Venezia Giulia	98.033,0	36.236,0	134.269,0	11.603,5	8.330,4	19.933,9	19.079,0	173.281,9
Liguria	112.168,0	48.375,0	160.543,0	15.506,6	12.015,8	27.522,4	26.628,0	214.693,4
Emilia-Romagna	267.936,0	123.682,0	391.618,0	20.644,0	27.877,5	48.521,5	43.896,0	484.035,5
Toscana	214.280,0	108.067,0	322.347,0	23.608,1	35.970,2	59.578,3	30.800,0	412.725,3
Umbria	51.307,0	21.135,7	72.442,7	4.785,7	3.410,9	8.196,6	1.697,6	82.336,9
Marche	91.411,0	37.160,0	128.571,0	11.130,6	7.323,7	18.454,3	17.216,0	164.241,3
Lazio	232.372,0	127.841,0	360.213,0	14.804,2	37.821,0	52.625,2	330.239,0	743.077,2
Abruzzi	71.642,7	30.969,3	102.612,0	1.298,0	12.203,7	13.501,7	5.091,0	121.204,7
Molise	10.472,0	4.563,0	15.035,0	244,0	3.296,0	3.540,0	1.050,0	19.625,0
Campania	182.545,0	71.440,0	253.985,0	16.900,5	40.430,9	57.331,4	131.011,0	442.327,4
Puglia	201.325,0	61.558,0	262.883,0	2.241,6	43.447,2	45.688,8	33.076,0	341.647,8
Basilicata	20.668,9	9.546,9	30.215,8	608,1	8.455,7	9.063,8	2.270,0	41.549,6
Calabria	64.777,0	26.127,0	90.904,0	8.369,6	7.649,5	16.019,1	26.748,0	133.671,1
Sicilia	168.254,6	64.141,1	232.395,7	14.236,5	26.454,1	40.690,6	41.420,0	314.506,3
Sardegna	67.214,1	28.368,8	95.582,9	10.773,3	11.199,6	21.972,9	18.765,3	136.321,1
ITALIA	2.981.149,9	1.292.280,7	4.273.430,6	254.290,8	407.563,0	661.853,8	929.562,6	5.864.847,0

per gli ospedali e case di cura convenzionati:

spese per personale e per beni e servizi non scomponibili: Modello 3 codice 601, 602, 603, 604, 605.

La proiezione al 1980 è stata ottenuta incrementando la spesa per acquisto di beni e servizi e la spesa per ospedaliera convenzionata (che non risulta scomponibile) delle seguenti percentuali:

anno 1978 + 12,5%
anno 1979 + 14,5%
anno 1980 + 13,5%

Le spese per il personale sono state incrementate dei seguenti importi:

	Personale degli ospedali pubblici	
	Generali e specializzati	Psichiatrici
	(miliardi di lire)	
rinnovi contrattuali già considerati nell'attribuzione della spesa per il 1979	394,0	56,4
indennità di contingenza (400.000 e 35.000 unità di personale)	1.031,0	90,2
sviluppo economico delle carriere	223,5	19,1
	1.648,5	165,7

La distribuzione per regione degli incrementi è avvenuta in proporzione alla spesa rilevata per il 1977. Va tuttavia aggiunto che non si è tenuto conto delle eventuali conseguenze economiche relative alla parificazione delle retribuzioni del personale degli ospedali psichiatrici a quella degli ospedali generali.

Nel prospetto 13 è indicata la spesa globale « storica » proiettata al 1980 ripartita secondo le componenti « personale » e « beni e servizi ».

F. — SPECIALISTICA EXTRAOSPEDALIERA

La spesa storica della specialistica deriva anch'essa dalla citata rilevazione dell'anno 1977; è importante rilevare che tutte le spese che si riferiscono a prestazioni specialistiche erogate presso gli ospedali pubblici sono già state valutate perchè inserite nella spesa ospedaliera.

La spesa della specialistica per l'anno 1977 proviene dalle seguenti componenti:

specialistica a gestione diretta

personale convenzionato: Modelli 4 e 6, codice 703;

personale dipendente: Modelli 4 e 6, codice 110;

acquisto di beni e servizi: Modelli 4 e 6, codici 704 e 707;

specialistica convenzionata

specialisti e gabinetti esterni: Modelli 4 e 6, codice 708.

Fa eccezione la specialistica erogata da Casse marittime, ENPAIA ed ENPAO che è ripartita secondo le componenti predette ma non è scomponibile per regione. La distribuzione della corrispondente spesa per regione è stata effettuata in proporzione al numero degli assicurati.

La spesa per il 1980 è stata ottenuta coi seguenti incrementi:

	(*miliardi*)
per il personale convenzionato (ossia medici specialisti ambulatoriali)	
indennità di contingenza (28 punti x L. 18,37 x 11 milioni di ore) .	5,7
progressione per scatti (anni 1979 e 1980) (5% su 1977) . . .	7,6
oneri riflessi	2,3
	15,5

PROSPETTO N. 13

SPESA OSPEDALIERA - ANNO 1980

(*in milioni di lire*)

REGIONI	Personale	Beni e servizi	TOTALE
Piemonte	376.005,4	290.564,8	666.570,2
Valle d'Aosta	9.691,4	6.041,9	15.733,3
Lombardia	884.334,9	505.923,1	1.390.258,0
Provincia autonoma Bolzano	40.790,6	31.511,8	72.302,4
Provincia autonoma Trento	61.441,0	42.496,9	103.937,9
Veneto	538.614,6	315.503,8	854.118,4
Friuli-Venezia Giulia	171.405,0	93.052,8	264.457,8
Liguria	199.801,9	127.225,8	327.027,7
Emilia-Romagna	450.189,7	285.765,8	735.955,5
Toscana	371.758,3	255.620,7	627.379,0
Umbria	87.581,7	38.370,4	125.952,1
Marche	160.340,3	90.208,0	250.548,3
Lazio	385.315,8	725.032,0	1.110.347,8
Abruzzi	113.402,8	70.564,4	183.967,2
Molise	16.665,7	13.025,3	29.691,0
Campania	311.397,5	355.105,5	666.503,0
Puglia	316.354,4	201.881,6	518.236,0
Basilicata	33.102,5	29.639,5	62.742,0
Calabria	114.418,7	88.489,9	202.908,6
Sicilia	284.805,5	193.012,7	477.818,2
Sardegna	122.173,0	85.286,8	207.459,8
ITALIA	5.049.590,7	3.844.323,5	8.893.914,2

	(*miliardi*)
per il personale dipendente indennità di contingenza (14.000 dipendenti)	36,1
sviluppo carriere (anni 1978-1980) (7,50% su 1977)	10,6
	46,7

per l'acquisto di beni e servizi (ossia le spese per il funzionamento degli ambulatori) e per la convenzionata esterna (non ospedaliera) l'incremento è stato del 46,2 per cento (1,125×1, 145×1,135);

per l'aumento naturale degli assicurati dal 1977 al 1980 (saldi positivi di 610.402 unità) e per il conseguente aumento dei servizi gestiti direttamente e convenzionati sono stati previsti 11,4 miliardi (lire 18.720 *pro capite*).

La ripartizione degli incrementi è stata operata proporzionalmente alle corrispondenti spese del 1977 per il personale e per l'acquisizione di beni e servizi. Per la spesa relativa ai nuovi assicurati applicando alle stime dei nuovi assistiti la quota capitaria di lire 18.720.

Nei prospetti 14 e 15 sono indicate le basi di calcolo del 1977 e la distribuzione regionale della spesa storica proiettata al 1980 per specialistica.

G. — SPESA PER ALTRE PRESTAZIONI

La spesa per altre prestazioni (ostetrica domiciliare, prestazioni integrative, prestazioni a rimborso) è stata rilevata attraverso i Modelli 4 e 6 ai codici 712, 713, 715, 716. Anche per queste spese la ripartizione regionale degli oneri sostenuti dalle Casse marittime, da ENPAIA ed ENPAO è valutata in proporzione al numero degli assicurati.

La proiezione al 1980 è ottenuta considerando dette spese come acquisto di beni e servizi e, quindi, rivalutandola secondo i consueti indici adottati ed incrementandola per l'aumento degli assicurati dal 1977 al 1980 (+ 610.402 unità).

Nel prospetto 16 sono riportati i dati di calcolo.

H. — SPESE GENERALI ED ORGANIZZATIVE

Si tratta delle spese generali ed organizzative degli enti mutualistici e delle casse locali riferite però alle funzioni territoriali ed al personale non assegnato alle sedi centrali.

Riguardano le spese codificate nel modo seguente:

spese per il personale: Modelli 4 e 6 codice 110-*b*;

altre spese: Modelli 4 e 6 codici 120, 133, 139, 150.

Le spese delle casse marittime ricavate dal modello 4 sono state attribuite alle regioni in proporzione al numero degli assicurati.

La proiezione al 1980 è ottenuta incrementando i dati del 1977 delle seguenti misure:

Spese per il personale:

miliardi 14,5 per rinnovi contrattuali;

miliardi 79,9 per indennità di contingenza (31.000 dipendenti);

miliardi 21 per sviluppo economico delle carriere (7,5 per cento del 1977).

Altre spese:

miliardi 31,9 pari all'incremento previsto nel periodo 1977-1980 per l'acquisto di beni e servizi.

Incremento assicurati:

miliardi 5,4 relativi a 610.402 nuovi assicurati nel periodo.

Nel prospetto 17 sono riepilogate le risultanze illustrate.

Resta tuttavia da segnalare che con questo procedimento non risultano inclusi nella spesa storica 1977 e 1980 gli oneri relativi al personale ed alle funzioni centrali

PROSPETTO N. 14

SPESA PER ASSISTENZA SPECIALISTICA EXTRAOSPEDALIERA - ANNO 1977

(in milioni di lire)

REGIONI	Specialisti convenzionati	Personale sanitario dipendente	Spese di funzionamento ambulatori	Totale specialistica a « diretta »	Specialistica: convenzionati esterni	Specialistica: C.M.M., ENPAIA, ENPAO	COMPLESSO
Piemonte	12.219,9	9.207,9	1.138,3	22.566,1	18.058,4	31,0	40.655,5
Valle d'Aosta	254,1	316,7	37,8	608,6	558,0	0,5	1.167,1
Lombardia	20.106,6	18.307,4	2.389,7	40.803,7	63.676,8	59,3	104.539,8
Provincia autonoma Bolzano	1.421,2	1.000,2	138,0	2.559,4	2.750,7	—	5.310,1
Provincia autonoma Trento	807,6	1.192,0	280,3	2.279,9	1.572,5	19,9	3.872,3
Veneto	8.309,0	6.684,8	905,2	15.899,0	24.136,7	78,0	40.113,7
Friuli-Venezia Giulia	3.187,9	3.768,8	552,0	7.508,7	7.858,0	1.610,6	16.977,3
Liguria	6.822,5	5.348,0	946,0	13.116,5	17.589,7	3.065,9	33.772,1
Emilia-Romagna	10.164,3	11.281,7	1.215,2	22.661,2	28.044,4	120,4	50.826,0
Toscana	10.211,6	9.878,2	1.521,0	21.610,8	31.876,2	77,8	53.564,8
Umbria	2.643,0	2.011,4	295,3	4.949,7	6.591,0	24,2	11.564,9
Marche	2.840,3	3.069,4	373,0	6.282,7	10.157,2	29,3	16.469,2
Lazio	21.792,4	27.833,9	3.041,3	52.667,6	61.797,9	175,8	114.641,3
Abruzzi	2.302,8	2.881,0	230,1	5.413,9	9.968,0	18,1	15.400,0
Molise	762,2	711,3	92,4	1.565,9	1.444,8	4,1	3.014,8
Campania	17.928,6	14.421,0	2.279,1	34.628,7	45.702,4	2.606,0	82.937,1
Puglia	8.515,1	6.956,2	886,8	16.358,1	26.694,6	1.078,5	44.131,2
Basilicata	652,5	956,6	59,2	1.668,3	2.773,3	6,2	4.447,8
Calabria	4.235,3	3.086,2	367,5	7.689,0	13.070,8	166,9	20.926,7
Sicilia	14.384,5	10.538,0	2.592,2	27.514,7	41.145,7	2.036,0	70.696,4
Sardegna	2.973,8	2.695,9	400,3	6.070,0	10.060,8	176,0	16.306,8
ITALIA	152.535,2	142.146,6	19.740,7	314.422,5	425.527,9	11.384,5	751.334,9

PROSPETTO N 15

SPESA PER ASSISTENZA SPECIALISTICA EXTRAOSPEDALIERA - ANNO 1980

(in milioni di lire)

REGIONI	Specialisti convenzionati	Personale sanitario dipendente	Spese di funzionamento ambulatori	Totale specialistica a « diretta »	Specialistica: convenzionati esterni	Specialistica: C.M.M., ENPAIA, ENPAO	Incremento assicurati 1977-1980	COMPLESSO
Piemonte	13.458,9	12.236,1	1.664,2	27.359,2	26.402,3	39,6	—	53.801,1
Valle d'Aosta	279,8	420,8	55,3	755,9	815,8	0,7	17,7	1.590,1
Lombardia	22.145,3	24.328,2	3.493,9	49.967,4	93.098,7	75,8	1.565,0	144.706,9
Provincia auton. Bolzano	1.565,3	1.329,1	201,8	3.096,2	4.021,7	—	51,8	7.169,7
Provincia auton. Trento	889,5	1.584,0	409,8	2.883,3	2.299,1	25,5	70,8	5.278,7
Veneto	9.151,5	8.883,2	1.323,4	19.358,1	35.289,1	99,8	832,6	55.579,6
Friuli-Venezia Giulia	3.511,1	5.008,2	807,0	9.326,3	11.488,8	2.060,0	51,9	22.927,0
Liguria	7.514,2	7.106,8	1.383,1	16.004,1	25.717,0	3.921,4	—	45.642,5
Emilia-Romagna	11.194,9	14.991,9	1.776,7	27.963,5	41.002,3	154,0	133,0	69.252,8
Toscana	11.247,0	13.126,9	2.223,8	26.597,7	46.604,6	99,5	157,3	73.459,1
Umbria	2.911,0	2.672,9	431,7	6.015,6	9.636,3	31,0	112,8	15.795,7
Marche	3.128,3	4.078,9	545,3	7.752,5	14.850,3	37,5	207,5	22.847,8
Lazio	24.002,0	36.987,7	4.446,5	65.436,2	90.351,6	224,8	1.522,4	157.535,0
Abruzzi	2.536,3	3.828,5	336,4	6.701,2	14.573,7	23,2	293,3	21.591,4
Molise	839,5	945,2	135,1	1.919,8	2.112,4	5,2	24,8	4.062,2
Campania	19.746,4	19.163,7	3.332,2	42.242,3	66.819,2	3.333,2	1.889,6	114.284,3
Puglia	9.378,5	9.243,9	1.296,6	19.919,0	39.028,8	1.379,5	1.862,4	62.189,7
Basilicata	718,6	1.271,2	86,6	2.076,4	4.054,7	7,9	38,7	6.177,7
Calabria	4.664,7	4.101,2	537,3	9.303,2	19.110,2	213,5	375,5	29.002,4
Sicilia	15.843,0	14.003,6	3.789,9	33.636,5	60.157,1	2.604,1	1.615,7	98.013,4
Sardegna	3.275,3	3.582,6	585,3	7.443,2	14.709,4	225,1	603,3	22.981,0
ITALIA	168.001,1	188.894,6	28.861,0	385.757,6	622.143,1	14.561,3	11.426,1	1.033.888,1

PROSPETTO N. 16

SPESA PER ALTRE PRESTAZIONI - ANNI 1977 E 1980

(in milioni di lire)

REGIONI	ANNO 1977			ANNO 1980			
	Spesa per altre prestazioni	C.M.M., ENPAIA, ENPAO	Totale	Spesa per altre prestazioni	C.M.M., ENPAIA, ENPAO	Incremento assicurati	TOTALE
Piemonte	13.764,4	9,0	13.773,4	20.124,2	13,1	—	20.137,3
Valle d'Aosta	370,9	0,1	371,0	542,3	0,2	4,9	547,4
Lombardia	24.361,1	—	24.361,1	35.617,2	—	432,5	36.049,7
Provincia autonoma Bolzano	2.525,1	17,0	2.542,1	3.691,8	24,9	14,3	3.731,0
Provincia autonoma Trento	2.266,3	5,7	2.272,0	3.313,5	8,4	19,6	3.341,5
Veneto	18.400,1	22,5	18.422,6	26.901,9	32,9	230,1	27.164,9
Friuli-Venezia Giulia	5.466,6	153,9	5.620,5	7.992,4	225,0	14,3	8.231,7
Liguria	6.510,0	283,5	6.793,5	9.517,9	414,5	—	9.932,4
Emilia-Romagna	27.598,8	34,7	27.633,5	40.350,8	50,7	36,7	40.438,2
Toscana	17.122,1	22,4	17.144,5	25.033,4	32,8	43,5	25.109,7
Umbria	3.048,8	7,0	3.055,8	4.457,5	10,2	31,2	4.498,9
Marche	6.606,4	8,4	6.614,8	9.658,9	12,3	57,3	9.728,5
Lazio	18.113,9	29,2	18.143,1	26.483,4	42,7	420,7	26.946,8
Abruzzi	2.610,5	5,3	2.615,8	3.816,7	7,7	81,1	3.905,5
Molise	503,4	1,2	504,6	736,0	1,7	6,9	744,6
Campania	11.844,2	245,0	12.089,2	17.316,8	358,2	522,2	18.197,2
Puglia	9.521,5	108,2	9.629,7	13.920,9	158,2	514,7	14.593,8
Basilicata	1.212,2	1,8	1.214,0	1.772,3	2,6	10,7	1.785,6
Calabria	4.340,1	20,0	4.360,1	6.345,4	29,3	103,8	6.478,5
Sicilia	10.535,9	196,7	10.732,6	15.404,0	287,6	446,5	16.138,1
Sardegna	3.777,9	21,4	3.799,3	5.523,5	31,2	166,7	5.721,4
ITALIA	190.500,2	1.193,0	191.693,2	278.520,8	1.744,2	3.157,7	283.422,7

PROSPETTO N. 17

SPESE GENERALI ED ORGANIZZATIVE - ANNI 1977 E 1980

(*in milioni di lire*)

REGIONI	1977				1980				
	Personale	Altre spese	Casse marittime	Totale	Personale	Altre spese	Casse marittime	Incremento assicurati	Totale
Piemonte	17.827,1	5.514,1	—	23.341,2	24.432,2	8.061,9	—	—	32.494,1
Valle d'Aosta	786,1	225,6	—	1.011,7	1.077,4	329,8	—	8,4	1.415,6
Lombardia	34.331,7	9.284,8	—	43.616,5	47.051,9	13.574,8	—	744,3	61.371,0
Provincia autonoma Bolzano	1.621,6	406,9	—	2.028,5	2.222,4	594,9	—	24,7	2.842,0
Provincia autonoma Trento	3.663,7	1.866,0	—	5.529,7	5.021,1	2.728,2	—	33,7	7.783,0
Veneto	18.814,6	4.948,8	—	23.763,4	25.785,6	7.235,4	—	396,0	33.417,0
Friuli-Venezia Giulia	7.055,5	1.911,6	739,6	9.706,7	9.669,6	2.794,9	1.028,2	24,7	13.517,4
Liguria	11.262,1	3.041,1	1.430,4	15.733,6	15.434,8	4.446,2	1.988,5	—	21.869,5
Emilia-Romagna	22.032,1	5.442,4	—	27.474,5	30.195,2	7.957,1	—	63,2	38.215,5
Toscana	22.047,6	4.744,1	—	26.791,7	30.216,4	6.936,1	—	74,8	37.227,3
Umbria	5.335,0	941,7	—	6.276,7	7.311,7	1.376,8	—	53,7	8.742,2
Marche	8.365,1	1.889,8	—	10.254,9	11.464,4	2.763,0	—	98,7	14.326,1
Lazio	23.165,6	7.295,2	51,0	30.511,8	31.748,6	10.701,9	70,9	724,1	43.245,5
Abruzzi	7.058,1	1.643,9	—	8.702,0	9.673,2	2.403,5	—	139,5	12.216,2
Molise	2.198,8	396,0	—	2.594,8	3.013,5	579,0	—	11,8	3.604,3
Campania	25.881,5	5.699,2	1.206,2	32.786,9	35.470,8	8.332,5	1.676,9	898,7	46.378,9
Puglia	17.330,8	3.551,8	483,1	21.365,7	23.752,0	5.192,9	671,6	885,8	30.502,3
Basilicata	2.849,1	697,3	—	3.546,4	3.904,7	1.019,5	—	18,4	4.942,6
Calabria	9.972,8	1.953,5	66,9	11.993,2	13.667,8	2.856,1	93,0	178,6	16.795,5
Sicilia	26.591,9	5.470,7	929,7	32.992,3	36.144,4	7.998,4	1.292,5	768,4	46.503,7
Sardegna	8.002,1	2.065,4	70,1	10.137,6	10.966,9	3.019,7	97,4	287,0	14.371,0
ITALIA	276.192,9	68.989,9	4.977,0	350.159,8	378.524,6	100.902,6	6.919,0	5.434,5	491.780,7

degli Enti in liquidazione che possono essere così compendiati:

	1977	1978
	(*miliardi*)	
spese per specialistica extraospedaliera e per altre prestazioni	3,1	3,8
spese generali ed organizzative	47,2	65,8
Totale . . .	50,3	69,6

I. — SPESE REGIONALI

Sono state considerate solo le spese sostenute dalle Regioni per acquisto di beni e servizi (codice 120 del mod. 8) con esclusione quindi delle spese amministrative ordinarie degli assessorati regionali che saranno considerate in altra sede.

La proiezione al 1980 (vedi prospetto 18) è stata calcolata rivalutando tali spese secondo i consueti indici di incremento riferiti al periodo 1977-1980.

Sono stati altresì detratti dalle spese regionali del 1980 gli importi relativi allo svolgimento di funzioni che la legge 833 definisce di competenza dell'amministrazione centrale da delegare alle regioni. Detti importi (per un totale di 11,8 miliardi) saranno considerati in sede di valutazione delle spese dell'amministrazione centrale.

L. — POSTE CORRETTIVE DA PORTARE IN DETRAZIONE.

Alla spesa storica proiettata al 1980 ottenuta come somma di tutte le componenti precedentemente determinate è stato detratto l'importo di 296,4 miliardi a titolo di « posta compensativa in diminuzione ». Tale importo, lo stesso praticato per il 1979, risulta tratto dalla illustrazione allegata al decreto di determinazione del fondo sanitario nazionale 1979 dei Ministeri del tesoro e della sanità (vedi importi riportati penultima colonna del prospetto 19).

Nel prospetto 19 è compendiata l'intera Fase 1, ossia la valutazione della spesa « storica » proiettata all'anno 1980, quale risulta dalla aggregazione delle singole componenti di spesa illustrate dal punto *A* al punto *L*.

FASE 2. — SPESA STORICA ALLARGATA A TUTTA LA POPOLAZIONE (1980).

Per ottenere la spesa « storica allargata » a tutta la popolazione sono stati considerati i cittadini che, secondo le ipotesi demografiche del paragrafo 1, risulterebbero nel 1980 non tutelati per il rischio di malattia.

Il numero di tali cittadini è di 2.662.747 e per la valutazione degli oneri aggiuntivi si sono utilizzati i seguenti criteri:

per la medicina generale sono state applicate alla popolazione (vedi prospetto 2) le quote capitarie medie del prospetto 5;

per le prestazioni specialistiche extraospedaliere, per i farmaci, per le prestazioni presso ospedali e case di cura convenzionati e per le « altre prestazioni » sono stati applicati i costi medi capitari nazionali derivanti dalla spesa storica della Fase 1;

per le spese di profilassi e vigilanza igienica, per le spese generali ed organizzative, per le spese presso ospedali pubblici generali e psichiatrici e per le spese sostenute dalle regioni non è stata apportata alcuna maggiorazione.

Nei prospetti 20 e 21 sono riportati gli importi analitici delle integrazioni suddette; nel prospetto 22 è riepilogata la « spesa storica allargata » a tutta la popolazione per regione e capitolo di spesa.

FASE 3. — SPESA TEORICA E SPESA TEORICA RETTIFICATA.

Determinata la spesa storica allargata a tutta la popolazione, si è poi costruita una spesa sanitaria « teorica » regionale assumendo come costo capitario per abitante della regione il costo medio capitario nazionale risultante dalla spesa storica 1980.

Si è tenuto conto, però, che alcune componenti della predetta spesa storica allargata sono esattamente determinate in funzione del numero e della composizione degli abitanti per regione come la medicina generale, ed i trasferimenti a norma dell'arti-

PROSPETTO N. 18

SPESE REGIONALI - ANNI 1977 E 1980

(*in milioni di lire*)

REGIONI	1977	1980	Spese per funzioni delegate da detrarre	Spese regionali nette 1980
Piemonte	4.993,0	7.264,2	—	7.264,2
Valle d'Aosta	361,8	538,9	—	538,9
Lombardia	6.652,0	9.747,4	6.088,5	3.658,9
Provincia autonoma Bolzano	135,8	151,1	—	151,1
Provincia autonoma Trento	—	—	—	—
Veneto	734,0	1.073,0	1.000,0	73,0
Friuli-Venezia Giulia	480,4	711,5	711,5	—
Liguria	795,4	1.193,7	—	1.193,7
Emilia-Romagna	2.184,9	3.249,3	—	3.249,3
Toscana	8.050,0	11.752,8	—	11.752,8
Umbria	1.532,6	2.233,2	800,0	1.433,2
Marche	—	—	—	—
Lazio	2.144,0	3.191,0	1.500,0	1.691,0
Abruzzi	1.388,4	2.019,6	800,0	1.219,6
Molise	1.760,0	2.525,5	—	2.525,5
Campania	4.542,2	6.640,9	—	6.640,9
Puglia	723,0	1.119,5	—	1.119,5
Basilicata	5.292,4	7.721,9	500,0	7.221,9
Calabria	3.813,5	5.501,9	400,0	5.101,9
Sicilia	336,7	495,9	—	495,9
Sardegna	16.722,5	24.495,4	—	24.495,4
ITALIA	62.642,6	91.626,7	11.800,0	79.826,7

SPESA STORICA

(*in milioni*

REGIONI	Profilassi e vigilanza igienica	Spese ora accentrate da ripartire	Medicina generale	Farmaceutica
Piemonte	56.199,2	10.890,3	86.402,6	193.332,1
Valle d'Aosta	1.392,1	276,6	2.377,0	4.523,3
Lombardia	111.627,1	21.583,4	176.571,4	393.670,7
Provincia autonoma Bolzano	7.053,4	1.039,0	9.170,7	17.972,5
Provincia autonoma Trento	15.321,4	1.070,3	9.346,5	19.009,0
Veneto	57.848,8	10.479,0	82.163,6	177.584,6
Friuli-Venezia Giulia	39.940,5	2.999,2	24.628,2	53.666,2
Liguria	18.007,3	4.430,2	37.523,3	79.497,5
Emilia-Romagna	64.829,7	9.524,2	78.420,7	170.396,2
Toscana	76.508,6	8.636,7	70.297,3	153.015,4
Umbria	15.453,6	1.940,9	15.241,8	33.870,7
Marche	19.799,8	3.393,6	27.372,0	59.858,7
Lazio	45.265,3	12.181,8	93.816,4	207.307,5
Abruzzi	13.072,7	2.984,7	22.456,1	47.778,4
Molise	3.854,1	800,9	5.411,9	12.396,1
Campania	67.715,9	13.170,3	89.022,2	198.167,0
Puglia	57.346,9	9.485,7	71.474,3	159.846,4
Basilicata	8.312,8	1.491,2	10.272,7	23.267,7
Calabria	25.696,7	4.990,6	37.254,1	83.000,1
Sicilia	94.335,0	12.059,2	88.932,3	198.511,7
Sardegna	26.842,0	3.872,2	28.930,2	64.605,2
ITALIA	826.422,9	137.300,0	1.067.085,3	2.351.277,0

PROSPETTO N. 19

PROIETTATA AL 1980

di lire)

Ospedaliera	Specialistica extra ospedaliera	Altre prestazioni	Spese generali ed organizzative	Spese delle Regioni	Totale	Poste correttive in detrazione	Totale escluse poste correttive
666.570,2	58.801,1	20.137,3	32.494,1	7.264,2	1.127.091,1	20.835,6	1.106.255,5
15.733,3	1.590,1	547,4	1.415,6	538,9	28.394,3	217,5	28.176,8
1.390.258,0	144.706,9	36.049,7	61.371,0	3.658,9	2.339.497,1	46.589,2	2.292.907,9
72.302,4	7.169,7	3.731,0	2.842,0	151,1	121.431,8	1.460,5	119.971,3
103.937,9	5.278,7	3.341,5	7.783,0	—	165.088,3	1.662,1	163.426,2
854.118,4	55.579,6	27.164,9	33.417,0	73,0	1.298.428,9	35.452,8	1.262.976,1
264.457,8	22.927,0	8.231,7	13.517,4	—	430.368,0	8.081,0	422.287,0
327.027,7	45.612,5	9.932,4	21.869,5	1.193,7	545.124,1	5.609,8	539.514,3
735.955,5	69.252,8	40.438,2	38.215,5	3.249,3	1.210.282,1	23.226,2	1.187.055,9
627.379,0	73.469,1	25.109,7	37.227,3	11.752,8	1.083.385,9	76.031,3	1.007.354,6
125.952,1	15.795,7	4.498,9	8.742,2	1.433,2	222.929,1	5.276,6	217.652,5
250.548,3	22.847,8	9.728,5	14.326,1	—	407.874,8	22.140,9	385.733,9
1.110.347,8	157.535,0	26.946,8	43.209,6	1.691,0	1.698.301,2	3.972,1	1.694.329,1
183.967,2	21.591,4	3.905,5	12.216,2	1.219,6	309.191,8	—	309.191,8
29.691,0	4.062,2	744,6	3.604,3	2.525,5	63.090,6	4,9	63.085,7
666.500,0	114,284,3	18.197,2	46.378,9	6.640,9	1.220.079,7	1.033,9	1.219.045,8
518.236,0	62.189,7	14.593,8	30.502,3	1.119,5	924.794,6	36.034,5	888.760,1
62.742,0	6.177,7	1.785,6	4.942,6	7.221,9	126.214,2	1.894,1	124.320,0
202.908,6	29.002,4	6.478,5	16.795,5	5.101,9	411.228,4	2.144,9	409.083,5
477.818,2	98.013,4	16.123,1	46.503,7	495,9	1.032.807,5	1.989,7	1.030.817,8
207.459,8	22.981,0	5.721,4	14.371,0	24.495,4	399.278,2	2.716,2	396.562,0
8.893.914,2	1.033.888,1	283.422,7	491.744,8	79.826,7	15.164.881,7	296.373,8	14.868.507,9

PROSPETTO N. 20

ESTENSIONE DELLE PRESTAZIONI ALLA POPOLAZIONE NON TUTELATA - ANNO 1980

(*in milioni di lire*)

REGIONI	Cittadini non tutelati	Specialist. extraospedal.	Altre prestazioni	Farmaci	Ospedaliera convenzion.
Piemonte	19.513	370,7	101,6	843,0	479,2
Valle d'Aosta	8.102	153,9	42,2	350,0	199,0
Lombardia	—	—	—	—	—
Provincia auton. Bolzano	—	—	—	—	—
Provincia auton. Trento	—	—	—	—	—
Veneto	194.382	3.692,9	1.012,3	8.398,1	4.773,6
Friuli-Venezia Giulia	—	—	—	—	—
Liguria	17.889	339,8	93,2	772,9	439,3
Emilia-Romagna	938	17,8	4,9	40,5	23,0
Toscana	80.877	1.536,4	421,2	3.494,2	1.986,2
Umbria	17.905	340,1	93,2	773,6	439,7
Marche	14.856	282,2	77,4	641,8	364,8
Lazio	309.214	5.874,1	1.610,4	13.359,3	7.593,7
Abruzzi	72.850	1.383,9	379,4	3.147,4	1.789,1
Molise	15.599	296,3	81,2	673,9	383,1
Campania	848.902	16.126,6	4.421,1	36.676,1	20.847,3
Puglia	278.760	5.295,6	1.451,8	12.043,5	6.845,8
Basilicata	59.723	1.134,6	311,0	2.580,3	1.466,7
Calabria	162.056	3.078,6	844,0	7.001,5	3.979,8
Sicilia	455.695	8.656,8	2.373,3	19.687,8	11.190,9
Sardegna	105.486	2.003,9	549,4	4.557,4	2.590,5
ITALIA	2.662.747	50.584,2	13.867,6	115.041,3	65.391,7

PROSPETTO N. 21

ESTENSIONE DELLA MEDICINA GENERALE ALLA POPOLAZIONE NON TUTELATA - ANNO 1980

(*in milioni di lire*)

REGIONI	Età 0-11	Età 12-59	Età 60 +	TOTALE
Piemonte	18,4	286,4	75,0	379,8
Valle d'Aosta	25,5	102,0	32,0	159,5
Lombardia	—	—	—	—
Provincia autonoma Bolzano	—	—	—	—
Provincia autonoma Trento	—	—	—	—
Veneto	668,4	2.479,3	670,0	3.817,7
Friuli-Venezia Giulia	—	—	—	—
Liguria	48,9	228,0	75,2	352,1
Emilia-Romagna	19,5	—	—	19,5
Toscana	221,6	1.000,1	375,6	1.597,3
Umbria	53,3	228,1	70,8	352,2
Marche	41,6	174,3	79,0	294,9
Lazio	1.060,3	3.936,0	1.078,2	6.074,5
Abruzzi	259,9	890,8	286,1	1.436,8
Molise	53,5	189,8	64,7	308,0
Campania	3.840,9	10.426,8	2.416,6	16.684,3
Puglia	1.270,3	3.382,8	832,1	5.485,2
Basilicata	240,2	729,2	207,0	1.176,4
Calabria	690,0	1.995,3	501,6	3.186,9
Sicilia	1.905,2	5.555,2	1.512,5	8.972,9
Sardegna	439,7	1.288,3	348,8	2.076,8
ITALIA	10.857,2	32.892,4	8.625,2	52.374,8

SPESA STORICA PROIETTATATA AL 1980

(in milioni

REGIONI	Profilassi e vigilanza igienica	Spese accentrate da ripartire	Medicina generale	Farmaceutica	Ospedaliera
Piemonte	56.199,2	10.890,3	86.782,4	194.175,1	667.049,4
Valle d'Aosta	1.392,1	276,6	2.536,5	4.873,3	15.932,3
Lombardia	111.627,1	21.583,4	176.571,4	393.670,7	1.390.258,0
Provincia autonoma Bolzano	7.053,4	1.039,0	9.170,7	17.972,5	72.302,4
Provincia autonoma Trento	15.321,4	1.070,3	9.346,5	19.009,0	103.937,9
Veneto	57.848,8	10.479,0	85.981,3	185.982,7	858.892,0
Friuli-Venezia Giulia	39.940,5	2.999,2	24.628,2	53.666,2	264.457,8
Liguria	18.007,3	4.430,2	37.875,4	80.270,4	327.467,0
Emilia-Romagna	64.829,7	9.524,2	78.440,2	170.436,7	735.978,5
Toscana	76.508,6	8.636,7	71.894,6	156.509,6	629.365,2
Umbria	15.453,6	1.940,9	15.594,0	34.644,3	126.391,8
Marche	19.799,8	3.393,6	27.666,9	60.500,5	250.913,1
Lazio	45.265,3	12.181,8	99.890,9	220.666,8	1.117.941,5
Abruzzi	13.072,7	2.984,7	23.892,9	50.925,8	185.756,3
Molise	3.854,1	800,9	5.719,9	13.070,0	30.074,1
Campania	67.715,9	13.170,3	105.706,5	234.843,1	687.350,3
Puglia	57.346,9	9.485,7	76.959,5	171.889,9	525.081,8
Basilicata	8.312,8	1.491,2	11.449,1	25.848,0	64.208,7
Calabria	25.696,7	4.990,6	40.441,0	90.001,6	206.888,4
Sicilia	94.335,0	12.059,2	97.905,2	218.199,5	489.009,1
Sardegna	26.342,0	3.872,2	31.007,0	69.162,6	210.050,3
ITALIA	826.422,9	137.300,0	1.119.460,1	2.466.318,3	8.959.305,9

PROSPETTO N. 22

ALLARGATA A TUTTA LA POPOLAZIONE

di lire)

Specialistica extra ospedaliera	Altre prestazioni	Spese generali ed organizzative	Spese delle Regioni	Totale	Poste correttive	Totale escluse poste correttive	Costo medio per abitante
54.171,8	20.238,9	32.494,1	7.264,2	1.129.265,4	20.835,6	1.108.429,8	244.815
1.744,0	589,6	1.415,6	538,9	29.298,9	217,5	29.081,4	252,422
144.706,9	36.049,7	61.371,0	3.658,9	2.339.497,1	46.589,2	2.292.907,9	255.571
7.169,7	3.731,0	2.842,0	151,1	121.431,8	1.460,5	119.971,3	277.421
5.278,7	3.341,5	7.783,0	—	165.088,3	1.662,1	163.426,2	367.298
59.272,5	28.177,2	33.417,0	73,0	1.320.123,5	35.452,8	1.284.670,7	294.840
22.927,0	8.231,7	13.517,4	—	430.368,0	8.081,0	422.287,0	338.526
45.982,3	10.025,6	21.869,5	1.193,7	547.121,4	5.609,8	541.511,6	293.992
69.270,6	40.443,1	38.215,5	3.249,3	1.210.387,8	23.226,2	1.187.161,6	299.812
74.995,5	25.530,9	37.227,3	11.752,8	1.092.421,2	76.031,3	1.016.389,9	283.001
16.135,8	4.592,1	8.742,2	1.433,2	224.927,9	5.276,6	219.651,3	272.212
23.130,0	9.805,9	14.326,1	—	409.535,9	22.140,9	387.395,0	274.465
163.409,1	28.557,2	43.245,5	1.691,0	1.732.849,1	4.008,0	1.728.841,1	341.359
22.975,3	4.284,9	12.216,2	1.219,6	317.328,4	—	317.328,4	255.743
4.358,5	825,8	3.604,3	2.525,5	64.833,1	4,9	64.828,2	194.923
130.410,9	22.618,3	46.378,9	6.640,9	1.314.835,1	1.033,9	1.313.801,2	239.916
67.485,3	16.045,6	30.502,3	1.119,5	955.916,5	36.034,5	919.882,0	233.220
7.312,3	2.096,6	4.942,6	7.221,9	132.883,2	1.894,1	130.989,1	211.127
32.081,0	7.322,5	16.795,5	5.101,9	429.319,2	2.144,9	427.174,3	205.888
106.670,2	18.511,4	46.503,7	495,9	1.083.689,2	1.989,7	1.081.699,5	215.726
24.984,9	6.270,8	14.371,0	24.495,4	411.056,2	2.716,2	408.340,0	253.705
1.084.472,3	297.290,3	491.780,7	79.826,7	15.462.177,2	296.409,7	15.165.767,5	265.669

colo 81 della legge 833, oppure sono costituite da importi che rappresentano l'incidenza economica di obiettive situazioni esistenti come le spese generali ed organizzative e le spese delle regioni. Queste spese che non sono pertanto suscettibili, in linea generale, di una redistribuzione finalizzata sono state detratte (1.828,4 miliardi) dai totali regionali del prospetto 22.

Stabilito quindi che il costo medio per abitante, al netto delle componenti citate, risulta di lire 233.640, si è calcolata la spesa « teorica » regionale moltiplicando detto costo medio per il numero degli abitanti di ciascuna regione previsti al 1980.

Allo scopo di facilitare il riequilibrio tra le regioni, anche in funzione dei progetti obiettivo fissati dal piano, si è poi suddiviso l'importo di ciascuna regione secondo i tre gruppi di cittadini nei confronti dei quali sono rispettivamente rivolti i progetti-obiettivo stessi.

I tre gruppi di cittadini sono stati così individuati:

cittadini in età 0-11 anni, ai quali è in particolare rivolto il progetto « lotta contro la mortalità infantile e per la tutela della salute delle persone in età evolutiva »;

i cittadini in età 12-59 anni ai quali è in particolare rivolto il progetto « tutela della salute dei lavoratori nell'ambiente di lavoro »;

i cittadini in età di 60 e più anni ai quali è in particolare rivolto il progetto « tutela della salute delle persone anziane ».

Per calcolare la ripartizione per regione della spesa secondo i tre gruppi citati sono stati utilizzati costi medi capitari desunti da esperienze mutualistiche. Da rilevazioni effettuate su risultanze dell'INAM, si è notato che, posto uguale a 100 il costo capitario relativo ad un assicurato al di sotto dei 60 anni, il costo capitario di un ultrasessantenne risultava pari a 152.

Ciò premesso, se si indica con S la spesa teorica da perequare e con C il costo *pro capite* riferito alla popolazione dei due gruppi di età, si può scrivere l'espressione:

$$S = C \times P_1 + C \times P_2 + 1{,}52 \times C \times P_3$$

(P_1 = pop. di età 0-11; P_2 = pop. di età 12-59; P_3 = pop. di età 60 e oltre),

da cui si deriva il valore di:

$$C = \frac{S}{P_1 + P_2 + 1{,}52\, P_3}$$

Nel caso del Piemonte, ad esempio, si ottiene:

$$C = \frac{1.057{,}8}{668.090 + 2.972.531 + 1{,}52 \times 886.995} = 0{,}000212026,$$

cioè lire 212.026 per unità di popolazione delle prime due classi di età.

Il passaggio ai valori della spesa teorica per classe di età della Regione Piemonte è quindi immediato (vedi prospetto 23):

$$212.026 \times \begin{cases} 668.090 & = 141{,}7 \\ 2.972.531 & = 630{,}2 \\ 1{,}52 \times 886.995 & = 285{,}9 \end{cases}$$

$$\overline{1.057{,}8}$$

I valori di spesa così ottenuti sono stati corretti in base ai tre indicatori di rischio riferiti all'anno 1977 e cioè:

quoziente di mortalità infantile (Fonti ISTAT), per la spesa teorica relativa alla classe 0-11 anni;

incidenza degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali (Fonte INAIL), per la spesa teorica relativa alla classe 12-59 anni;

tasso di mortalità degli ultrasessantenni (Fonte ISTAT) per la spesa teorica concernente la classe di età 60 anni e più.

Dall'esame delle serie regionali dei numeri indici degli indicatori assunti riportate sul prospetto 23, emerge una variabilità ab-

bastanza forte e non omogenea per le tre serie dei valori relativi alle varie regioni. Fatte 100 le medie nazionali, si va ad esempio dal 62 dell'Umbria al 132 della Campania per l'indice di mortalità infantile, dal 62 della Basilicata al 140 dell'Umbria per l'incidenza degli infortuni, dal 92 della Calabria al 107 del Piemonte per la mortalità senile. Tenuto quindi conto della variabilità delle tre serie di indici e dell'azione perequativa desiderata nell'ambito di ciascuno dei tre gruppi di spesa, si è provveduto alle rettifiche nel modo seguente:

a) per la spesa relativa alla classe 0-11 anni: solo metà dell'importo della spesa teorica regionale è stato rettificato moltiplicandolo per un coefficiente rappresentato dal corrispondente numero indice territoriale (Italia fatta uguale a 1) relativo all'indicatore di mortalità infantile; l'altra metà è rimasta pari all'importo originario (ad esempio per la Lombardia: $\frac{311,7}{2} + 0,84 \frac{311,7}{2}$ approssimativamente uguale a 288,2 (1);

b) per la spesa relativa alla classe 12-59 anni: solo 1/4 dell'importo della spesa teorica regionale è stato rettificato moltiplicandolo per un coefficiente rappresentato dal corrispondente numero indice territoriale concernente l'incidenza degli infortuni (in questo caso il campo di variazione della serie nazionale dell'indicatore è all'incirca uguale a quello riguardante la mortalità infantile, ma solo parte della popolazione appartiene alle forze di lavoro);

c) per la spesa relativa alla classe 60 anni e oltre: tutta la spesa teorica è stata rettificata moltiplicandola per un coefficiente rappresentato dal corrispondente numero indice regionale di mortalità senile (in questo caso il campo di variazione dei valori regionali dell'indicatore è molto più contenuto che nei casi precedenti).

Seguendo questo criterio di rettifica per tutte le regioni, si sono ottenuti i valori regionali della spesa teorica rettificata distintamente per classe di età della popolazione residente riportati nella 2ª parte del prospetto 23.

Al totale regionale della spesa rettificata si è poi aggiunto il valore della spesa detratta all'inizio in quanto già perequata per il criterio di calcolo adottato, pervenendo al totale complessivo della spesa teorica regionale perequata, assunto come valore teorico di riferimento per le spese regionali con una prospettiva di due piani triennali (vedi penultima colonna del prospetto 23).

Il prospetto 23 segue lo schema complessivo di calcolo utilizzato per:

a) la detrazione delle spese non soggette a riequilibrio;

b) la distribuzione della spesa regionale per gruppi di età;

c) l'andamento relativo degli indicatori;

d) la correzione della spesa mediante gli indicatori;

e) il reintegro delle spese detratte al punto *a*) e la determinazione della « spesa teorica rettificata »;

f) la individuazione del costo medio per abitante riferito alla spesa di cui sopra.

FASE 4. — DETERMINAZIONE DEGLI IMPORTI REGIONALI NON INTEGRATI PER IL TRIENNIO 1980-1982.

In definitiva, gli ammontari del Fondo che devono essere attribuiti alle regioni devono rispondere ai seguenti principali requisiti:

a) costituire l'equivalente economico della incidenza di situazioni effettivamente esistenti nel territorio;

b) soddisfare l'obiettivo strategico volto alla perequazione di disponibilità di risorse per la organizzazione dei servizi;

(1) I risultati non corrispondono esattamente a quelli riportati nel prospetto 23 in quanto quest'ultimi sono stati ottenuti riproporzionando i risultati dei calcoli per le varie regioni in modo da lasciar immutato il totale nazionale della spesa per singola classe di età.

CALCOLO DELLA SPESA

REGIONI	Milioni di lire			Miliardi di lire			
				SPESA TEORICA SECONDO LE CLASSI DI ETÀ			
	Spesa storica allargata	Spese in detrazione (*a*)	Spesa da rettificare	Età 0-11	Età 12-59	Età 60 +	Totale
Piemonte	1.108.429,8	137.431,0	970.998,8	141,7	630,2	285,9	1.057,8
Valle d'Aosta	29.081,4	4.767,6	24.313,8	3,7	16,6	6,6	26,9
Lombardia	2.292.907,9	263.184,6	2.029.723,3	311,7	1.303,4	481,4	2.096,5
Prov. aut. Bolzano	119.971,3	13.202,8	106.768,5	17,4	63,2	20,4	101,0
Prov. aut. Trento	163.426,2	18.199,9	145.226,3	14,9	63,5	25,5	103,9
Veneto	1.284.670,7	129.950,2	1.154.720,5	156,7	629,2	232,1	1.018,0
Friuli-V. Giulia	422.287,0	41.144,8	381.142,2	36,7	168,3	86,4	291,4
Liguria	541.511,6	65.368,8	476.142,8	48,1	247,0	135,2	430,3
Emilia-Romagna	1.187.161,6	129.429,2	1.057.732,4	114,0	550,6	260,5	925,1
Toscana	1.016.389,9	129.511,4	886.878,5	105,6	490,0	243,5	839,1
Umbria	219.651,3	27.710,3	191.941,0	24,6	112,3	51,3	188,5
Marche	387.395,0	45.386,6	342.008,4	45,2	196,9	87,6	329,8
Lazio	1.728.841,1	157.009,2	1.571.831,9	189,3	741,5	252,5	1.183,3
Abruzzi	317.328,4	40.313,4	277.015,0	43,0	173,0	73,9	289,9
Molise	64.828,2	12.650,6	52.177,6	11,5	43,7	20,5	77,7
Campania	1.313.801,2	171.896,7	1.141.904,5	259,3	784,9	235,2	1.279,4
Puglia	919.882,0	118.067,0	801.815,0	183,7	559,9	177,9	921,5
Basilicata	130.989,1	25.104,8	105.884,3	26,3	87,2	31,5	145,0
Calabria	427.174,3	67.329,0	359.845,3	90,1	292,6	102,1	484,8
Sicilia	1.001.699,5	156.964,0	924.735,5	214,8	699,1	257,6	1.171,5
Sardegna	408.340,0	73.745,6	334.594,4	71,3	228,8	75,9	376,0
ITALIA	15.165.707,5	1.828.367,5	13.337.400,0	2.109,6	8.083,9	3.143,9	13.337,4

(*a*) Spese relative alle quote capitarie previste dalla convenzione per i medici generici e pediatri, spese generali ed or

PROSPETTO N. 23

TEORICA RETTIFICATA

Numeri indici Regionali (Italia = 100) degli indicatori di:			Miliardi di lire				Milioni di lire	
			Spesa rettificata con gli indicatori				Spesa totale rettificata	Spesa media per abitante
Mortalità infantile	Prevenz. infortuni	Mortalità senile	Età 0-11	Età 12-59	Età 60 +	Totale		
100	74	107	142,4	591,4	306,1	1.039,9	1.177.331,0	260.033
120	105	102	4,1	18,8	6,7	29,6	34.367,6	298.307
84	97	102	288,2	1.298,3	491,3	2.077,8	2.340,984,6	260.930
67	114	99	14,6	65,6	20,2	100,4	113.602,8	262,695
67	114	105	12,5	65,9	26,8	105,2	123.399,9	277.340
82	116	101	143,3	656,8	234,6	1.034,7	1.164.650,2	267.295
71	107	102	31,6	171,8	88,2	291,6	332.744,8	266.745
73	107	103	41,8	252,2	139,4	433,4	498.768,8	270.787
80	119	96	103,1	578,9	250,3	932,3	1.061.729,2	268.135
83	137	95	97,1	537,2	231,5	865,8	995.311,4	277.132
62	140	96	20,0	124,0	49,5	193,5	221.210,3	274.144
82	114	93	41,3	204,5	81,7	327,5	372.886,6	264.186
87	81	94	177,9	708,9	237,6	1.124,4	1.281.409,2	253.014
97	108	97	42,6	177,1	71,7	291,4	331.713,4	267.337
95	83	100	11,3	44,0	20,5	75,8	88.450,6	265.950
132	91	105	302,3	770,0	247,2	1.319,5	1.491.396,7	272.347
120	91	98	203,1	549,3	174,4	926,8	1.044.867,0	264.908
101	62	93	27,7	79,2	29,3	136,2	161.304,8	259.990
115	98	92	97,4	292,2	94,0	483,6	550.929,0	265.535
116	78	103	233,1	663,0	265,5	1.161,6	1.318.564,0	262.965
107	109	102	74,2	234,8	77,4	386,4	460.145,6	285.892
100	100	100	2.109,6	8.083,9	3.143,9	13.337,4	15.165.767,5	265.669

ganizzative che, in linea generale, non sono soggette a redistribuzione finalizzata.

c) essere correlate alla dinamica della popolazione regionale nel triennio;

d) rappresentare il senso di gradualità che si intende attribuire alla eliminazione degli squilibri esistenti.

Poichè si presume ragionevole ipotizzare che occorra un arco di tempo compreso almeno in due piani triennali per poter verificare un effettivo riequilibrio delle situazioni, si sono determinati gli importi regionali del triennio 1980-1982 nel modo seguente:

a) si è calcolata per ciascuna regione la differenza tra la « spesa storica allargata proiettata al 1980 » e la « spesa teorica rettificata » (vedi prospetto 23);

b) si sono corretti i valori della spesa storica allargata in ragione di un sesto della predetta differenza per ciascun anno del piano;

c) si è modificata la spesa regionale per tener conto delle variazioni della popolazione residente prevista a metà degli anni 1981 e 1982 (applicazione del valore *pro capite* della spesa 1980 alla variazione della popolazione).

Nel prospetto 24 sono riportati i successivi passaggi di calcolo per la determinazione degli importi regionali perequati e non integrati riferiti ai singoli anni del triennio 1980-1982.

I valori di spesa richiamati nei prospetti 23 e 24 sono espressi in lire 1980.

FASE 5. — INTEGRAZIONE FINALIZZATA DELLE RISORSE REGIONALI PER IL TRIENNIO 1980-82.

Per il conseguimento delle diverse finalità del piano, occorre procedere alla integrazione degli importi calcolati nella fase 4 con ulteriori risorse, nelle misure che seguono:

a) importi aggiuntivi commisurati al 2,50 per cento, al 3,08 per cento, al 3,5 per cento delle spese non integrate di cui al prospetto 24 rispettivamente per gli anni 1980, 1981 e 1982;

b) importi destinati a servizi e strutture multizonali ad utenza interregionale come, ad esempio, i servizi di cardiochirurgia e cardiodiagnostica e gli istituti zooprofilattici sperimentali.

Gli importi di cui al punto *a*) sono stati attribuiti alle regioni in proporzione al numero degli abitanti, gli importi regionali di cui al punto *b*) sono esposti a puro titolo indicativo in quanto provengono — in attesa di rideterminazione — di precedenti studi in natura.

Nel prospetto 25 sono riportati, per regione, i valori delle integrazioni.

FASE 6. — PROPOSTA DI RIPARTIZIONE REGIONALE DEL FONDO SANITARIO NAZIONALE PARTE CORRENTE (1980-1982).

Nel prospetto 26 è contenuto il risultato di tutto il procedimento per la determinazione e per la proposta di ripartizione regionale del Fondo sanitario nazionale per il triennio 1980-1982, in riferimento alle spese correnti e nell'ipotesi che il prezzo di acquisto dei beni e servizi aumenti nel periodo 1978-1980 con i seguenti incrementi annui: 12,5 per cento, 14,5 per cento, 13,5 per cento rispettivamente.

Nel valutare i risultati è necessario aver presenti anche le altre ipotesi utilizzate che sono state analiticamente indicate nelle note metodologiche che precedono.

PROSPETTO N. 24

DETERMINAZIONE DEGLI IMPORTI REGIONALI NON INTEGRATI PER IL TRIENNIO 1980-1982

(*in miliardi di lire* 1980)

REGIONI	Spesa storica allargata 1980	Spesa teorica rettificata 1980	Differenza (2—1)	1/6 della differenza	1980 (1+4)	1981		1982	
						Incremento popolazione	Totale (5+6+4)	Incremento popolazione	Totale (7+8+4)
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Piemonte	1.108,4	1.177,3	+ 68,9	+ 11,5	1.119,9	— 1,4	1.130,0	— 1,9	1.139,6
Valle d'Aosta	29,1	34,4	+ 5,3	+ 0,9	30,0	0,1	31,0	—	31,9
Lombardia	2.292,9	2.341,0	+ 48,1	+ 8,0	2.300,9	5,9	2.314,8	3,8	2.326,6
Provincia autonoma Bolzano	120,0	113,6	— 6,4	— 1,1	118,9	0,2	118,0	0,2	117,1
Provincia autonoma Trento	163,4	123,4	— 40,0	— 6,7	156,7	0,4	150,4	0,2	143,9
Veneto	1.284,7	1.164,6	— 120,1	— 20,0	1.264,7	3,8	1.248,5	2,8	1.231,3
Friuli-Venezia Giulia	422,3	332,8	— 89,5	— 14,9	407,4	0,2	392,7	0,1	377,9
Liguria	541,5	498,8	— 42,7	— 7,1	534,4	— 2,1	525,2	— 2,3	515,8
Emilia-Romagna	1.187,2	1.061,7	— 125,5	— 20,9	1.166,3	—	1.145,4	— 0,4	1.124,1
Toscana	1.016,4	995,4	— 21,1	— 3,5	1.012,9	0,1	1.009,5	— 0,2	1.005,8
Umbria	219,7	221,2	+ 1,5	+ 0,3	220,0	0,4	220,7	0,2	221,2
Marche	387,4	372,9	— 14,5	— 2,4	385,0	0,7	383,3	0,4	381,3
Lazio	1.728,8	1.281,4	— 447,4	— 74,6	1.654,2	8,4	1.588,0	7,6	1.521,0
Abruzzi	317,3	331,7	+ 14,4	+ 2,4	319,7	1,2	323,3	1,0	326,7
Molise	64,8	88,4	+ 23,6	+ 3,9	68,7	0,1	72,7	0,1	76,7
Campania	1.313,8	1.491,4	+ 177,6	+ 29,6	1.343,4	9,0	1.382,0	8,4	1.420,0
Puglia	919,9	1.044,9	+ 125,0	+ 20,8	940,7	8,1	969,6	7,8	998,2
Basilicata	131,0	161,3	+ 30,3	+ 5,1	136,1	0,3	141,5	0,3	146,9
Calabria	427,2	551,0	+ 123,8	+ 20,6	447,8	1,7	470,1	1,6	492,3
Sicilia	1.081,7	1.318,6	+ 236,9	+ 39,5	1.121,2	6,9	1.167,6	5,7	1.212,8
Sardegna	408,3	460,1	+ 51,8	+ 8,6	416,9	2,9	428,4	3,1	440,1
ITALIA	15.165,8	15.165,8	—	—	15.165,8	46,9	15.212,7	38,5	15.251,2

PROSPETTO N. 25

INTEGRAZIONE DEGLI IMPORTI REGIONALI PER IL TRIENNIO 1980-1982

(*in milioni di lire* 1980)

REGIONI	INTEGRAZIONI REGIONALI			STRUTTURE E SERVIZI MULTIZONALI AD UTENZA INTERREGIONALE			COMPLESSO		
	1980 (2,5 %)	1981 (3,0 %)	1982 (3,5 %)	1980	1981	1982	1980	1981	1982
Piemonte	30.100	36.100	42.100	3.921	4.447	4.973	34.021	40.547	47.073
Valle d'Aosta	800	1.000	1.200	47	62	77	847	1.062	1.277
Lombardia	59.800	71.800	83.800	6.480	7.247	8.015	66.280	79.047	91.815
Provincia autonoma Bolzano	2.900	3.500	4.100	211	282	352	3.111	3.782	4.452
Provincia autonoma Trento	3.000	3.600	4.200	110	147	184	3.110	3.747	4.384
Veneto	29.000	34.800	40.600	2.790	3.428	4.068	31.790	38.228	44.668
Friuli-Venezia Giulia	8.300	9.900	11.500	927	1.049	1.170	9.227	10.949	12.670
Liguria	12.300	14.800	17.300	2.230	2.253	2.276	14.530	17.053	19.576
Emilia-Romagna	26.400	31.700	37.000	4.032	4.580	5.127	30.432	36.280	42.127
Toscana	23.900	28.700	33.500	2.877	3.075	3.273	26.777	31.775	36.773
Umbria	5.400	6.500	7.600	811	988	1.166	6.211	7.488	8.766
Marche	9.400	11.300	13.200	1.280	1.482	1.688	10.680	12.782	14.888
Lazio	33.700	40.400	47.100	5.262	5.464	5.666	38.962	45.864	52.766
Abruzzi	8.300	10.000	11.700	1.109	1.320	1.529	9.409	11.320	13.229
Molise	2.200	2.600	3.000	245	324	405	2.445	2.924	3.405
Campania	36.500	43.800	51.100	2.913	3.157	3.396	39.413	46.957	54.496
Puglia	26.300	31.600	36.900	1.879	2.029	2.179	28.179	33.629	39.079
Basilicata	4.100	4.900	5.700	3.966	4.073	4.180	8.066	8.973	9.880
Calabria	13.800	16.500	19.200	899	1.036	1.173	14.699	17.536	20.373
Sicilia	33.400	40.100	46.800	4.516	4.786	5.056	37.916	44.886	51.856
Sardegna	10.700	12.800	14.900	1.375	1.651	1.927	12.075	14.451	16.827
ITALIA	380.300	456.400	532.500	47.880	52.880	57.880	428.180	509.280	590.380

PROSPETTO N. 26

FONDO SANITARIO NAZIONALE - SPESE CORRENTI
PROPOSTA DI RIPARTIZIONE REGIONALE - ANNI 1980-1982

(*in miliardi di lire* 1980)

REGIONI	IMPORTI NON INTEGRATI			INTEGRAZIONI			COMPLESSO		
	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982
Piemonte	1.119,9	1.130,0	1.139,6	34,0	40,5	47,1	1.153,9	1.170,5	1.186,7
Valle d'Aosta	30,0	31,0	31,9	0,8	1,1	1,3	30,8	32,1	33,2
Lombardia	2.300,9	2.314,8	2.326,6	66,4	79,0	91,8	2.367,3	2.393,8	2.418,4
Provincia autonoma Bolzano	118,9	118,0	117,1	3,1	3,8	4,4	122,0	121,8	121,5
Provincia autonoma Trento	156,7	150,4	143,9	3,1	3,7	4,4	159,8	154,1	148,3
Veneto	1.264,7	1.248,5	1.231,3	31,8	38,2	44,7	1.296,5	1.286,7	1.276,0
Friuli-Venezia Giulia	407,4	392,7	377,9	9,2	10,9	12,7	416,6	403,6	390,6
Liguria	534,4	525,2	515,8	14,5	17,1	19,6	548,9	542,3	535,4
Emilia-Romagna	1.166,3	1.145,4	1.124,1	30,5	36,3	42,1	1.196,8	1.181,7	1.166,2
Toscana	1.012,9	1.009,5	1.005,8	26,8	31,8	36,8	1.039,7	1.041,3	1.042,6
Umbria	220,0	220,7	221,2	6,3	7,5	8,8	226,3	228,2	230,0
Marche	385,0	383,3	381,3	10,7	12,8	14,9	395,7	396,1	396,2
Lazio	1.654,2	1.588,0	1.521,0	38,9	45,9	52,7	1.693,1	1.633,9	1.573,7
Abruzzi	319,7	323,3	326,7	9,4	11,3	13,2	329,1	334,6	339,9
Molise	68,7	72,7	76,7	2,5	2,9	3,4	71,2	75,6	80,1
Campania	1.343,4	1.382,0	1.420,0	39,4	47,0	54,5	1.382,8	1.429,0	1.474,5
Puglia	940,7	969,6	998,2	28,2	33,6	39,1	968,9	1.003,2	1.037,3
Basilicata	136,1	141,5	146,9	8,0	9,0	9,9	144,1	150,5	156,8
Calabria	447,8	470,1	492,3	14,7	17,5	20,4	462,5	487,6	512,7
Sicilia	1.121,2	1.167,6	1.212,8	37,9	44,9	51,8	1.159,1	1.212,5	1.264,6
Sardegna	416,9	428,4	440,1	12,0	14,5	16,8	428,9	442,9	456,9
ITALIA	15.165,8	15.212,7	15.251,2	428,2	509,3	590,4	15.594,0	15.722,0	15.841,6

SPESE IN CONTO CAPITALE

Le esigenze da rispettare per le spese in conto capitale possono essere riassunte nei seguenti tre punti:

— tendere gradualmente a superare le condizioni di arretratezza delle Regioni meno attrezzate, specie meridionali;

— adeguare le strutture ed attrezzature extraospedaliere anche mediante la riconversione di quelle ospedaliere eccedenti;

— potenziare prioritariamente le strutture aventi più diretta attinenza con i progetti obiettivo definiti dal piano.

Per poter impostare correttamente un piano di investimenti sarebbe stato necessario conoscere in modo analitico il fabbisogno di strutture, le disponibilità esistenti, i costi unitari di predisposizione delle nuove strutture e di rinnovo delle attrezzature. La assenza o la carenza di notizie precise non può che accentuare la provvisorietà delle valutazioni che seguiranno e che hanno, pertanto, valore indicativo.

Del resto, poichè l'articolo 51 della legge n. 833 indica come elemento essenziale nella ripartizione che sarà effettuata dal CIPE anche le indicazioni contenute nei piani regionali, si ritiene che le valutazioni che seguono debbano essere espresse in forma complessiva per l'intero triennio, in attesa che l'acquisizione di nuove informazioni e la conoscenza dei contenuti dei piani regionali consentano una più realistica proposta di annualizzazione.

Tenendo conto dell'entità della spesa di investimento per la sanità realizzata in passato, dell'esperienza di attuazione dell'articolo 14 del decreto-legge 13 agosto 1975, n. 376, convertito nella legge n. 492 del 1975 e in coerenza con gli obiettivi del piano, si è stimato che nel triennio 1980-82 siano sufficienti investimenti lordi per 1.500 miliardi circa in lire del 1980. In linea di massima, visto che alcune opere sono in corso di realizzazione e che si deve tener conto dei tempi tecnici per la predisposizione dei piani regionali e delle progettazioni specifiche, si considera che tale importo potrebbe essere ripartito nel modo seguente 400 miliardi nel 1980, 500 nel 1981 e 600 miliardi nel 1982.

In attesa delle indicazioni che emergeranno dai piani regionali, e sulla scorta delle informazioni disponibili, si è valutato distintamente il fabbisogno:

— per costruzioni ospedaliere;

— per manutenzioni straordinarie e adeguamento tecnologico;

— per investimenti necessari al funzionamento dei servizi: di prevenzione, di medicina di base, intermedi e dei centri diurni polivalenti.

Per quanto riguarda la disponibilità di posti-letto, la dotazione media nazionale è largamente superiore ai fabbisogni. Solo quattro Regioni (Molise, Campania, Basilicata e Calabria) (1) presentano una dotazione inferiore ai sei posti-letto per mille abitanti (includendo i posti-letto degli ospedali pubblici generali e specializzati ed il 50 per cento dei posti-letto degli istituti privati convenzionati). Ciò è dimostrato dal prospetto 27.

Si è quindi stimato che, nel triennio, ai costi di investimento previsti per il 1980, siano sufficienti 280 miliardi per integrare i 6.000 posti-letto mancanti nelle quattro Regioni sopra indicate, sulla base dei calcoli riportati nel prospetto 28.

Per i lavori di manutenzione straordinaria e per il rinnovo tecnologico delle attrezzatu-

(1) In questo esame, la disponibilità del Piemonte e della Valle d'Aosta è considerata congiuntamente.

PROSPETTO N. 27

POSTI LETTO NEGLI ISTITUTI DI CURA PUBBLICI E PRIVATI - ANNO 1977

REGIONI	*A*) In ospedali generali	*B*) In ospedali specializzati	*C*) In ospedali psichiatrici	*D*) In case di cura private	Posti letto per 1.000 abitanti (*a*)
Piemonte	27.062	7.376	6.717	6.109	7,9
Valle d'Aosta	566	100	—	—	
Lombardia	61.314	5.693	10.949	11.590	8,2
Provincia auton. Bolzano	2.822	210	140	536	7,5
Provincia auton. Trento	3.554	538	1.163	617	9,9
Veneto	44.444	3.508	8.927	5.440	11,5
Friuli-Venezia Giulia	12.003	1.674	2.327	804	11,3
Liguria	14.167	4.251	2.947	1.653	10,1
Emilia-Romagna	30.700	2.874	6.677	6.150	9,1
Toscana	27.757	3.057	5.313	3.514	9,0
Umbria	6.583	—	512	308	8,3
Marche	13.239	2.139	2.512	2.123	11,4
Lazio	25.882	5.541	2.793	14.275	7,2
Abruzzi	9.030	367	2.198	2.178	8,0
Molise	1.518	—	—	114	4,7
Campania	21.202	5.153	6.800	8.696	5,4
Puglia	25.958	3.108	1.050	7.644	7,7
Basilicata	2.895	80	—	1.720	5,0
Calabria	8.203	1.002	1.614	2.990	5,2
Sicilia	22.789	5.503	5.680	4.876	6,1
Sardegna	6.915	1.738	1.753	1.515	6,0
ITALIA	368.603	53.912	70.072	82.852	8,0

Fonte: Istituto centrale di statistica, Annuario statistico italiano 1978.

(*a*) In ospedali pubblici + 50 % degli ospedali privati convenzionati.

PROSPETTO N. 28

STIMA DEL FABBISOGNO FINANZIARIO PER LA COSTRUZIONE DI NUOVI POSTI LETTO PER IL TRIENNIO 1980-1982

	Popolazione (*a*)	Fabbisogno posti letto (6°/°° della popolazione)	Posti letto esistenti negli ospedali pubblici (*b*)	Posti letto mancanti in ospedali pubblici	Carenza di posti letto (*c*)	Spesa (miliardi) (*d*)
Molise	331.735	1.990	1.518	472	452	20,8
Campania	5.380.065	32.280	26.355	5.925	3.305	152,1
Basilicata	619.148	3.715	2.975	740	650	29,9
Calabria	2.057.828	12.347	9.205	3.142	1.692	77,8
		50.332	40.053	10.279	6.099	280,6

(*a*) Popolazione residente a fine anno 1977. Annuario statistico italiano 1978.
(*b*) Istituti di cura pubblici generali e specializzati. Anno 1977. Annuario statistico italiano 1978.
(*c*) Nella ipotesi di utilizzazione del 50 % dei posti letto convenzionati.
(*d*) Stima di 46 milioni a posto letto ai prezzi del 1980.

re ospedaliere, si è provveduto ad aggiornare ai prezzi del 1980 l'importo rilevato per tale voce nel 1977. In coerenza con lo obiettivo della deospedalizzazione, si è ritenuto di stabilire un massimale di tale spesa, in relazione a sette posti letto per 1.000 abitanti, nella prospettiva di una graduale riconversione delle disponibilità eccedenti tale limite. È emerso al riguardo un fabbisogno di 333 miliardi nel triennio, ripartiti fra le Regioni come da prospetto 29.

Il rimanente importo di 886 miliardi nel triennio è stato assegnato alle altre strutture (destinate ai servizi di prevenzione, alla medicina di base, ai servizi intermedi, ai centri diurni polivalenti). Si è considerato al riguardo che il costo di nuove dotazioni è superiore al costo per la riconversione funzionale di strutture ospedaliere o di altri presìdi già esistenti. Ai fini di una perequazione tra le Regioni in rapporto alle strutture disponibili, si è effettuata in via provvisoria una ripartizione regionale, per il triennio, secondo i seguenti criteri:

— il 50 per cento dell'importo è stato attribuito alle varie Regioni in proporzione alla rispettiva popolazione residente, prevista al 1980;

— il rimanente 50 per cento è stato attribuito rettificando gli importi in misura inversamente proporzionale alla disponibilità regionale di posti-letto per 1.000 abitanti. Si veda il prospetto 42.

Infine, la dotazione complessiva in conto capitale è stata maggiorata:

— dell'importo di 41 miliardi, per tener conto delle esigenze di potenziamento delle strutture e servizi multizonali con funzione interregionale per la cardiochirurgia e la cardiodiagnostica;

— dell'importo di 25 miliardi per le esigenze triennali di investimento per gli Istituti zooprofilattici sperimentali.

PROSPETTO N. 29

RIPARTIZIONE DEI FONDI OCCORRENTI PER LA MANUTENZIONE STRAORDINARIA E L'ADEGUAMENTO TECNOLOGICO DELLE STRUTTURE SANITARIE - TRIENNIO 1980-1982

REGIONI	Popolazione residente a fine anno 1977 (*a*)	7°/oo della popolazione	Posti letto (*b*)	Posti letto nel limite del 7°/oo della popolazione	Spesa nel triennio (miliardi di lire) (*c*)
Piemonte	4.540.755	31.785	34.438	31.785	29,0
Valle d'Aosta	114.279	800	666	666	0,6
Lombardia	8.910.728	62.375	67.007	62.375	57,0
Provincia auton. Bolzano	430.355	3.012	3.032	3.012	2,7
Provincia auton. Trento	441.972	3.094	4.092	3.094	2,7
Veneto	4.320.984	30.247	47.952	30.247	27,6
Friuli-Venezia Giulia	1.245.267	8.717	13.677	8.717	7,9
Liguria	1.859.349	13.016	18.418	13.016	12,0
Emilia-Romagna	3.956.216	27.694	33.574	27.694	25,2
Toscana	3.587.278	25.111	30.814	25.111	22,9
Umbria	802.448	5.617	6.583	5.617	5,1
Marche	1.403.704	9.826	15.378	9.826	9,0
Lazio	4.997.318	34.981	31.423	31.423	28,8
Abruzzi	1.227.952	8.596	9.397	8.596	7,8
Molise	331.735	2.322	1.518	1.518	1,5
Campania	5.380.065	37.660	26.355	26.355	24,0
Puglia	3.855.691	26.990	29.066	26.990	24,6
Basilicata	619.148	4.334	2.975	2.975	2,7
Calabria	2.057.828	14.405	9.205	9.205	8,4
Sicilia	4.936.176	34.553	28.292	28.292	25,8
Sardegna	1.582.115	11.075	8.653	8.653	7,9
ITALIA	56.601.363	396.210	422.515	365.167	333,2

(*a*) Annuario ISTAT 1978.
(*b*) Istituti di cura pubblici generali e specializzati. Anno 1977. Annuario ISTAT 1978.
(*c*) Ripartizione proporzionale ai valori della colonna precedente.

PROSPETTO N. 30

RIPARTIZIONE DEGLI ALTRI INVESTIMENTI - TRIENNIO 1980-1982

REGIONI	½ Altri investimenti (a)	Numero posti letto (b)	xi = Indice posti letto per 1.000 abitanti (c)	$\frac{x}{xi}$	$\frac{x}{xi} \times$ ½ investimenti: Valori assoluti	$\frac{x}{xi} \times$ ½ investimenti: Valori riproporz.	TOTALE altri investimenti
Piemonte	35,2	34.438	7,58	0,98	34,5	32,4	67,6
Valle d'Aosta	0,9	666	5,84	1,28	1,1	1,0	1,9
Lombardia	69,7	67.007	7,52	0,99	69,0	64,7	134,4
Provincia autonoma Bolzano	3,4	3.032	7,05	1,06	3,6	3,4	6,8
Provincia autonoma Trento	3,4	4.092	9,26	0,81	2,7	2,5	5,9
Veneto	33,8	47.952	11,10	0,67	22,6	21,2	55,0
Friuli-Venezia Giulia	9,7	13.677	10,99	0,68	6,6	6,2	15,9
Liguria	14,3	18.418	9,91	0,75	10,7	10,0	24,3
Emilia-Romagna	30,8	33.574	8,49	0,88	27,1	25,4	56,2
Toscana	27,9	30.814	8,59	0,87	24,3	22,8	50,7
Umbria	6,2	6.583	8,21	0,91	5,6	5,3	11,5
Marche	10,9	15.378	10,95	0,68	7,4	7,0	17,9
Lazio	39,3	31.423	6,29	1,19	46,8	43,9	83,2
Abruzzi	9,6	9.397	7,65	0,98	9,4	8,8	18,4
Molise	2,6	1.518	4,57	1,63	4,2	3,9	6,5
Campania	42,5	26.355	4,90	1,52	64,6	60,6	103,1
Puglia	30,6	29.066	7,54	0,99	30,3	28,4	59,0
Basilicata	4,8	2.975	4,81	1,55	7,4	6,9	11,7
Calabria	16,1	9.205	4,47	1,67	26,9	25,2	41,3
Sicilia	38,9	28.292	5,73	1,30	50,6	47,5	86,4
Sardegna	12,5	8.653	5,47	1,36	17,0	16,0	28,5
ITALIA	443,1	422.515	7,46	1,00	472,4	443,1	886,2

(a) Ripartiti in base alla popolazione residente 1980.
(b) Istituti di cura pubblici generali e specializzati - Anno 1977 - Annuario statistico italiano 1978.
(c) Calcolato sulla popolazione residente a fine anno 1977.

Con l'insieme dei criteri in precedenza enunciati, la proposta di stanziamento e di ripartizione del Fondo sanitario nazionale per le spese in conto capitale nel triennio 1980-82, da considerare provvisoria ed abbisognevole di conferme ed ulteriori accertamenti, risulta dal prospetto 30.

Al di là del vincolo di spesa relativo ai servizi multizonali, per i rimanenti investimenti non si ritiene di precisare alcun altro vincolo di destinazione, ferma restando la esclusione di nuovi investimenti nel settore ospedaliero in Regioni diverse da quelle sopra indicate, in conformità a quanto previsto dall'articolo 53 della legge n. 833. Resta da osservare che la proposta di ripartizione regionale riportata nella tabella allegata assegna al Mezzogiorno il 48,8 per cento delle risorse complessive (vedi prospetto 31).

PROSPETTO N. 3

FONDO SANITARIO NAZIONALE - SPESE IN CONTO CAPITALE

RIPARTIZIONE REGIONALE PER IL TRIENNIO 1980-1982

(*in miliardi di lire* 1980)

REGIONI	Costruzione di posti letto ospedalieri	Manutenzione straordinaria e adeguamento tecnologico	Altri investimenti (*a*)	PRESIDI MULTIZONALI con funzione interregionale (*b*)	Complesso
Piemonte	—	29,0	67,6	4,3	100,9
Valle d'Aosta	—	0,6	1,9	—	2,5
Lombardia	—	57,0	134,4	7,9	199,3
Provincia auton. Bolzano	—	2,7	6,8	0,2	9,7
Provincia auton. Trento	—	2,7	5,9	0,1	8,7
Veneto	—	27,6	55,0	4,5	87,1
Friuli-Venezia Giulia	—	7,9	15,9	1,4	25,2
Liguria	—	12,0	24,3	2,9	39,2
Emilia-Romagna	—	25,2	56,2	5,0	86,4
Toscana	—	22,9	50,7	6,1	79,7
Umbria	—	5,1	11,5	1,5	18,1
Marche	—	9,0	17,9	0,7	27,6
Lazio	—	28,8	83,2	6,2	118,2
Abruzzi	—	7,8	18,4	2,2	28,4
Molise	20,8	1,5	6,5	0,4	29,2
Campania	152,1	24,0	103,1	5,8	285,0
Puglia	—	24,6	59,0	3,3	86,9
Basilicata	29,9	2,7	11,7	0,9	45,2
Calabria	77,8	8,4	41,3	2,2	129,7
Sicilia	—	25,8	86,4	7,2	119,4
Sardegna	—	7,9	28,5	3,2	39,6
ITALIA	280,6	333,2	886,2	66,0	1.566,0

(*a*) Investimenti per centri diurni polivalenti, per acquisizione e potenziamento dei servizi di medicina di base e dei servizi intermedi.

(*b*) Valori provvisori desunti da precedenti studi riguardanti la cardiochirurgia e gli Istituti zooprofilattici, da rideteminare ai sensi del punto 25, lettera *a*) e *b*) e del punto 87 lettera *d*).

PROSPETTO RIEPILOGATIVO DEGLI STANZIAMENTI PREVISTI PER IL FONDO SANITARIO NAZIONALE NEL TRIENNIO 1980-82

Si può esporre in un prospetto riassuntivo il compendio delle risultanze innanzi esposte per le spese di parte corrente e per quelle in conto capitale:

PROSPETTO N. 32

FONDO SANITARIO NAZIONALE - ANNI 1980-1982

(*in miliardi di lire* 1980)

CAPITOLI DI SPESA	ANNO 1980 Ipotesi		ANNO 1981	ANNO 1982
	Importo	% sul P.I.L.	Importo	Importo
PARTE CORRENTE (Ministero del tesoro) ...	15.594,0	5,08	15.722,0	15.841,6
PARTE IN CONTO CAPITALE (Ministero del bilancio)	446,0	0,14	510,0	610,0
COMPLESSO	16.040,0	5,22	16.232,0	16.451,6

N.B. — La previsione del P.I.L. per l'anno 1980 ammonta a 307.000 miliardi di lire.

MODELLI DI RILEVAZIONE

MOD. 1

REG. COM. CM

(*Rilevazione ai sensi dell'articolo 7 della legge 4 agosto 1978, n. 461*)

PROSPETTO RIASSUNTIVO DELLE SPESE DEGLI ANNI 1976 E 1977 (*a*)

Ente ..... (*b*)

Per i Comuni: popolazione residente al 1977 .....

Codice	ATTIVITÀ (*c*)	IMPORTI (in milioni di lire)	
		1976	1977
110	Spese per il personale:		
116	— competenze fisse	.....	.....
117	— competenze accessorie	.....	.....
131	Investimenti diretti (rate di ammortamento mutui):		
136	— quota capitale	.....	.....
135	— quota interessi	.....	.....
132	Attrezzature e rinnovi tecnologici	.....	.....
900	Trasferimenti:		
901	— contributi per la normale gestione	.....	.....
902	— contributi in conto capitale	.....	.....
120	Acquisizione di beni e servizi e altre spese	.....	.....
140	Interessi passivi sulle anticipazioni a breve termine (fino a 18 mesi)	.....	.....
150	Spese per la formazione e l'aggiornamento del personale:		
151	— corsi finanziati direttamente	.....	.....
152	— corsi finanziati con fondi CEE, leggi speciali o a carico di altri settori (cultura, pubblica istruzione, ecc.)	.....	.....
998	TOTALE	.....	.....
200	Poste compensative della spesa	.....	.....

Annotazioni: .....

.....

.....

(*a*) I dati vanno desunti dai consuntivi. In mancanza, comunicare dati preconsuntivi, facendone però menzione nelle annotazioni.

(*b*) Regione, Comune, Comunità montana, Consorzio socio-sanitario (o altra denominazione analoga) avente autonoma personalità giuridica, CPA, ecc.

(*c*) Tenere presenti le istruzioni allegate.

MOD 2
OSP. PUBBL.

(*Rilevazione ai sensi dell'articolo 7 della legge 4 agosto 1978, n. 461*)

PROSPETTO RIASSUNTIVO DELLE SPESE DEGLI OSPEDALI PUBBLICI NEGLI ANNI 1976 E 1977 (*a*)

Regione ..... Esercizio .....

Codice	ATTIVITÀ (*b*)	IMPORTI (in milioni di lire)		
		1° parziale	2° parziale	Totale
100	1) SPESA LORDA COMPLESSIVA			.....
110	*Retribuzioni*		.....	
111	— Compensi lordi al personale dipendente	.....		
112	— Compartecipazione ai sanitari	.....		
113	— Indennità ai tirocinanti	.....		
114	— Contributi a carico dell'Ente	.....		
115	— Altre spese per il personale	.....		
120	*Consumi*		.....	
121	— Medicinali ed altro materiale sanitario	.....		
122	— Generi alimentari	.....		
123	— Utenze varie	.....		
124	— Altre spese varie	.....		
133	— Manutenzione ordinaria agli immobili, impianti e loro attrezzature	.....		
130	*Spesa relativa agli investimenti*		.....	
131	— Rate ammortamento mutui di cui:			
135	quota interessi	.....		
136	quota capitale	.....		
132	— Acquisto attrezzature sanitarie e tecnico economali	.....		
134	— Manutenzione straordinaria agli immobili, impianti e loro attrezzature	.....		
140	*Oneri finanziari*		.....	
150	*Spese di funzionamento delle scuole di formazione professionale*		.....	
160	*Altre spese*		.....	
200	2) POSTE COMPENSATIVE DELLA SPESA			.....
300	3) SPESA NETTA			.....
400	4) PROVENTI DELL'ATTIVITÀ OSPEDALIERA			.....
410	— Importo lordo delle entrate per attività ambulatoriale:			
411	da enti mutualistici convenzionati	.....		
412	da privati paganti in proprio	.....		
420	— Importo lordo delle entrate per il ricovero paganti in proprio e differenze rette	.....		
430	— Importo lordo dei proventi per rivalsa nei confronti delle compagnie di assicurazione ed altre	.....		
500	5) PROVENTI PATRIMONIALI ED EVENTUALI ALTRE ENTRATE			.....
600	6) SPESA A CARICO DEL FONDO NAZIONALE ASSISTENZA OSPEDALIERA			.....

Annotazioni: .....

(*a*) I dati vanno desunti dai consuntivi. In mancanza, comunicare dati pre-consuntivi, facendone però menzione nelle annotazioni.
(*b*) Tenere presente le istruzioni allegate.

MOD. 3

ASS. OSP.

(*Rilevazione ai sensi dell'articolo 7 della legge 4 agosto 1978, n. 461*)

PROSPETTO RIASSUNTIVO DELLE SPESE PER ASSISTENZA OSPEDALIERA DEGLI ANNI 1976 E 1977 (*a*)

Regione ..... Esercizio .....

Codice	ATTIVITÀ (*b*)	IMPORTI (in milioni di lire)
300	*A*) Spesa degli ospedali pubblici (attività spedalizzata e ambulatoriale)	.....
601	*B*) Spesa degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, cliniche ed istituti direttamente gestiti dalle università	.....
602	*C*) Spesa degli ospedali gestiti da enti ecclesiastici e classificati ai sensi dell'articolo 1 della legge 132/1968	.....
603	*D*) Spesa per assistenza presso case di cura convenzionate	.....
604	*E*) Spesa per ricoveri volontari in ospedali psichiatrici convenzionati	.....
605	*F*) Spesa per assistenza indiretta (a rimborso)	.....
606	*G*) Spesa per la gestione del fondo	.....
999	TOTALE	.....

Annotazioni: .....

.....

.....

.....

(*a*) I dati vanno desunti dai Consuntivi. In mancanza, comunicare dati pre-consuntivi, facendone però menzione nelle annotazioni.

(*b*) Tenere presente le istruzioni allegate.

MOD. 4

MUT. PERIF.

(*Rilevazione ai sensi dell'articolo* 7 *della legge* 4 *agosto* 1978, *n.* 461)

PROSPETTO RIASSUNTIVO PER REGIONE DELLE SPESE DEGLI ANNI 1976 E 1977 (*a*)

Ente mutualistico o Cassa mutua .....

Regione .....

Codice	ATTIVITÀ (*b*)	IMPORTI (in milioni di lire) 1976	1977
700	1) *Prestazioni sanitarie*		
701	— Medico-generica	.....	.....
702	— Specialistica:		
	a) *In gestione diretta*		
703	— specialisti convenzionati	.....	.....
110	— personale sanitario dipendente	.....	.....
704	— funzionamento ambulatori	.....	.....
705	— ammortamento attrezzature sanitarie	.....	.....
706	— acquisto attrezzature non sottoponibili ad ammortamento	.....	.....
707	— altre spese	.....	.....
	b) *Convenzionata*		
708	— convenzionati esterni (esclusi gli opesdali)	.....	.....
709	— prestazioni in ospedali convenzionati e trasporti in ambulanza	.....	.....
710	— Farmaceutiche	.....	.....
711	— Integrative:		
712	ordinarie	.....	.....
713	straordinarie	.....	.....
715	— A rimborso	.....	.....
716	— Ostetriche domiciliari	.....	.....
975	TOTALE 1)	.....	.....
	2) *Spese generali per l'attività sanitaria:*		
110	— Personale destinato ad attività sanitarie (escluso quello già considerato al punto 1)	.....	.....
138	— Quota ammortamento immobili destinati a uffici o ambulatori	.....	.....
139	— Fitti (reali e figurativi)	.....	.....
132	— Acquisto mobili, impianti, attrezzature amministrative	.....	.....
120	— Altre spese generali	.....	.....
985	TOTALE 2)	.....	.....
990	IN COMPLESSO (Totale 1 e 2)	.....	.....

Annotazioni: .....

.....

.....

(*a*) Vanno considerate solo le spese delle sedi e sezioni periferiche, *con esclusione* delle Sedi centrali o Direzioni generali. I dati vanno desunti dai consuntivi. In mancanza, comunicare dati pre-consuntivi, facendone però menzione nelle annotazioni.

(*b*) Tenere presente le istruzioni allegate.

MOD. 5

MUT. CENTR.

(*Rilevazione ai sensi dell'articolo* 7 *della legge* 4 *agosto* 1978, n. 461)

PROSPETTO RIASSUNTIVO DELLE SPESE DELLE DIREZIONI GENERALI DEGLI ANNI 1976 E 1977 (*a*)

Ente mutualistico .....

Codice	ATTIVITÀ (*b*)	IMPORTI (in milioni di lire) 1976	1977
700	1) *Eventuali prestazioni sanitarie direttamente erogate:*		
703	— specialisti convenzionati	.....	.....
110	— personale sanitario dipendente	.....	.....
704	— funzionamento ambulatori	.....	.....
705	— ammortamento attrezzature sanitarie	.....	.....
706	— acquisto attrezzature non sottoponibili ad ammortamento	.....	.....
707	— altre spese	.....	.....
975	TOTALE 1)	.....	.....
	2) *Spese generali relative alla gestione sanitaria in liquidazione:*		
110	— Spese per il personale	.....	.....
138	— Quota di ammortamento immobili destinati ad uffici per la gestione sanitaria	.....	.....
131	— Investimenti (rate di ammortamento mutui contratti):		
136	quota capitale	.....	.....
135	quota interessi	.....	.....
132	— Acquisto mobili, impianti ed attrezzature	.....	.....
(134)	— Manutenzioni a immobili, impianti e loro attrezzature:		
133	ordinarie	.....	.....
134	straordinarie	.....	.....
900	— Contributi a Enti vari (patronati, ecc.)	.....	.....
120	— Acquisizione di beni e servizi e altre spese varie..	.....	.....
140	— Interessi passivi sulle anticipazioni a breve termine (18 mesi)	.....	.....
150	— Spese per la formazione e l'aggiornamento del personale	.....	.....
985	TOTALE 2)	.....	.....
990	IN COMPLESSO (Totale 1 e 2)	.....	.....

Annotazioni: .....

(*a*) Vanno considerate *solo* le spese delle Direzioni generali o Sedi centrali, per la parte relativa alla gestione sanitaria in liquidazione. Per gli enti con gestioni miste calcolare a stima la quota parte di spesa attribuita alla gestione sanitaria, facendo esplicita menzione nelle annotazioni del criterio di calcolo usato. I dati vanno desunti dai consuntivi. In mancanza, comunicare dati pre-consuntivi, facendone però menzione nelle annotazioni.

(*b*) Tenere presente le istruzioni allegate.

MOD. 6

CASSE MUTUE

(*Rilevazione ai sensi dell'articolo 7 della legge 4 agosto 1978, n. 461*)

PROSPETTO RIASSUNTIVO PER REGIONE DELLE SPESE DEGLI ANNI 1976 E 1977 (*a*)

Regione (Cassa Mutua aziendale, locale, di soccorso, ecc.) .....

Regione .....

Codice	ATTIVITÀ (*b*)	IMPORTI (in milioni di lire) 1976	1977
700	1) *Prestazioni sanitarie:*		
701	— Medico-generica	.....	.....
702	— Specialistica:		
	a) *In gestione diretta:*		
703	— specialisti convenzionati	.....	.....
110	— personale dipendente	.....	.....
704	— funzionamento ambulatori	.....	.....
705	— ammortamento attrezzature sanitarie	.....	.....
706	— acquisto attrezzature non sottoponibili ad ammortamento	.....	.....
707	— altre spese	.....	.....
	b) *Convenzionate:*		
708	— convenzionati esterni (esclusi gli ospedali)	.....	.....
709	— prestazioni in ospedali convenzionati e trasporti in ambulanza	.....	.....
710	— Farmaceutiche	.....	.....
711	— Integrative:		
	a) *obbligatorie:*		
712	— ordinarie	.....	.....
713	— straordinarie	.....	.....
714	b) *migliorative e facoltative:*		
715	— a rimborso	.....	.....
716	— ostetriche domiciliari	.....	.....
975	TOTALE 1)	.....	.....
	2) *Spese generali relative alla gestione sanitaria in liquidazione:*		
110	— Spese per il personale destinato ad attività sanitarie, escluso quello già considerato al punto 1) ..	.....	.....
138	— Quota di ammortamento immobili destinati ad uffici per la gestione sanitaria o ambulatori (di cui è previsto il passaggio in proprietà al S.S.N.) ..	.....	.....
139	— Fitti (reali e figurativi)	.....	.....
131	— Investimenti (rate di ammortamento mutui contratti):		
136	quota capitale	.....	.....
135	quota interessi	.....	.....
132	— Acquisto mobili, impianti ed attrezzature	.....	.....
(134)	— Manutenzioni a immobili, impianti e loro attrezzature:		
133	ordinarie	.....	.....
134	straordinarie	.....	.....
900	— Contributi a enti vari (patronati, ecc.)	.....	.....
120	— Acquisizione di beni e servizi e altre spese varie..	.....	.....
140	— Interessi passivi sulle anticipazioni a breve termine (18 mesi)	.....	.....
150	— Spese per la formazione e l'aggiornamento del personale	.....	.....
985	TOTALE 2)	.....	.....
990	IN COMPLESSO (Totale 1 e 2)	.....	.....

Annotazioni: .....

.....

(*a*) Vanno considerate *solo* le spese per la parte relativa alla gestione sanitaria in liquidazione. Per gli enti con gestioni miste calcolare a stima la quota parte di spesa attribuita alla gestione sanitaria, facendo esplicita menzione nelle annotazioni del criterio di calcolo usato. I dati vanno desunti dai consuntivi; in mancanza, comunicare dati pre-consuntivi, facendone però menzione nelle annotazioni.

(*b*) Tenere presenti le istruzioni allegate.

MOD. 7

PROVINCE

(*Rilevazione ai sensi dell'articolo 7 della legge 4 agosto 1978, n. 461*)

REGIONE COD. .....

Amministrazione Provinciale di .....

Codice	VOCE	IMPORTI (in milioni di lire)	
		1976	1977
110	Personale	.....	.....
135	Investimenti: quota interessi	.....	.....
132	Attrezzature e rinnovi tecnologici	.....	.....
901	Trasferimenti: contributi per gestione	.....	.....
902	Trasferimenti: contributi conto capitale	.....	.....
610	Convenzioni	.....	.....
120	Beni servizi e altre spese	.....	.....
140	Interessi passivi su anticipazioni a breve	.....	.....
150	Formazione e aggiornamento personale	.....	.....
136	Investimenti: quota capitale.....	.....	.....
137	Mobili, macchine, attrezzature: acquisti c/capitale	.....	.....
160	Altre	.....	.....
	(Per le cifre di dettaglio, vedi allegato)		
	Da non perforare - Solo evidenza		
	— Per assistenza all'infanzia	.....	.....
	— Per assistenza ai ciechi e sordomuti	.....	.....
	— Altri tipi di assistenza.....	.....	.....
	TOTALE	.....	.....

MOD. 8

REGIONI

(*Rilevazione ai sensi dell'articolo 7 della legge 4 agosto 1978, n. 461*)

PROSPETTO RIASSUNTIVO DELLE SPESE DEGLI ANNI 1976 E 1977 (*a*)

Ente ..... (*b*)

Per i Comuni: popolazione residente al 1977: .....

Codice	ATTIVITÀ (*c*)	IMPORTI (in milioni di lire) 1976	1977
110	Spese per il personale:		
116	— competenze fisse	.....	.....
117	— competenze accessorie	.....	.....
131	Investimenti diretti (rate di ammortamento mutui):		
136	— quota capitale	.....	.....
135	— quota interessi	.....	.....
132	Attrezzature e rinnovi tecnologici	.....	.....
900	Trasferimenti:		
901	— contributi per la normale gestione	.....	.....
902	— contributi in conto capitale	.....	.....
120	Acquisizioni di beni e servizi e altre spese	.....	.....
140	Interessi passivi sulle anticipazioni a breve termine (fino a 18 mesi)	.....	.....
150	Spese per la formazione e l'aggiornamento del personale:		
151	— corsi finanziati direttamente	.....	.....
152	— corsi finanziati con fondi CEE, leggi speciali o a carico di altri settori (cultura, pubblica istruzione, ecc.)	.....	.....
998	TOTALE	.....	.....
200	Poste compensative della spesa	.....	.....

Annotazioni: .....

.....

.....

(*a*) I dati vanno desunti dai consuntivi. In mancanza, comunicare dati pre-consuntivi, facendone però menzione nelle annotazioni.

(*b*) Regione, Comune, Comunità montana, Consorzio socio-sanitario (o altra denominazione analoga) avente autonoma personalità giuridica, CPA, ecc.

(*c*) Tenere presente le istruzioni allegate.

INDICE DEGLI ALLEGATI

RELAZIONE ALLA PROPOSTA DI PIANO SANITARIO NAZIONALE PER IL TRIENNIO 1980-82

PARTE PRIMA

LA STRATEGIA ..... Pag. 5

1. Gli antefatti ..... » 5
2. La necessità di una svolta ..... » 10
3. Gli obiettivi ..... » 11
4. Le condizioni ..... » 12
5. Gli effetti sperati ..... » 14
6. Il sistema sanitario italiano nel quadro europeo ed internazionale ... » 15

PARTE SECONDA

LE AZIONI PER IL TRIENNIO 1980-1982 ..... » 17

1. I presupposti delle azioni programmate ..... » 17
2. La strutturazione organica dei servizi ..... » 19
   - 2.1 I bisogni da soddisfare ..... » 19
   - 2.2. L'organizzazione territoriale dei servizi ..... » 20
     - *a*) il livello distrettuale: i servizi di base ..... » 20
     - *b*) l'area dei servizi specialistici ..... » 23
     - *c*) il livello delle Unità sanitarie locali ..... » 24
     - *d*) i servizi multizonali ..... » 28
     - *e*) il livello regionale ..... » 30
   - 2.3. L'organizzazione « settoriale » dei servizi ..... » 31
     - *a*) le attività di vigilanza igienica dell'ambiente ..... » 32
     - *b*) le attività di vigilanza igienica degli alimenti e delle bevande . » 33
     - *c*) le attività veterinarie ..... » 33
     - *d*) le attività farmaceutiche ..... » 34
     - *e*) i servizi per la formazione del personale ..... » 36
3. L'estensione dell'assistenza sanitaria a tutta la popolazione e l'unificazione delle prestazioni sanitarie ..... » 37
4. I progetti-obiettivo: ..... » 39
   - 4.1. Progetto-obiettivo: lotta contro la mortalità infantile e tutela della salute nell'età evolutiva ..... » 41
   - 4.2. Progetto-obiettivo: tutela della salute delle persone anziane ... » 48

4.3. Progetto-obiettivo: tutela della salute dei lavoratori in ambiente di lavoro ..... Pag. 50

5. La formazione del personale ..... » 54

5.1. La formazione di base e specialistica ..... » 56

5.2. La riqualificazione e la conversione tra professionalità diverse ... » 57

5.3. L'aggiornamento permanente ..... » 58

6. L'attivazione degli strumenti conoscitivi ..... » 59

6.1. Il sistema informativo sanitario (S.I.S.) ..... » 60

6.2. La programmazione di bilancio come sistema integrato di pianificazione e controllo ..... » 67

7. Le iniziative rivolte ai soggetti ..... » 68

7.1. L'educazione sanitaria, la partecipazione, il coinvolgimento degli utenti ..... » 69

7.2. Il coinvolgimento degli operatori dipendenti ..... » 70

7.3. Il coinvolgimento del personale convenzionato ..... » 71

8. Le iniziative nel campo della ricerca sanitaria finalizzata ..... » 73

9. L'adeguamento della struttura centrale al nuovo ruolo del Ministero della sanità ..... » 75

10. La definizione di un sistema di indicatori socio-sanitari per il controllo di attuazione del Piano ..... » 77

11. Le azioni finalizzate al risparmio ..... » 80

11.1. Nel settore dei farmaci ..... » 81

11.2. Nel settore degli accertamenti diagnostici ..... » 82

11.3. Nel settore delle degenze ..... » 83

11.4. Nel settore amministrativo ed economale ..... » 84

PARTE TERZA

LE PROPOSTE PER LA GESTIONE ..... » 85

1. Le garanzie ..... » 85

2. La fase istruttoria del Piano ..... » 85

3. La fase di definizione normativa ..... » 86

4. La fase di attuazione ..... » 86

5. La fase delle verifiche ..... » 88

6. Gli interventi in caso di violazione dei vincoli ..... » 88

PARTE QUARTA

LA SPESA SANITARIA NAZIONALE E REGIONALE ..... » 91

1. Le indicazioni della legge 833/78 ..... » 91

2. Il Fondo sanitario nazionale e la spesa sanitaria nazionale per la sanità . » 91

3. La spesa sanitaria nazionale per il 1977 ..... » 92

4. La riallocazione delle risorse ..... Pag. 92

5. Vincoli nell'impiego delle risorse ed autonomia delle Regioni ..... » 93

6. La programmazione per scorrimento ..... » 94

7. Le spese di investimento ..... » 94

DISPOSITIVO DEL PIANO SANITARIO NAZIONALE PER IL TRIENNIO 1980-82

A. (punti 1-10) Principi generali ..... Pag. 97

B. (» 11-13) Obiettivi e azioni programmatiche per il triennio 1980-1982 ..... » 98

C. (» 14-27) Il modello dei servizi ..... » 99

D. (» 28-30) L'assistenza sanitaria a tutta la popolazione ..... » 104

E. (» 31-41) I progetti-obiettivo ..... » 105

F. (» 42-44) La formazione del personale ..... » 108

G. (» 45-47) L'attivazione degli strumenti conoscitivi ..... » 109

H. (» 48-50) Le iniziative rivolte ai soggetti ..... » 111

I. (» 51-53) Le iniziative nel campo della ricerca sanitaria finalizzata ..... » 113

L. (» 54-56) L'adeguamento della struttura centrale al nuovo ruolo del Ministero della sanità ..... » 114

M. (» 57-59) La definizione di un sistema di indicatori socio-sanitari per il controllo di attuazione del Piano ..... » 116

N. (» 60-62) Le azioni finalizzate al risparmio ..... » 116

O. (» 63) Gli effetti sperati ..... » 118

P. (» 64-73) Garanzie e gestione del processo programmatorio .. » 119

Q. (» 74-82) Il Fondo sanitario nazionale..... » 120

R. (» 83-84) Le spese di parte corrente del Fondo sanitario nazionale ..... » 122

S. (» 85-89) Le spese in conto capitale del Fondo sanitario nazionale » 125

T. (» 90) Le altre spese sanitarie non comprese nel Fondo sanitario nazionale ..... » 127

INDICAZIONE ANALITICA DEL PROCEDIMENTO DI DETERMINAZIONE DEGLI AGGREGATI DI SPESA DEL FONDO SANITARIO NAZIONALE

PREMESSA ..... Pag. 131

PREVISIONI RELATIVE ALLA POPOLAZIONE ..... » 133

SPESE DI PARTE CORRENTE ..... » 141

— Nota metodologica ..... » 143

— FASE 1: determinazione della spesa corrente cosiddetta storica proiettata all'anno 1980 ..... » 144

— FASE 2: spesa storica allargata a tutta la popolazione (1980) ..... » 164

— FASE 3: spesa teorica e spesa teorica-rettificata (1980) ..... » 164

— FASE 4: determinazione degli importi regionali non integrati per il triennio 1980-1982 ..... » 173

— FASE 5: integrazione finalizzata delle risorse regionali per il triennio 1980-1982 ..... » 176

— FASE 6: proposta di ripartizione regionale del Fondo sanitario nazionale parte corrente (1980-1982) ..... » 176

SPESE IN CONTO CAPITALE ..... » 181

PROGETTO RIEPILOGATIVO DEGLI STANZIAMENTI PREVISTI PER IL FONDO SANITARIO NAZIONALE NEL TRIENNIO 1980-1982 ..... » 189

MODELLI DI RILEVAZIONE ..... » 193