SENATO DELLA REPUBBLICA

VIII LEGISLATURA -

(N. 496-A)

RELAZIONE DELLA 12° COMMISSIONE PERMANENTE

(IGIENE E SANITÀ)

(RELATORE DEL NERO)

Comunicata alla Presidenza il 25 novembre 1982

SUL

DISEGNO DI LEGGE

Approvazione del piano sanitario nazionale per il triennio 1980-1982

presentato dal Ministro della Sanità

di concerto col Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale

col Ministro del Bilancio e della Programmazione Economica

e col Ministro del Tesoro

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 22 NOVEMBRE 1979

INDICE

1) Relazione	Pag.	3
2) Pareri della 1ª Commissione permanente	»	20
3) Pareri della 7ª Commissione permanente	»	23
4) Disegno di legge	»	25
5) Allegato - Linee generali e modalità di attuazione del piano sani- tario nazionale 1982-1984		
A) Principi generali	»	47
B) Strategie e programmi di azione per il triennio 1982-84	»	48
C) L'assistenza sanitaria a tutta la popolazione in condizioni di uniformità	»	48
D) I Progetti-obiettivo	»	49
D.2.a. Progetto-obiettivo « Materno-Infantile »	»	49
D.2.b. Progetto-obiettivo « Anziani »	» »	51 52
		53
E) Gli interventi particolari	» »	53
E.2. Intervento particolare per le tossicodipendenze	»	54
E.3. Intervento particolare per l'oncologia	»	56
E.4. Intervento particolare per la sanità veterinaria	»	57
F) L'organizzazione funzionale dei distretti sanitari, la strutturazione organica delle USL e l'adeguamento delle strutture centrali del SSN	»	58
G) La predisposizione dei servizi sanitari concernenti la protezione civile	»	66
H) L'integrazione funzionale delle attività sociali a specifico rilievo sanitario	»	66
I) La formazione e l'aggiornamento professionale del personale	»	67
L) L'attivazione del Sistema informativo sanitario (SIS), l'adozione di nuove tecniche di bilancio e la definizione degli indicatori di verifica del piano sanitario	»	70
M) Le iniziative tendenti a realizzare una cosciente e responsabile		
partecipazione al processo di riforma sanitaria	»	74
N) La promozione, il coordinamento intersettoriale e il trasferimento nel SSN dei risultati della ricerca a rilievo sanitario	»	76
O) L'accrescimento della produttività della spesa e le azioni finalizzate al risparmio	»	77
P) Le iniziative in campo internazionale	»	79
Q) Le verifiche di attuazione	»	80
R) Gli indicatori per la verifica	»	81
Tavola 1 (fabbisogno finanziario del SSN)	»	82
» 2 (ripartizione delle spese a ripartizione vincolata)	»	84
» 3 (ripartizione del finanziamento spese in conto capitale)	»	84

Onorevoli Senatori. — L'articolo 53 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, prevede l'approvazione di un piano sanitario nazionale triennale che stabilisca la programmazione delle attività sanitarie e ne precisi le finalità, i vincoli, i livelli assistenziali e le risorse finanziarie stanziate per la realizzazione delle attività predette.

ITER DEL DISEGNO DI LEGGE N. 496

Il primo piano sanitario nazionale per il triennio 1980-82 fu presentato dal Ministro della sanità al Consiglio sanitario nazionale il 3 maggio 1979, reso pubblico il 20 maggio 1979 e successivamente esaminato da detto Consiglio in diverse sedute.

Il relativo disegno di legge n. 496, ora all'esame dell'Assemblea, di approvazione del piano sanitario nazionale per il triennio 1980-82, composto di un articolo unico che approva una relazione illustrativa, una parte dispositiva e alcuni allegati relativi alla spesa storica, alla ripartizione del Fondo sanitario nazionale e agli indicatori di riferimento delle strutture e dei compiti sanitari, fu presentato alla Presidenza del Senato il 22 novembre 1979, che lo assegnò alla Commissione 12^a; di esso fui nominato relatore il 27 febbraio 1980 e potei svolgere la prima relazione il 19 marzo 1980.

A seguito della crisi di governo e dell'avvicendamento del titolare del Ministero della sanità, fu segnalata nel giugno-luglio 1980 dal ministro Aniasi la necessità di un approfondimento del piano sanitario nazionale per precisarne meglio certe finalità e aumentarne gli stanziamenti essendo stata giudicata sottostimata la spesa prevista.

Il 18 novembre 1980 fu presentato al Consiglio sanitario nazionale un nuovo schema di piano sanitario nazionale che fu illustrato dal Ministro in Commissione sanità del Senato, lo stesso giorno, con la riserva di

presentare emendamenti entro un breve termine.

La discussione fu chiusa il 19 novembre 1980 con la replica del relatore e la decisione di istituire una Sottocommissione per l'esame degli accennati emendamenti.

In data 28 novembre 1980 furono presentati dal Governo gli emendamenti in questione e costituita la Sottocommissione che iniziò il proprio lavoro il 10 dicembre 1980.

La Sottocommissione tenne diciotto riunioni e sottopose l'8 aprile 1981 il nuovo testo del piano sanitario nazionale alla Commissione, che ne iniziò la discussione. Il periodo di applicazione del piano venne spostato al triennio 1981-1983.

La Sottocommissione ha accertato in primo luogo se il piano comprendesse le indicazioni stabilite dagli articoli 53 e 63 della legge n. 833 del 1978 secondo cui occorre precisare: gli obiettivi della programmazione sanitaria da realizzarsi nel triennio; i livelli delle prestazioni sanitarie da garantire in modo uniforme a tutti i cittadini; l'importo del Fondo sanitario nazionale; gli indici e standards nazionali da assumere per la ripartizione del Fondo sanitario nazionale tra le regioni e all'interno delle stesse; i criteri e gli indirizzi per la organizzazione dei servizi sanitari nelle regioni e per la erogazione delle prestazioni sanitarie; le indicazioni per la revisione dei contributi sociali e la loro eventuale fiscalizzazione nonchè la determinazione della quota annuale per l'assicurazione obbligatoria; gli obiettivi fondamentali relativi alla formazione ed aggiornamento del personale; le procedure e modalità per le verifiche periodiche dello stato di attuazione del piano e del rapporto costi-benefici; le esigenze prioritarie in relazione alla ricerca biomedica ed in generale alla ricerca finalizzata alla tutela della salute.

Tali indicazioni si ritrovano completamente nel piano sanitario in esame, anche se

alcune sono rappresentate in modo dettagliato e preciso, altre in modo troppo generico; alcune sostenute da strutture e mezzi finanziari, altre affidate all'iniziativa delle regioni e delle unità sanitarie locali.

La Sottocommissione e lo stesso Governo, nel presentare gli emendamenti, hanno tenuto conto delle osservazioni espresse nella discussione generale in Commissione e che possono sintetizzarsi nei seguenti punti: accettazione della linea generale del piano sanitario nazionale pur esprimendo rammarico per il ritardo della sua approvazione; necessità di precisarne la durata; opportunità di rivedere la stesura formale del provvedimento onde renderlo vincolante ed esecutivo e non una semplice affermazione di principi e di indirizzi generici; esigenza di approfondire gli aspetti istituzionali con una migliore precisazione dei rapporti Governo-regioni-enti locali, Ministero della sanità ed enti periferici, università ed unità sanitarie locali eccetera, nonchè di conciliare il rapporto contrattuale di lavoro autonomo proprio delle convenzioni con gli operatori sanitari col raggiungimento dei fini ed obiettivi della riforma sanitaria; necessità di precisare i rapporti tra le unità sanitarie locali ed i servizi sociali, di realizzare in tempi non lunghi il riequilibrio interregionale ed intraregionale di ospedali e servizi sanitari, di riaffermare la determinazione prioritaria dei livelli assistenziali e dei progetti-obiettivo; di garantire una migliore qualificazione ed aggiornamento del personale medico, paramedico e manageriale; di realizzare un sistema adeguato e rapido di informazione sia sullo stato di attuazione della riforma sanitaria, che dei futuri provvedimenti regionali e locali soprattutto con riferimento alla morbilità del Paese nonchè all'andamento della spesa; di aumentare gli investimenti in conto capitale ritenuti insufficienti e male distribuiti per zone e per settori di intervento ed infine di garantire la chiarezza e compatibilità della spesa con riferimento alle spese correnti, alla spesa in conto capitale ed alla sistemazione delle passività pregresse di ospedali e di enti mutualistici per opere appaltate prima del 1974 ed eseguite dopo, per mutui e per altre spese.

In sede di Sottocommissione prima e poi di Commissione si sottolineò come le suddette indicazioni dovessero essere commisurate in particolare alla qualità ed efficienza dei servizi sanitari da rendere al cittadino e alla preparazione degli operatori assistenziali.

Con le modifiche introdotte la nuova stesura comprendeva una parte redatta in articoli, un'altra parte contenente le disposizioni programmatiche del piano ed infine taluni allegati sugli aggregati della spesa. Il disegno di legge si componeva di sette articoli che in applicazione degli articoli 3 e 53 della legge n. 833 del 1978 approvavano il piano sanitario nazionale, determinavano i livelli delle prestazioni di assistenza sanitaria e le finalità del piano, stabilivano i rimedi per le eventuali inadempienze e disavanzi, disponevano norme per l'approvazione dei piani regionali e prevedevano l'onere finanziario ed il relativo stanziamento.

La parte dispositiva diveniva il vero piano sanitario nazionale. Venivano confermati gli allegati relativi alle procedure di determinazione della spesa ed ai modelli, opportunamente adeguati alla nuova impostazione.

La relazione ministeriale non faceva più parte integrante del piano, ma restava più correttamente agli atti parlamentari.

Sulla nuova stesura del piano sanitario nazionale si discusse ampiamente ed in particolare sulla procedura di approvazione per la quale sono state studiate varie soluzioni che andavano fino al ritiro del piano.

Intanto si aveva un ulteriore avvicendamento al vertice del Ministero della sanità.

Venne presentata una ulteriore proposta dal nuovo Governo con la quale si divideva il piano in due parti nettamente distinte. La prima, da approvare con la normale procedura legislativa, avrebbe dovuto fissare i livelli e *standards* assistenziali, gli indici nazionali da assumere a base per la ripartizione della spesa tra le regioni, l'importo del Fondo sanitario nazionale, i criteri di finanziamento, le forme di verifica e di controllo.

La seconda parte, invece, avrebbe espresso le norme di indirizzo, di programmazione

e di coordinamento del Servizio sanitario nazionale e avrebbe dovuto essere approvata da ciascun ramo del Parlamento con atto legislativo, non bicamerale, ad esempio con una risoluzione, e sarebbe poi stato tradotto in atti di indirizzo e coordinamento da parte del Governo.

Si è fatto presente che una distinzione così netta tra le due parti non era opportuna; che la legge n. 833 del 1978 stabilisce che il Piano nel suo complesso sia approvato dal Parlamento.

Singole risoluzioni dei due rami del Parlamento non garantiscono la approvazione di un testo uguale nè la conformità dell'azione del Governo alle risoluzioni stesse. La risoluzione non è inoltre atto vincolante per le regioni e gli enti locali verso cui il piano è principalmente diretto.

Esso, d'altra parte, non potrebbe essere reso vincolante rispetto ai piani sanitari regionali neanche con un atto di indirizzo e coordinamento da parte del Governo in quanto tale atto si riferisce alla attività amministrativa delle regioni e non anche a quella legislativa nell'ambito della quale, invece, rientrano i suddetti piani sanitari regionali, che devono appunto essere approvati con legge regionale.

Sono sorti anche seri problemi sulla proposta di un eventuale ritiro e ripresentazione di parte del piano sanitario nazionale. Si è infine concluso di approvare con legge il piano nel suo complesso, costituito di una parte precettiva composta da dodici articoli, e di un'altra parte, composta di un allegato tecnico, alla quale, tenendo conto anche dell'insegnamento della Corte costituzionale, viene attribuito carattere di linea programmatica e di indirizzo per le regioni, enti locali e operatori del Servizio sanitario nazionale.

In questa stesura il piano sanitario nazionale dopo una ampia discussione è stato accolto dalla Commissione: così che dopo oltre venti riunioni di Sottocommissione e oltre trenta di Commissione viene sottoposta all'esame dell'Assemblea.

RITARDO NELLA DISCUSSIONE DEL PIANO

I continui rinvii nella approvazione del piano sanitario nazionale sono stati causati oltre che dalla difficoltà e novità della materia, da taluni fattori, qui appresso schematicamente individuati.

1) Problema finanziario

La mancanza di organismi funzionanti di accertamento e controllo della spesa rendeva difficile stabilire il reale fabbisogno e la stessa spesa storica. Gli squilibri territoriali facevano sì che la spesa storica privilegiasse le zone più dotate. D'altra parte strutture e servizi nuovi non si improvvisano nè si trasformano in breve tempo. La legge finanziaria per l'anno 1982 inoltre prevedeva un Fondo sanitario nazionale inferiore al fabbisogno fatto registrare per il 1981, insufficiente per l'attività ordinaria, per cui apparivano utopistiche tutte le norme introdotte nel piano per la qualificazione dell'assistenza soprattutto nei settori della prevenzione e della riabilitazione, nonchè per la trasformazione dei servizi sanitari.

Si provvedeva in un primo momento ad incrementare gli stanziamenti ed in un secondo momento a ridurli a seguito della nuova politica di contenimento delle spese pubbliche del Governo Spadolini.

Mentre si affermava che il Servizio sanitario nazionale non poteva limitarsi a fare funzionare l'esistente, ma doveva realizzare indirizzi di programmazione e trasformazione, non venivano poi accordati gli stanziamenti minimi necessari. L'incertezza e l'insufficienza dei fondi rendeva pertanto precaria ogni discussione sul piano sanitario nazionale.

2) Pericolo della genericità

La volontà di garantire un servizio sanitario uguale in tutto il Paese nonostante gli squilibri, le disuguaglianze, i diversi sistemi assistenziali finora assicurati alle varie categorie, richiedeva un indirizzo unitario che trovava però difficoltà pratiche in quanto occorreva conciliare il detto indiriz-

zo nazionale con le autonomie regionali e locali e talora con i ritardi regionali e locali.

L'inclusione quindi in una legge di direttive programmatiche precise nei confronti dei vari organismi del Servizio sanitario nazionale può creare corrispondenti diritti da parte del cittadino che poi non si è in grado di soddisfare. Esse inoltre rischiano di ledere l'autonomia decisionale regionale e locale, mentre l'indicazione di direttive molto generiche rischia di non rispettare l'uguaglianza tra i cittadini e di essere negativa ai fini di una programmazione. La stesura del testo dell'allegato del piano sanitario fatta dalla Commissione in precedenza se aveva meglio precisato molti punti, non aveva tolto completamente il carattere discorsivo e illustrativo di certe parti.

Di qui la ricerca di una procedura di approvazione da parte del Parlamento del piano sanitario nazionale che distinguesse la parte precettiva dalla parte programmatica e di indirizzo.

3) Differente attuazione della legge n. 833 del 1978

L'attuazione del Servizio sanitario nazionale è assai diversa da regione a regione, per cui nel periodo di transizione non sono mancati asincronismi e contraddizioni. La prima stesura del piano risentiva troppo delle connotazioni del periodo di transizione sia negli indirizzi, sia nella valutazione dei fabbisogni finanziari, sia nella estensione dell'assistenza sanitaria a tutti i cittadini.

In tale periodo persistevano i problemi della mancata istituzione delle unità sanitarie locali e del non avvenuto passaggio del personale e dei servizi sanitari dalle mutue al Servizio sanitario nazionale nonchè del pagamento dei debiti delle mutue e degli ospedali ancora da soddisfare. Si sono dovute pertanto modificare continuamente certe parti del piano che nel passaggio dal 1980 al 1982 erano state disciplinate da leggi nazionali o regionali o rese superflue da realizzazioni ormai avvenute di attività e strutture.

4) Crisi di Governo

Le due crisi di Governo e i conseguenti cambiamenti dei Ministri della sanità e degli indirizzi di politica economica e finanziaria hanno portato a successive revisioni del piano sanitario formulate con gli accennati emendamenti del Governo, ovvero a superamenti di situazioni nel frattempo verificatisi a causa di leggi stralcio man mano approvate.

5) Mancata soluzione di problemi generali

Infine la mancata soluzione di problemi generali, come quelli della legge quadro sulla assistenza e sui servizi sociali, della legge sulle università e particolarmente della riforma della facoltà di medicina, nonchè di quelli relativi alle autonomie locali, e le permanenti difficoltà per la casa e il collocamento, unitamente al ritardo nella approvazione dei decreti delegati di attuazione del servizio sanitario, delle convenzioni con i medici e dei contratti per il personale dipendente, hanno molto condizionato l'esame del Piano.

Non tutti questi problemi sono oggi risolti, ma la maggior parte sono superati o almeno chiariti nella loro impostazione.

Viviamo in un periodo nel quale è difficile programmare e provvedere alla copertura finanziaria necessaria. La riforma sanitaria, d'altra parte, rappresenta una profonda trasformazione di servizi, gestioni, prestazioni, mentalità, rapporti tra pubblico e privato, tra operatori sanitari e cittadini, per cui il primo atto programmatorio ha richiesto approfondimento e discussione.

Delle sopracitate difficoltà si è tenuto conto nella nuova stesura del Piano. In particolare per la spesa si è dovuto prendere atto dell'indirizzo di politica economica del Governo, e si è ritenuto di superare l'incertezza degli stanziamenti con l'indicare un fabbisogno minimo per il triennio a legislazione vigente e a moneta costante, demandando alla annuale legge finanziaria e a provvedimenti successivi in materia di stabilire il modo di copertura di tale fabbisogno.

Si è ritenuto di riassumere le vicende dell'iter del disegno di legge n. 496 per sottolineare le difficoltà, le incertezze ed i contrattempi dei quali non è responsabile il Senato.

LA RIFORMA SANITARIA

Prima di passare all'esame del piano sanitario nazionale occorre osservare che la legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, è una organica e compiuta riforma sociale ed è la prima che entra in vigore dopo la istituzione delle Regioni.

Attraverso essa si realizza uno spostamento sostanziale e massiccio di poteri e di mezzi finanziari e si mira a garantire una migliore qualità ed efficienza ai servizi sanitari, accompagnata da un più rigoroso controllo della espansione della spesa.

Nel ventennio precedente la riforma, infatti, l'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul prodotto nazionale lordo è andata sempre più aumentando, mentre non sono proporzionalmente migliorati i livelli assistenziali di cui ha potuto godere la popolazione coperta di protezione mutualistica.

Ciò è stato certamente causato da una forte espansione della copertura mutualistica anche a categorie che versano scarsi contributi e dalla realizzazione di nuove strutture ospedaliere ed ambulatoriali, nonchè dall'aumento delle attrezzature, ma anche da situazioni negative come l'indebolimento delle difese igieniche fondamentali, riflesso del decadimento delle istituzioni di medicina pubblica, la dequalificazione della medicina di base, identificata essenzialmente nella attività del medico generico convenzionato, l'accentuazione del consumismo sia farmaceutico che di accertamenti diagnostici (analisi cliniche, accertamenti radiologici), l'aumento della richiesta di ricovero in ospedale, la dispersione, duplicazione e non idonea collocazione delle strutture sanitarie, nonchè i molteplici sistemi di gestione.

Con la istituzione del Servizio sanitario nazionale non vi è stata quella dilatazione della spesa sanitaria pubblica, che erroneamente viene da varie parti denunziata.

Se infatti si sommano le spese che venivano sostenute dai vari enti mutualistici, dagli ospedali, dai comuni, dalle province, dai vari Ministeri ed inoltre i vari interventi per sanare i bilanci delle mutue, degli ospedali, degli enti locali si realizzano dei totali di spesa che meno impressionavano perchè dispersi in tanti rivoli, ma che non erano inferiori, a moneta costante, agli attuali che impressionano perchè concentrati nel Fondo sanitario nazionale.

Occorre infine tenere presente che il Fondo sanitario nazionale è alimentato dai contributi che per la malattia pagano i lavoratori e le imprese, nonchè dai trasferimenti di somme corrispondenti a servizi di sanità pubblica già gestiti dallo Stato e dagli enti locali, per cui il Servizio sanitario nazionale è per oltre l'80 per cento autosufficiente, a differenza della maggior parte dei servizi pubblici.

La legge n. 833 del 1978 ha d'altra parte una funzione propulsiva e si fonda particolarmente su cinque principi innovatori per realizzare la modificazione del sistema sanitario e razionalizzare l'impegno delle risorse:

- 1) l'unificazione dei servizi a livello territoriale ed il loro decentramento gestionale;
- 2) la programmazione nazionale e regionale di tutta l'attività sanitaria;
- 3) la formazione e l'aggiornamento del personale;
- 4) la partecipazione dei cittadini e degli operatori sanitari alla attuazione del servizio;
- 5) l'impiego di indicatori di efficienza, la raccolta di informazioni ed i controlli onde la vigilanza non sia burocratica e formale ma garantisca efficienza ed efficacia.

Tali principi innovatori, unitamente ai decreti delegati previsti dalla citata legge, fanno, di tale legge, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, una vera riforma sociale, che se attuata correttamente, può nel tempo dare consistenti benefici nella tutela della salute e nella economia della spesa.

IL PIANO SANITARIO 1982-1984

Il disegno strategico delineato nel piano sanitario nazionale costituisce una sorta di programma globale entro cui si precisano gli interventi specifici che si intendono compiere nel triennio 1982-84.

Nell'impossibilità di fare tutto e subito, il piano seleziona alcune iniziative giudicandole prioritarie e fattibili nel triennio.

Date la dinamica della domanda sanitaria e la scarsa propensione dei centri di decisione (medici, presìdi sanitari, unità sanitarie locali decentrate) ad autolimitarsi di fronte ad una domanda crescente o a rinnovarsi di fronte ad una domanda che cambia, il piano sanitario nazionale dedica molta attenzione ai mezzi e ai modi per verificare l'attuazione delle proprie disposizioni, in modo da consentire agli organi centrali e regionali di intervenire tempestivamente per correggere gli errori, per rimuovere le disfunzione, per stimolare gli adempimenti e per promuovere le iniziative carenti.

Il piano sanitario nazionale infatti:

è un piano globale nel disegno di sviluppo dei servizi sanitari che mirano alla prevenzione, cura e riabilitazione e unitario nella strategia di realizzazione;

è selettivo nella scelta degli impegni per il primo triennio e concreto nelle indicazioni;

è credibile nelle intenzioni, perchè suffragato dalla adozione del sistema budgetario che per le azioni specifiche da compiere indica gli stanziamenti di bilancio ed i vincoli ai quali soggiace la loro utilizzazione;

è verificabile rispetto a obiettivi qualitativi e quantitativi dichiarati a priori e flessibile perchè consente di rideterminare i traguardi intermedi attraverso gli aggiornamenti annuali di piano, resi possibili dall'adozione del metodo della programmazione « a scorrere ».

L'esperienza di programmazione e di piani nel nostro Paese non è molto positiva. Taluni piani sono decaduti, altre volte si sono limitati ad affermare principi economicosociali ed obiettivi spesso ambiziosi ed utopistici, senza precisare strumenti, mezzi di intervento, procedure, tempi di attuazione e soprattutto senza una seria analisi di attuabilità sia tecnica che economica. Oppure sono stati concepiti come semplici elenchi di opere da eseguire senza una strategia di effettiva riforma, di trasformazione di situazioni e condizioni di vita dei cittadini.

Si è trattato talora di messaggi politici, indirizzi, affermazioni di buone intenzioni molte delle quali poi smentite dalla realtà, dalle difficoltà economiche, dalle crisi politiche.

Il piano sanitario nazionale non è totalmente esente da tali pericoli esprimendo direzioni di marcia di lungo periodo (gli obiettivi strategici) descrivendo più o meno analiticamente le azioni da compiere per realizzare la nuova organizzazione sanitaria o per rimediare evidenti carenze del sistema sanitario attuale nei confronti di alcune categorie di persone o di zone del Paese (« progetti-obiettivo ») o indicando e talora auspicando corretti rapporti tra i vari livelli decisionali e le varie componenti degli amministratori e degli operatori sanitari.

Certe disposizioni del piano, poi — che parte dalla spesa storica 1977 con correttivi vari ma insufficienti — sembrano aleatorie nella parte in cui si prevedono indirizzi sanitari, che appaiono non raggiungibili se contemporaneamente non si sviluppa una diversa politica dell'assistenza sociale, una revisione dei rapporti previdenziali, di certi contratti di lavoro (part-time, aspettative, assegni familiari eccetera) e di una più incisiva politica della casa e del collocamento.

Innovare e privilegiare la prevenzione ad esempio affidandosi per il finanziamento di tali programmi a cifre modeste da prelevarsi dagli stanziamenti per la medicina di base o dal risparmio da realizzare nel triennio, rischia di rendere difficile l'attuazione di una parte importante del piano.

Occorre tuttavia affermare che se il piano è inserito nello spirito e nella normativa globale della riforma sanitaria, ed è accettato come mezzo indispensabile per rilanciare il sistema sanitario, che vede disciolte le vecchie strutture e in corso di formazione

le nuove, che deve reagire ad un progressivo incremento della spesa senza qualificare i servizi, che deve sentire l'orgoglio di dare ai cittadini una giusta tutela della salute, come garantisce l'articolo 3 della Costituzione, esso può attuare un serio processo programmatico permanente e dinamico fissando in successivi cicli triennali obiettivi, strumenti, vincoli, finanziamenti, alla cui determinazione partecipino l'amministrazione centrale dello Stato, le Regioni, gli enti locali.

Se si aggiunge che per la prima volta è stata fatta ed è in corso di aggiornamento un'indagine sulle spese sostenute da Stato ed enti pubblici per la sanità, che con la istituzione del Servizio informativo sanitario si potrà disporre dei dati più precisi per accertare il rispetto dei vincoli di spesa e lo stato di attuazione degli obiettivi programmatici, e che è previsto un aggiornamento dei finanziamenti per ogni anno del triennio, sembra che si possa concludere che il piano sanitario merita nella sua globalità la nostra approvazione.

* * *

Nella sua stesura attuale esso, come si è detto, è composto di un disegno di legge in dodici articoli e di un allegato diviso in titoli e tre prospetti relativi alla ripartizione per funzioni della spesa di parte corrente ed in conto capitale.

Il piano sanitario nazionale contiene le seguenti indicazioni di merito:

tre obiettivi strategici;

tredici azioni programmatiche da svolgere nel periodo 1982-84;

la indicazione delle risorse da stanziare per il compimento delle azioni programmatiche e i criteri per la loro ripartizione tra le regioni, con la precisazione degli indirizzi e dei vincoli relativi all'uso delle risorse stesse;

la metodologia per la gestione politica e tecnica del processo di attuazione del piano. Gli obiettivi strategici che il piano indica 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 (agricole e 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.

Il primo di tali obiettivi è perseguito attraverso la realizzazione di un nuovo sistema dei servizi, unitario nella struttura e negli organi decisionali, capace quindi di una strategia univoca e coerente, raccordata alle indicazioni globali del piano sanitario. Un sistema nel quale hanno grande rilievo le attività di base, territoriali, extraospedaliere, di vigilanza sull'ambiente e sugli alimenti, affidate a modalità nuove d'intervento che non sacrificano alla cura la educazione sanitaria, l'accertamento mirato e precoce, la ricerca sui fattori di rischio, la raccolta sistematica di informazioni che si concretizzano sul piano operativo e sono divulgate verso l'esterno onde agevolare il coinvolgimento partecipativo; alle quali attività sono chiamati a contribuire, secondo competenze e responsabilità differenziate, tutti gli operatori del sistema.

Il secondo obiettivo strategico è affidato a una duplice manovra finanziaria: il passaggio progressivo dalla spesa corrente storica (che favorisce le regioni centro-settentrionali a scapito di quelle meridionali e insulari) alla spesa uniforme pro capite per cittadino, corretta in funzione di eventuali rischi differenziali epidemiologici; la concentrazione di investimenti in conto capitale (edilizia ospedaliera e particolarmente extraospedaliera e attrezzature tecnologiche) soprattutto in alcune regioni carenti del Mezzogiorno e delle Isole, accompagnata ad una contemporanea iniziativa dell'Amministrazione centrale per assi-

curare la effettività degli investimenti stessi, attraverso l'opera in loco di una équipe incaricata di superare le strettoie procedurali e di contenere al massimo i tempi tecnici di esecuzione.

Il terzo obiettivo è perseguito attraverso un'azione su più piani: dall'adozione di tecniche di bilancio e di controllo adeguate all'intento, alla formazione manageriale degli addetti; dagli impieghi alternativi e più qualificati delle risorse in direzione della prevenzione e delle attività extraospedaliere alla lotta agli sprechi e ai consumi non essenziali; dal ricorso alla ricerca di economia sanitaria applicata, all'uso di indicatori per la valutazione delle attività in termini di efficienza e di efficacia e per la verifica della attuazione del piano in termini di risultati conseguiti rispetto a quelli sperati.

I programmi di azione adottati come prioritari nel triennio 1982-84 sono dodici. Si tratta di scelte motivate da esigenze di giustizia sociale o dall'ampiezza e gravità dei fenomeni da contrastare o da ragioni di interdipendenza tra scopi da conseguire e strumenti necessari per il loro conseguimento.

Dei programmi di azione:

A) quattro si riferiscono a impegni di contenuto, che rappresentano l'aspetto sostanziale e qualitativamente innovativo del piano.

Essi sono:

- I) « L'assistenza sanitaria a tutta la popolazione in condizioni di uniformità ».
- II) I tre « progetti-obiettivo »: 1) tutela della maternità, lotta contro la mortalità infantile e tutela della salute nell'età evolutiva; 2) tutela della salute degli anziani; 3) tutela della salute dei lavoratori negli ambienti di lavoro.
- I « progetti-obiettivo » fissano priorità nazionali e sono finanziati con somme vincolate a tale scopo; presuppongono una collaborazione intersettoriale, una conoscenza della situazione esistente ed una trasformazione di strutture di servizio e talora di

mentalità. Insieme ai tre progetti obiettivo vengono previsti quattro interventi programmatori prioritari:

- 1) la prevenzione degli *handicaps* e la assistenza per la riabilitazione degli handicappati;
- 2) la prevenzione delle tossicodipendenze e la assistenza e recupero dei tossicodipendenti;
- 3) la lotta ai tumori con lo sviluppo della diagnosi precoce e l'adeguata assistenza oncologica;
- 4) la lotta alle epizozie e il miglioramento della sanità veterinaria con particolare riguardo alla alimentazione umana.
- III) « L'educazione sanitaria e le altre iniziative rivolte ai soggetti ».
- IV) « L'integrazione delle attività sociali a rilievo sanitario »;
- B) cinque si riferiscono ad attività strumentali rispetto ai contenuti anzidetti e precisamente:
- I) « La formazione del personale e la partecipazione degli operatori sanitari e dei cittadini ».
- II) « L'attivazione degli strumenti conoscitivi e di controllo ».
- III) « Il sistema degli indicatori sociali per la verifica del piano ».
 - IV) « Le azioni finalizzate al risparmio ».
- V) « Le iniziative nel campo della ricerca sanitaria finalizzata »;
- C) tre infine si riferiscono alle strutture organizzative deputate al compimento delle azioni in precedenza elencate. Essi sono:
 - I) « Il modello dei servizi delle USL ».
- II) « La organizzazione dell'amministrazione centrale e il riordinamento del Ministero della sanità ».
- III) « Le verifiche di attuazione ed i controlli ».

Sono infine allegati:

elenchi della spesa e una ripartizione per settore.

IL DISEGNO DI LEGGE

Passando ad un rapido esame dei dodici articoli del disegno di legge si sottolinea che esso precisa gli obiettivi del piano, la durata, i livelli assistenziali, il finanziamento, gli indirizzi ed i limiti della legislazione regionale, i controlli.

Articolo 1. — Fissa gli obiettivi del triennio 1982-1984 articolati nei tre progetti-obiettivo e nel potenziamento delle attività di prevenzione e di educazione sanitaria e indica le iniziative per conseguire i predetti obiettivi, sopra ampiamente descritti.

Articolo 2. — Stabilisce i livelli di prestazioni di assistenza sanitaria che devono essere assicurati a tutti i cittadini onde garantire una assistenza globale ed uniforme. Essi consistono in prestazioni di prevenzione, di cura e riabilitazione. Per la cura vengono previste prestazioni di assistenza medica generica, pediatrica, specialistica, ostetrica ed infermieristica.

Sono indicati gli interventi per la riabilitazione, per le prestazioni protesiche, per la tutela sanitaria dell'attività sportiva nonchè per l'assistenza ospedaliera e farmaceutica. Sono previste le cure idrotermali nonche in via eccezionale forme di assistenza indiretta in Italia e all'estero.

Specifici provvedimenti del Ministero della sanità preciseranno meglio forme e limiti delle prestazioni sopra indicate.

Articolo 3. — Prevede norme particolari per l'assistenza ad alcune categorie di cittadini per la loro speciale situazione, naviganti, cittadini all'estero, stranieri, categorie protette eccetera confermando in genere la normativa vigente.

Articolo 4. — Del disegno di legge è stato il più controverso e la sua definizione è la causa principale del ritardo nella approvazione del piano sanitario nazionale.

Il Servizio sanitario nazionale infatti trova la fonte di finanziamenti nei capitoli di bilancio denominati « Fondo sanitario nazionale », stanziati annualmente nel bilancio dello Stato ed iscritti, distintamente, per la parte corrente nel bilancio di previsione del Ministero del tesoro e per quella in conto capitale nel bilancio di previsione del Ministero del bilancio e della programmazione economica.

La riforma sanitaria ha inteso fare chiarezza nella determinazione annuale e pluriennale della spesa sanitaria ed ha riunito nel Fondo sanitario nazionale tutte le numerose forme di finanziamento previste in passato per tale tipo di spesa. Ciò ha portato maggiore chiarezza e semplificazione, ma ha anche, come prima si è detto, impressionato molti che non ritenevano che la spesa sanitaria, sparsa in tanti capitoli del bilancio dello Stato e di enti pubblici, fosse così consistente.

Il piano sanitario nazionale definisce l'entità del Fondo per il triennio 1982-1984 con aggiornamento annuale dello stesso. Il sistema a regime dovrebbe basarsi, in definitiva, sulla segnalazione dell'entità della spesa, fatta sulla base dei rendiconti dell'esercizio precedente e della programmazione delle proposte delle Regioni ed altri organismi interessati nel gennaio-febbraio di ogni anno; sulla redazione del piano sanitario nazionale o del suo aggiornamento da parte del Governo, sentito il Consiglio sanitario nazionale, nell'aprile-maggio; infine sull'inserimento nella legge finanziaria e nel bilancio dello Stato a settembre per l'approvazione definitiva del Parlamento, che determina l'entità della spesa compatibilmente alle risorse economiche generali.

In sede di approvazione della legge n. 833 del 1978, il Parlamento discusse se fissare o meno un « tetto » alla spesa sanitaria (che sarebbe oscillato tra il 6 ed il 7 per cento del prodotto nazionale lordo), ma infine decise di non determinare alcun « tetto » ritenendolo riduttivo e di fissare l'ammontare della spesa sanitaria in sede di approvazione e di aggiornamento del piano sanitario nazionale.

A norma dell'articolo 52 della succitata legge n. 833 del 1978, l'importo del Fondo, per quanto concerne la sua prima determinazione, è stato calcolato con riferimento alla spesa sanitaria sostenuta nell'anno 1977

dallo Stato, dalle Regioni, dalle province, dai comuni e loro consorzi, nonchè dagli enti pubblici per l'esercizio delle funzioni attribuite al Servizio sanitario nazionale. Tale riferimento rappresenta una novità, atteso che è stato impegnato solidamente l'apparato pubblico istituzionale nella rilevazione di un dato — spesa sanitaria 1977 — di estrema importanza ai fini della determinazione del Fondo sanitario nazionale, della sua ripartizione fra le Regioni e Province autonome e della programmazione nell'uso delle risorse. È stato infatti necessario impostare la rilevazione in modo da ottenere dati riguardanti solo la spesa sanitaria, al netto di qualsiasi componente di tipo sociale, la più esatta e completa possibile, nonchè priva di duplicazioni.

A tal fine, a cura del Ministero della sanità, sono stati elaborati nove modelli di rilevazione, per distinguere i diversi enti erogatori di assistenza, corredati da appropriate istruzioni operative per far sì che i dati risultassero omogenei oltre che rispondenti alle esigenze suindicate.

Tale rilevazione portò inevitabilmente una serie di errori, che furono ripresi, rettificati e corretti. Essa è stata la base del lavoro successivo che ha consentito di portare dati sufficientemente reali, ma che ha contemporaneamente causato una prevalenza dell'esistente, delle strutture e attività operanti, sugli effettivi bisogni, sulle qualità e razionalità delle prestazioni.

Questa cosiddetta « spesa storica 1977 », è stata proiettata all'anno 1980 e successivamente agli anni 1981 e 1982 secondo i dettami dell'articolo 52 della legge n. 833 del 1978, ossia incrementando la spesa per il personale, dipendente ed in convenzione, con le maggiorazioni derivanti dall'applicazione delle norme contrattuali vigenti, e le spese relative all'acquisto dei beni e servizi con la maggiorazione derivante dall'indice generale dei prezzi, allargata a tutta la popolazione anche se precedentemente non assistita e ripartita fra le Regioni e Province autonome.

Tale ripartizione è stata poi rettificata per tenere conto delle intensità di rischio esistenti fra le varie regioni in relazione ai « progetti-obiettivo » ed alla composizione demografica della popolazione e alle particolari situazioni. Infine, è stata prevista una integrazione finalizzata delle risorse in funzione dei « progetti-obiettivo » e per dare impulso ai nuovi compiti regionali in materia di educazione sanitaria, formazione e qualificazione del personale e ricerca finalizzata.

Nel frattempo venivano approntati studi per la determinazione della spesa con quote per abitante a seconda delle varie funzioni assistenziali, e con opportuni correttivi.

Tale nuovo sistema si spera di attuare nel triennio considerato dal piano.

L'articolo 4 pertanto, confermato il carattere espresso dal piano sanitario nazionale, definisce i finanziamenti per il triennio 1982-1984.

Gli stanziamenti per il Fondo sanitario nazionale per il 1982 furono assai criticati perchè stabiliti in cifra uguale a quelli del 1981. Essi sono stati modificati varie volte.

La soluzione infine accettata dalla Commissione e dal Governo e che viene riportata nel piano è stata quella di definire il fabbisogno nel triennio in lire 82.525 miliardi per la spesa corrente e lire 4.420 miliardi per la spesa in conto capitale.

Di tale finanziamento sono previsti per l'esercizio 1982 lire 26.313 miliardi per impieghi a destinazione indistinta e lire 237 miliardi per impieghi a destinazione vincolata.

La copertura della spesa era affidata alla legge finanziaria e al bilancio di previsione per il 1982. Poichè però nel frattempo tali provvedimenti legislativi erano stati approvati e con essi il Fondo sanitario nazionale era stabilito in lire 23.200 miliardi, è stato stabilito in detto articolo 4 che la copertura della parte rimanente di finanziamento sarà effettuata con successivi provvedimenti.

La quota in conto capitale di lire 510 miliardi per il 1982 risulta già stanziata nel bilancio 1982 del Ministero del bilancio e della programmazione economica.

Essa viene destinata al completamento della rete ospedaliera nelle regioni con dotazione di posti-letto inferiore al parametro nazionale, al rinnovo delle attrezzature ospedaliere, e degli ambulatori extraospedalieri,

alla ristrutturazione del patrimonio edilizio ospedaliero e alla costruzione di strutture extraospedaliere, al potenziamento dei servizi multizonali e alle attività di ricerca.

Se saranno da un lato adottati rapidamente tutti i provvedimenti finanziari ed erogate tempestivamente le somme assegnate e dall'altro lato saranno sviluppati i poteri di indirizzo e di coordinamento e le iniziative di controllo per ridurre sprechi, dispersioni ed abusi, il Servizio sanitario nazionale potrà operare con un minimo di tranquillità nonostante i tagli richiesti dal momento economico difficile che attraversa il Paese.

Ritengo in conclusione di contraddire ancora una volta la diffusa opinione che la istituzione del Servizio sanitario nazionale abbia prodotto una irresponsabile ed ingovernabile dilatazione della spesa sanitaria.

Certamente la soddisfazione totale dei bisogni sanitari di una popolazione in un sistema pubblico e gratuito pone dei costi che vanno commisurati con molta attenzione alle risorse economiche di un Paese, con una sapiente razionalizzazione dei servizi, con gradualità di applicazione degli interventi, con una adeguata partecipazione e corresponsabilizzazione anche economica dei cittadini. Nel periodo 1960-1971 la percentuale del prodotto nazionale lordo spesa per l'assistenza sanitaria nei Paesi della Comunità europea è passata nel suo complesso dal 4,1 al 7,3 per cento.

In tale periodo l'Italia si è mantenuta molto vicina alla media europea sia come valore assoluto che come andamento dell'aumento della spesa, sempre percentuale sul prodotto nazionale lordo. Nel periodo successivo l'Italia è scesa al terz'ultimo posto nella Comunità europea con una spesa percentuale sempre inferiore alla media della Comunità europea. Se consideriamo i dati di spesa 1979, 1980 e 1981 e le previsioni 1982 dobbiamo rilevare che non viene mai superato il 5,8 del prodotto nazionale lordo.

Se teniamo conto dell'incidenza dei fattori inflattivi (16-20 per cento), della estensione dell'assistenza a tutti i cittadini anche non assicurati, dell'uguaglianza di assistenza estesa ai coltivatori diretti, autonomi, si deve concludere che non solo la spesa del Fondo sanitario nazionale non ha raggiunto la media europea, ma non ha superato in termini reali la spesa degli anni precedenti ed è andata invece verso una contrazione. Certo anche il Servizio sanitario nazionale ha subìto i danni dell'accesa lottizzazione partitica, di inesperienza di amministratori, del calo di rendimento dei pubblici dipendenti, del minore impegno morale dei cittadini, dell'aumento della disoccupazione, specie giovanile, che ha costretto ad inopportune assunzioni di personale.

Occorre infine rilevare che la riforma sanitaria ha carattere profondamente innovativo; essa si propone infatti alcuni fini fondamentali ed in particolare di:

- 1) garantire la globalità dell'assistenza sanitaria da realizzarsi attraverso gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione coinvolgendo a tale fine famiglia, scuola, ambiente di lavoro, territorio. Non solo quindi cura dell'ammalato, ma tutela della salute onde prevenire la malattia, correggere lo sviluppo, garantire la salubrità dell'ambiente, restituire alla vita sociale l'handicappato e l'infermo;
- 2) qualificare l'assistenza con una migliore presenza del medico in una concezione non mercantilistica della medicina, migliorando le strutture e le attrezzature sanitarie, qualificando il personale paramedico, curando un aggiornamento continuo, sviluppando l'educazione sanitaria dei cittadini;
- 3) garantire l'omogeneità dei trattamenti tra le varie categorie di cittadini e tra le varie zone del Paese eliminando gli squilibri territoriali ed estendendo in modo uniforme a tutti i cittadini l'assistenza in un quadro di razionalizzazione dei servizi che eviti dispersioni e duplicazioni;
- 4) coordinare i rapporti del sanitario col sociale onde meglio integrare l'uomo che ha bisogno di rapporti con la comunità senza ridurre tutto il sociale al sanitario.

La realizzazione di tali fini rende più umana e qualificata l'assistenza, richiede mag-

giori costi attualmente, per il passaggio tra i due tipi di assistenza e per la prevenzione, ma arrecherà minori spese per l'avvenire.

Articolo 5. — Fissa i criteri di indirizzo per la ripartizione da parte delle regioni del Fondo sanitario nazionale alle unità sanitarie locali.

A quanto è stato obiettato in merito si precisa che la valutazione del CIPE dei piani di utilizzazione regionale delle risorse per investimenti non rappresenta un controllo del CIPE sugli atti regionali, bensì l'espressione di un indirizzo correlato alle modalità di attuazione del piano stesso e della erogazione del relativo finanziamento.

Articoli 6 e 7. — Precisano le morme vincolanti per la legislazione regionale ai sensi degli articoli 117 e 127 della Costituzione e gli indirizzi per l'attività legislativa ed amministrativa della regione.

Essi prevedono in primo luogo il rispetto del « tetto » di spesa sia nella quota complessiva che nella ripartizione tra spese correnti, spese vincolate e spese in conto capitale.

Viene inoltre stabilito per le nuove costruzioni ospedaliere uno *standard* di sei posti-letto per mille abitanti, tenuto conto anche degli stagionali e dei residenti temporanei per ragioni di studio o di lavoro.

Tale limite vale per il triennio onde poter portare tutte le regioni a tale livello. Non si è fatta una scelta ottimale del 6 per mille, come si preciserà meglio nell'allegato, ma una scelta temporale.

Dovranno nel frattempo essere realizzate le strutture intermedie e la riorganizzazione interna degli ospedali, onde ridurre i tempi di degenza. Dopo che tali realizzazioni saranno compiute potrà meglio decidersi sullo *standard* medio definitivo che in Europa è superiore al 6 per mille.

Infatti trattandosi successivamente di ridurre i posti-letto in caso di riequilibrio infraregionale si tiene come valido il « tetto » dell'8 per mille, che è più consono alla media europea.

Nella valutazione di tale « tetto » dovrà tenersi conto anche delle istituzioni di ricovero e cura a carattere scientifico, cliniche universitarie, case di cura convenzionate che d'altra parte potranno essere, a loro richiesta, agevolate nella trasformazione.

Coerentemente, in caso di costruzione o di convenzionamento di nuovi istituti di ricovero per riequilibrio territoriale si dovranno ridurre gradualmente di un uguale numero i posti letto nelle altre zone che hanno posti letto oltre la media nazionale.

L'articolo 6 precisa inoltre gli impegni per le attività socio-sanitarie, per il rispetto della convenzione Ministero-Unità sanitarie locali, e delle attività dei presidi multizonali.

È stata sollevata dalla Commissione affari costituzionali qualche obiezione in merito al tenore troppo vincolante di questo articolo nei riguardi della autonomia regionale.

Si osserva però che il limite alla potestà legislativa regionale è rappresentato, ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione, dai principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato e appare legittimo che la legge di piano possa fissare detti limiti in coerenza con quanto all'articolo 53 la legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale ha dettato per la formazione del piano che, per sua natura — quale legge-quadro — può e deve incidere nella successiva legislazione regionale (vedi articolo 55, secondo comma, della legge n. 833 del 1978).

L'articolo 7 formula gli indirizzi per la legislazione regionale ai sensi del terzo e quarto comma dell'articolo 127 della Costituzione.

In particolare sottolinea la necessità del raccordo tra programmazione sanitaria e piano di sviluppo regionale, le iniziative per la informazione, verifica, controllo delle direttive del Piano, le norme per la partecipazione, per la qualificazione e aggiornamento del personale, le indicazioni per promuovere la educazione sanitaria, per definire gli organici del personale, per il miglioramento delle attività.

Anche su questo articolo la Commissione affari costituzionali ha sollevato qualche eccezione di eccessiva interferenza nelle attività regionali. Occorre però precisare che la eccezione sollevata non sembra coerente con l'articolo 5 della legge n. 833 del 1978 che prevede la proposizione con legge dell'at-

to di indirizzo alle Regioni; l'articolo in questione, sul piano delle fonti, rappresenta un limite di merito alla normazione regionale ed è indubbio che il suo contenuto, così come articolato, ove fosse violato dalla legislazione regionale, potrebbe attivare la questione di merito innanzi al Parlamento.

Articolo 8. — In coerenza con la legge finanziaria che ha istituito il collegio dei revisori dei conti, prescrive l'invio al Ministero della sanità dei rendiconti trimestrali e dei consuntivi delle Unità sanitarie locali, semplificandone la procedura.

È norma essenziale onde il Ministero della sanità abbia elementi informativi di prima mano sulla spesa e possibilità di verifica e controllo sui singoli capitoli di spesa per le varie funzioni.

Articolo 9. — Prevede gli interventi nel caso di omissione da parte delle Regioni, delle Unità sanitarie locali e dei poteri centrali. Su di esso vi sono state parecchie esitazioni.

Il potere sostitutivo deve però esercitarsi previa diffida alle Regioni inadempienti tramite una legge nazionale qualora l'inadempienza riguardi provvedimenti di eccezionale importanza da adottarsi con legge regionale o tramite la nomina di un collegio commissariale qualora riguardino atti amministrativi.

Si è rilevato dalla Commissione affari costituzionali che la Costituzione non prevede nè la sostituzione della legge nazionale a quella regionale nè il potere sostitutivo del Governo in sede amministrativa, per cui essi costituirebbero una indebita interferenza nelle autonomie regionali. Si obietta che il potere di indirizzo del piano approvato con legge, giustifica l'intervento legislativo sostitutivo per l'attuazione del piano, mentre la attivazione dell'organo commissariale per il compimento di atti urgenti discende dal disposto dell'articolo 5, quarto comma, della legge n. 833 del 1978 che prevede proprio - e il Parlamento a suo tempo nulla eccepì in proposito — il potere sostitutivo del Governo in caso di inerzia da parte delle Regioni.

Infatti sia le Regioni che le Province autonome di Trento e Bolzano hanno, in materia sanitaria, potestà legislativa secondaria e pertanto appare legittima l'abrogazione espressa delle relative leggi regionali in contrasto, attesa la natura di legge di principio che in tema di programmazione assume la legge di piano.

Attesa la necessità di ridurre il disavanzo del bilancio 1982 sono stati adottati con la legge finanziaria provvedimenti limitativi della assistenza sanitaria integrativa e di riduzione delle somme a destinazione vincolata per i « progetti-obiettivo ».

Articolo 10. — Abroga le leggi comunque in contrasto con le disposizioni previste nel piano sanitario nazionale.

Articolo 11. — Conferma l'efficacia dei « progetti-obiettivi », nel 1982 e indica le modalità da rispettare.

Articolo 12. — Collega l'allegato col disegno di legge vero e proprio dando ad esso validità giuridica e potestà d'indirizzo per le Regioni, enti ed operatori sanitari. Il piano sanitario per il triennio 1982-1984 è pertanto costituito di dodici articoli e dall'allegato, che formano un unico provvedimento, sia pure con carattere vincolante l'articolato e di indirizzo programmatico l'allegato.

Allegato. — Si sviluppa in sedici capitoli e tre tavole di spesa.

Per ogni capitolo è indicato il significato, i fini che si intendono raggiungere, le attività e le modalità per attuarli. Essi possono così riassumersi.

- A) Principi generali. Si definiscono il sistema di programmazione per « scorrimento », il raccordo tra la programmazione sanitaria e quella economica generale, il metodo di attuazione e le finalità specifiche da raggiungere quale l'eliminazione degli squilibri territoriali e della morbosità specialmente per le forme di più diffuso interesse sociale.
- B) Strategia e programmi. Sono precisati i fini e le modalità di attuazione delle strategie e dei programmi di azione per il

triennio 1982-84, delle quali si è già ampiamente parlato.

- C) Erogazione dell'assistenza sanitaria. Sono indicati gli interventi per estendere l'assistenza sanitaria a tutta la popolazione in condizioni di uniformità, nonchè gli indirizzi alle Regioni per riconoscere in casi particolari forme di assistenza indiretta.
- D) Progetti-obiettivo. Essi consistono nell'impegno operativo assunto da un particolare settore idoneo a far convergere attività molteplici anche non sanitarie, ma utili per il particolare tipo di tutela della salute.

Nel progetto materno-infantile si descrivono finalità e terapie per una procreazione responsabile ed una tutela del bambino fino all'età evolutiva.

Nel progetto anziani si mira a realizzare servizi che diano all'anziano autonomia, riabilitazione, riducendo spedalizzazioni e ricoveri, con uno spirito di particolare apertura alle esigenze di un moderno inserimento nella vita sociale.

Con il progetto lavoratori si mira a fornire una risposta globale ed adeguata ai rischi cui sono sottoposti i lavoratori in ambiente di lavoro, precisando interventi del Servizio sanitario nazionale e collaborazioni con sindacati e lavoratori! È un capitolo significativo ed importante.

- E) Priorità. Ai progetti-obiettivo si aggiungono quattro programmi di attività che prioritariamente sono indicati quale indirizzo alle Regioni:
- 1) la prevenzione, la riabilitazione e l'assistenza agli handiccapati onde favorirne la guarigione e il reinserimento nel tessuto sociale:
- 2) tali azioni con particolare impegno e opportune modalità sono preventivate anche per i tossico-dipendenti, per i quali è indicato un programma socio-sanitario, che può utilizzare esperienze e terapie di volontariato;
- 3) infine tutto un programma di iniziative è dedicato alla cura e prevenzione dei

tumori, ma soprattutto alla ricerca biomedica nel settore;

- 4) un ultimo intervento programmatico è dedicato al potenziamento della sanità veterinaria e alla lotta alle epizozie.
- F) Funzionamento dell'assistenza sanitaria. Nel rispetto dell'autonomia organizzativa propria delle Regioni si fissano quindi indirizzi per il funzionamento dell'assistenza sanitaria nei livelli territoriali dei servizi distrettuali, delle Unità sanitarie locali, e della regione. È opportuno sottolineare questo punto che mira a garantire una migliore organizzazione al Servizio sanitario nazionale e in particolare a dare risalto al dovere del medico di collaborare ad attuare i fini della riforma sanitaria anche dal punto di vista della spesa e delle informazioni e statistiche nonchè al coordinamento e qualificazione dell'assistenza specialistica.

Per quanto attiene al settore ospedaliero il primo e il più appariscente criterio che ispira il piano è quello della deospedalizzazione, in armonia con le tendenze comunitariamente espresse ed in parte già in via di realizzazione negli altri Paesi dell'« Europa bianca ». È ovvio che anche in Italia la tendenza espressa nel settore ospedaliero potrà realizzarsi solo in via subordinata al porsi in atto di tutti i diversi provvedimenti di Piano espressi per gli altri settori sanitari, specie della medicina di base e specialistica sul territorio.

In fase di traduzione operativa l'acritico accoglimento del dato di fatto ed il tentativo di un suo drastico ed improvviso inserimento nella realtà sanitaria del Paese potrebbero condurre ad erronee mutilazioni e quindi ad una grave dequalificazione di quel settore ospedaliero che, tutto sommato, è ancora uno degli assi portanti dell'assistenza nel nostro Paese.

Per questo la Commissione non ha accettato un teorico « tetto » ottimale di sei posti letto per 1.000 abitanti residenti, che invece ha valutato come minimo, nè il blocco indiscriminato di tutte le costruzioni ospedaliere anche se solo per miglioramenti dei locali senza aumento dei posti letto.

Per la riconversione dei posti letto ne ha previsto l'obbligo graduale per le zone che hanno posti letto per acuti di oltre un terzo superiore al 6 per mille abitanti. La fascia attuale dei posti letto è stata quindi prevista nel triennio nella percentuale dal 6 all'8 per mille abitanti.

Ha infine cercato di individuare l'area specialistica che compete all'ospedale, perchè gestibile tecnicamente solo dall'ospedale nel duplice aspetto di ricovero e di attività ambulatoriale.

Si tende invero ad affermare un nuovo concetto di « ospedalizzazione » sostitutivo del vecchio di « ricovero », col quale si prevede un moderno coacervo di prestazioni sanitarie, richiedenti tecnologie, operatori e strumenti adeguati e riservate ad un ben preciso e specifico settore della patologia umana, che altrimenti resterebbe senza soluzioni.

L'ospedalizzazione è una insopprimibile necessità tecnica che può e deve quindi esercitarsi, in rapporto però sempre alle esigenze patologiche che deve soddisfare, sia in regime di ricovero, sia in regime ambulatoriale, collegato con i centri poliambulatoriali sul territorio. L'ospedalizzazione pertanto va vista come livello di qualità.

Così nel settore della medicina specialistica va individuato prima e reso esecutivo poi un crinale non più verticale bensì orizzontale dei bisogni sanitari che debbono essere soddisfatti gli uni dalla specialistica non ospedaliera gli altri da quella ospedaliera. Si dovrebbe affidare pertanto ai presìdi distrettuali ed al convenzionamento esterno la specialistica di base, e invece agli ambulatori dei centri poliambulatoriali e degli ospedali quella di superiore livello.

In questo quadro la richiesta apertura dell'ospedale sul territorio potrà divenire una realtà operante ed efficiente senza restare parola vuota o, peggio, tradursi nella dequalificazione dell'ospedale senza valorizzare il territorio.

Di particolare rilievo è la precisazione delle caratteristiche e dei fini dei presidi multizonali regionali e interregionali.

Ultimo aspetto riguarda il riordinamento del Ministero della sanità e degli enti centrali. Gli studi in corso vanno conclusi, perchè totalmente diverse sono le funzioni del Ministero della sanità dopo l'approvazione della riforma sanitaria.

Esso ha necessità di ricevere e dare informazioni, di esprimere indirizzi, di coordinare tecnicamente e politicamente il Servizio sanitario nazionale.

Tutto quello che è possibile fare amministrativamente va fatto, mentre si sollecita la legge organica. Il Governo ed il Ministero della sanità nel rispetto delle competenze istituzionali emaneranno pertanto opportuni indirizzi e norme di coordinamento per l'organizzazione dei servizi e delle strutture.

G) Protezione civile. - La protezione civile forma oggetto di una proposta di legge che il Ministero della sanità deve presentare entro un anno. I recenti eventi calamitosi inducono a sollecitare una urgente riorganizzazione dei servizi sanitari in caso di calamità.

H) Interventi sociali. - Si è già riferito sulla difficoltà di distinguere in molti casi il sociale dal sanitario, essendo spesso il primo strumentale e sostitutivo del secondo.

La scelta operata per questo triennio è di accogliere un'attribuzione di funzioni sociali alle Unità sanitarie locali da parte delle amministrazioni locali per favorire l'approccio globale ai problemi della tutela della salute, con oneri però a carico delle stesse amministrazioni locali.

È previsto un limitato intervento solo per spese sociali che siano strettamente connesse e indispensabili per attuare l'intervento sanitario, particolarmente nei casi ove tali interventi sociali portano ad una riduzione complessiva della spesa sanitaria.

I) Formazione e aggiornamento del personale. - La formazione e l'aggiornamento del personale manageriale, medico e paramedico sono stati motivo di molte discussioni; il tema andrà ancora approfondito.

Alcuni ritenevano di adottare ancora più vincolanti indirizzi, altri invece non intendevano anticipare le decisioni che il Parlamento dovrà adottare con le leggi-quadro in materia.

La soluzione trovata sembra valida anche se perfettibile.

È certo che ogni impegno dedicato alla migliore qualificazione e formazione del personale è fondamentale per un apprezzabile funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Le norme riportate nel piano sanitario nazionale possono essere di molto ausilio.

L) Informazioni. - Elemento fondamentale anche per i piani sanitari futuri è l'attuazione del servizio informazioni sanitarie, l'adozione di nuove tecniche di bilancio e la definizione degli indicatori di verifica del piano sanitario nazionale.

La realizzazione di quanto descritto in questo titolo deve essere impegno di autorità centrali e periferiche del Servizio sanitario nazionale perchè strumento essenziale di una seria programmazione, di una giusta ripartizione delle risorse nel territorio nazionale, e di una più qualificata assistenza.

L'esperienza indicherà rettifiche e perfezionamenti e soprattutto modalità per fare rispettare impegni di informazione e statistica al centro e alla periferia.

M) Criteri di partecipazione. - L'attuazione del Servizio sanitario nazionale presuppone una più concreta e responsabile partecipazione dei cittadini, di operatori sanitari, di amministratori e di politici al processo di riforma sanitaria.

Solo se questa partecipazione concreta e responsabile sarà realizzata il Servizio sanitario nazionale non diverrà strumento di burocratizzazione della medicina, capace di suscitare irresponsabilità in chi ordina la spesa — e sono molti i centri di decisione della stessa — o in chi usufruisce del Servizio, o nel mondo politico che con le eccessive lottizzazioni, con scelte faziose di amministratori e dirigenti del Servizio sanitario nazionale può vanificare i risultati positivi della riforma ed aumentare le disfunzioni e la dequalificazione del Servizio sanitario nazionale.

N) Ricerca. - La promozione della ricerca a rilievo sanitario, il suo coordinamento intersettoriale, il suo collegamento con i paesi d'Europa ed il trasferimento dei risultati nel Servizio sanitario nazionale sono lo scopo di questo titolo. Se ne specificano gli obiettivi, i fini, le modalità del coordinamento.

O) Produttività della spesa. - Particolare significato ha il titolo relativo all'accrescimento della produttività dela spesa e le azioni finalizzate al risparmio.

Vengono precisate una serie di iniziative per razionalizzare il settore dei farmaci, e modificare tendenze consumistiche; così pure per il settore degli accertamenti diagnostici da meglio controllare e rendere più solleciti e nel settore delle degenze con una migliore utilizzazione dei posti letto e una sollecitazione alla deospedalizzazione.

P) Coordinamenti. - La necessità di adeguare alla nuova realtà europea varie normative nazionali ha suggerito di impegnare il Ministero della sanità a nominare entro sessanta giorni gruppi di lavoro che confrontino e propongano l'adeguamento delle realtà italiane agli indirizzi internazionali in materia di corsi di laurea, brevettabilità, ricerca e produzone tecnico sanitaria, rapporti di cooperazione internazionale.

Q) e R) Verifica dell'attuazione del piano. -L'ultimo capitolo è fondamentale perchè definisce gli indirizzi per verificare le attuazioni del piano, accertare la realizzazione degli obiettivi del Servizio sanitario nazionale nel triennio, l'organizzazione dei servizi, l'impiego delle risorse, gli indicatori di verifica.

Le tavole riportate in allegato. - Sono infine riportate tre tavole.

Sono infine allegate tre tavole.

La prima prevede il fabbisogno finanziario del Servizio sanitario nazionale nel triennio a moneta costante ed a legislazione vigente, tenuto conto dei tagli disposti per il 1982 dalla relativa legge finanziaria.

Il prospetto ripartisce la spesa in undici categorie che rappresentano le funzioni nelle quali si espleta il Servizio sanitario nazionale.

Nel triennio è previsto un proporzionale aumento degli stanziamenti per alcune voci,

quale la profilassi e l'assistenza riabilitativa, nella fiducia che l'attività del Servizio sanitario nazionale privilegi la prevenzione e la riabilitazione; vi è una riduzione percentuale di altre voci (spesa ospedaliera pubblica e privata, spese delle Regioni eccetera), quale conseguenza della politica di deospedalizzazione e di potenziamento delle strutture decentrate sul territorio; altre spese restano bloccate, quali la specialistica esterna e la medicina di base, come impegno di maggiore controllo, mentre alcune aumentano quale la farmaceutica per normale aumento dei prezzi.

La seconda tavola illustra la ripartizione delle spese a destinazione vincolata di 1.532 miliardi nel triennio che viene suddivisa come segue: il 40 per cento per la formazione; il 20 per cento per la incentivazione dei progetti-obiettivo; il 10 per cento per la ricerca; il 10 per cento per l'educazione sanitaria; il 20 per cento a disposizione delle Regioni.

La terza tavola prevede la ripartizione del finanziamento della spesa in conto capitale di lire 4.420 miliardi nel triennio suddivise nel completamento della rete ospedaliera, nel rinnovo delle attrezzature degli ospedali e dei poliambulatori, nella ristrutturazione del patrimonio edilizio ospedaliero e per riequilibrio interregionale, nella costruzione di strutture alternative, nei servizi multizonali a rilievo interregionale, negli investimenti nel settore della ricerca e negli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

Concludendo l'allegato è una opportuna raccolta di indirizzi, normative, programmi,

criteri di azione che possono indicare al Servizio sanitario nazionale nel triennio 1982-1984 una linea di sviluppo tale da garantire migliore qualificazione, uniformità ed omogeneità dei servizi sanitari.

* * *

Onorevoli Senatori, l'approvazione del piano sanitario nazionale per il triennio 1982-1984 segna un deciso contributo alla realizzazione della riforma sanitaria. L'attuazione del piano richiede impegno finanziario, ma soprattutto volontà di collaborazione fra le categorie, spirito di partecipazione di utenti ed operatori sanitari, impegno concorde e responsabile di amministratori. La Commissione è convinta di avere contribuito a precisare e semplificare il testo, nonchè a qualificare indirizzi e programmi. È cosciente che trattandosi del primo piano triennale, esso ha necessariamente carattere sperimentale, risente dei problemi del periodo di transizione e non può ignorare la difficile situazione economica e politica nella quale versa il paese, che rende più incerte le scelte e più problematica l'attuazione.

Nel raccomandare la sollecita approvazione del provvedimento si è certi che con esso il Parlamento dà al Servizio sanitario nazionale uno strumento valido per la programmazione e qualificazione dell'assistenza sanitaria nel nostro Paese.

DEL NERO, relatore

PARERI DELLA 1º COMMISSIONE PERMANENTE

(AFFARI COSTITUZIONALI, AFFARI DELLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO E DELL'INTERNO, ORDINAMENTO GENERALE DELLO STATO E DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE)

a) sul disegno di legge

(Estensore Mancino)

12 marzo 1980

La Commissione, esaminato il disegno di legge, esprime parere favorevole all'articolo unico del disegno di legge.

b) su emendamenti al disegno di legge

(Estensore Modica)

4 febbraio 1981

La Commissione, esaminati gli emendamenti del Governo al disegno di legge n. 496, esprime parere favorevole a condizione che siano introdotte le seguenti modifiche:

- a) l'articolo 3, secondo comma, e il connesso punto 69 del Piano si limitino a fissare principi fondamentali senza invadere, con una normativa troppo dettagliata, la competenza legislativa regionale;
- b) l'articolo 3, terzo comma che può opportunamente fissare criteri di indirizzo da far valere nei confronti della legislazione regionale come risvolto positivo e preventivo di possibili conflitti di merito ai sensi dell'articolo 127 della Costituzione venga formulato, affinchè la norma possa essere applicata, con indirizzi definiti in modo

più sintetico e chiaro, mentre risultano nel testo troppo numerosi e minuziosi;

- c) nel caso di inerzia delle Regioni nell'attuazione del piano (articolo 4), venga soppresso il proposto intervento sostitutivo con legge dello Stato, che costituirebbe inamissibile invasione dell'autonomia regionale e si preveda di attivare invece l'articolo 126 della Costituzione;
- d) non si carichino le Regioni dei disavanzi (vedi articolo 4-bis) delle Unità sanitarie locali, che andranno invece ripianati a carico degli enti competenti.
- c) sul testo predisposto dalla Sottocommissione della Commissione di merito

(Estensore Modica)

17 marzo 1982

La Commissione, esaminato il testo predisposto dalla Sottocommissione della Commissione di merito, non si oppone al suo ulteriore *iter* a condizione che:

sia riformulato l'articolo 4 affinchè l'individuazione degli obiettivi e dei settori di intervento nel cui ambito le Regioni dovranno esercitare le proprie attribuzioni non sia correlata ad una specificazione dei finanziamenti previsti che dia luogo alla costituzione di fondi separati;

sia soppresso il terzo comma dell'articolo 5, nella parte in cui prevede una verifica di conformità da parte del CIPE dei piani di

utilizzazione deliberati dagli organi regionali rispetto alle direttive del Piano sanitario nazionale: detta verifica adombra infatti un potere di controllo da parte del CIPE lesivo della sfera di competenza attribuita alle Regioni;

sia modificato l'articolo 6, limitatamente alle lettere a), b) e c) del primo comma, nel senso di non configurare le norme di cui alle lettere suddette come principi fondamentali, valevoli pertanto come condizioni di legittimità della legge regionale stessa: il rispetto delle norme in discorso, potrebbe semmai dar luogo ad un'eventuale proposizione della questione di merito per contrasto di interessi di cui all'articolo 127, quarto comma, della Costituzione; l'articolo in esame dovrà inoltre fissare principi fondamentali, senza invadere, con norme di dettaglio, la competenza legislativa regionale;

sia riformulato l'articolo 7, eliminando il riferimento ivi presente alla legislazione regionale e alla proposizione da parte del Governo della questione di merito davanti alle Camere, in casi di inosservanza delle indicazioni precisate dall'articolo stesso; occorre inoltre che gli indirizzi siano precisati in moto sintetico e chiaro, tenuto presente che la funzione di indirizzo e coordinamento delle attività amministrative delle Regioni a statuto ordinario è circoscritta alle sole esigenze di carattere unitario, con riferimento anche agli obiettivi della programmazione economica e agli impegni derivanti da obblighi internazionali e comunitari, come risulta dal chiaro disposto dell'articolo 3 della legge n. 382 del 1975;

sia riformulato il disposto di cui all'articolo 9: in particolare risulta inammissibile il disposto di cui al terzo comma dell'articolo nella parte in cui prevede la nomina di apposito organo commissariale per l'adozione dei provvedimenti omessi, stante il regime di autonomia garantito alle Regioni;

venga soppresso nell'articolo 10 l'inciso « comprese quelle previste leggi regionali o delle Province autonome di Trento e di Bolzano »;

venga riformulato l'articolo 12 la cui attuale stesura appare poco chiara per quanto

attiene l'efficacia delle linee generali e delle modalità di attuazione del piano sanitario nazionale.

La Commissione segnala inoltre l'opportunità di esplicitare agli articoli 4 e 5 che il piano sanitario regionale è lo strumento di programmazione e di attuazione del Servizio sanitario nazionale, come previsto dall'articolo 53 della legge n. 833 del 1978, in luogo delle espressioni generali adoperate negli articoli sopra citati.

Quanto all'ultimo comma dell'articolo 6, appare improprio il ricorso alla figura della delega ivi operato, tenuto conto che gli enti locali esercitano le proprie attribuzioni attraverso le Unità sanitarie locali.

Quanto all'articolo 8, la Commissione esprime perplessità sulla congruità dell'articolo stesso, risultando sul punto esauriente il disposto dell'articolo 50 della già citata legge n. 833 del 1978.

d) su emendamento presentato in Commissione di merito

(Estensore Modica)

19 maggio 1982

La Commissione, esaminato l'emendamento trasmesso dalla Commissione di merito, esprime parere contrario.

Non appare congrua infatti la deroga delle disposizioni di cui all'articolo 2 del testo predisposto dalla Commissione igiene e sanità limitatamente alle province autonome di Trento e di Bolzano; in base al combinato disposto degli articoli 5 e 9 del testo unificato delle leggi sullo Statuto speciale per il Trentino-Alto Adige approvato con decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1972, n. 670, nella materia le province emanano norme legislative conformandosi ai principi stabiliti dalle leggi dello Stato: configurandosi tale potestà come potestà legislativa concorrente non appare giustificata

la previsione di una disciplina differenziata per le due province suddette rispetto a quella prevista per le Regioni a statuto ordinario. Un'eventuale norma di garanzia della competenza legislativa primaria della regione Trentino-Alto Adige (non delle singole Province) risulterebbe coerente col disposto dell'articolo 4 del citato Statuto speciale per il Trentino-Alto Adige limitatamente alla disciplina dell'ordinamento degli enti locali e, segnatamente, delle Unità sanitarie locali.

L'articolo 2, in quanto stabilisce per tutti i cittadini e gli altri aventi diritto le prestazioni di assistenza sanitaria, introduce principi vincolanti la legislazione regionale. Tuttavia tale disciplina non può estendersi fino a regolare dettagliatamente le singole modalità di esecuzione delle prestazioni; in particolare, nell'ambito delle disposizioni di cui alle lettere c) e l) dell'articolo 2 del testo predisposto dalla Commissione di merito si ri-

scontrano numerose norme di dettaglio, che potranno pertanto essere derogate dalla legislazione regionale.

A tal riguardo la Commissione, nel richiamare il contenuto del parere precedentemente espresso sul disegno di legge in esame, con particolare riguardo all'articolo 10, e i rilievi formulati dalla Commissione parlamentare per le questioni regionali, segnala alla Commissione di merito la necessità di evidenziare, nella stesura definitiva del testo, le norme di principio rispetto alle disposizioni che di principio non sono, anche al fine di evitare il sorgere di un possibile contenzioso futuro fra Stato e Regioni.

La Commissione sottolinea infine l'esigenza di prendere cognizione del testo definitivo, una volta licenziato dalla Commissione di merito, al fine di poter effettuare un definitivo vaglio sui profili di costituzionalità sopra illustrati.

PARERI DELLA 7º COMMISSIONE PERMANENTE

(ISTRUZIONE PUBBLICA E BELLE ARTI, RICERCA SCIENTIFICA, SPETTAÇOLO E SPORT)

(Estensore Bompiani)

a) sul disegno di legge

12 marzo 1980

La Commissione, esaminati la « Relazione alla proposta di piano sanitario nazionale per il triennio 1980-82 », il « Dispositivo del piano sanitario nazionale per il triennio 1980-1982 », e le « Tabelle » a vario titolo allegate, esprime parere favorevole al disegno di legge di approvazione.

L'esame della 7^a Commissione si è svolto, in particolare, sui seguenti aspetti di competenza, che di seguito vengono rapidamente commentati:

- 1) formazione professionale;
- partecipazione delle strutture universitarie all'organizzazione e gestione dei servizi assistenziali delle Unità sanitarie locali;
- 3) partecipazione degli istituti universitari ai « progetti obiettivo » indicata dal « Piano », e più in generale alla ricerca biomedica svolta dal Servizio sanitario nazionale.

Circa il primo aspetto, la Commissione esprime parere favorevole — di massima — alle previste iniziative legislative che — nell'enunciazione — salvaguardano le competenze statuali e regionali relative alla formazione degli operatori sanitari ai diversi livelli funzionali, riservandosi di valutare nel merito i singoli disegni di legge.

Circa il secondo aspetto, la Commissione ritiene idonea la previsione — posta dal piano — di un'ampia partecipazione delle competenze universitarie alla strutturazione e gestione dei servizi a carattere multizonale. Ritiene doveroso segnalare l'esistenza di problemi (ad esempio della strutturazione e funzionalità dei Policlinici universitari; del raccordo fra le normative previste dalla leg-

ge per il riordinamento delle docenze universitarie ed il decreto del Presidente della Repubblica sullo stato giuridico del personale delle Unità sanitarie locali), non specificamente indicati dal « Piano », ma che dovranno trovare rapido esame e soluzione, per l'incidenza stessa che hanno sul « Piano », in idonea sede di proposta legislativa, nella quale si riserva di esprimere parere.

Circa il terzo aspetto, ritiene di sottolineare l'idoneità del previsto meccanismo di collegamento tra le varie competenze a livello centrale, ma la carenza di previsione di un idoneo mecanismo di coordinamento in sede locale delle iniziative di ricerca biomedica, con particolare riferimento ai « progetti-obiettivo ».

Chiede infine la pubblicazione del presente parere in allegato alla relazione.

b) sul testo predisposto dalla Sottocommissione della Commissione di merito

5 novembre 1981

La Commissione, esaminato il piano sanitario nazionale nella elaborazione risultante dal lavoro della Sottocommissione igiene e sanità, ascoltata la relazione svolta nella seduta del 22 luglio dal senatore Bompiani, designato per l'estensione del parere e la discussione che ne è seguita, esprime il seguente avviso.

Non è compito della 7ª Commissione in sede di parere procedere all'esame degli articoli del piano ed ad eventuali emendamenti degli stessi, bensì di esprimere un giudizio analitico sugli aspetti di più stretta pertinenza della Commissione stessa. A tal fine ritiene che vada affermato il ruolo insostituibile che la Facoltà di medicina per i suoi

compiti istituzionali di didattica e di ricerca, ai quali è strettamente connessa l'attività assistenziale, è chiamata a svolgere per la realizzazione dei fini che persegue il Piano sanitario nazionale.

Sulla base di tale premessa appare necessario — nel momento in cui si procede alla strutturazione, riorganizzazione e qualificazione dei presidi, servizi e strutture assistenziali — tenere nella dovuta considerazione i compiti anzidetti che la Facoltà di medicina svolge, e che portano conseguentemente a classificarla come operante con strutture, presidi e servizi propri e convenzionati, ma in ogni caso di carattere multizonale.

Inoltre, tenuto conto delle peculiari esigenze delle Università, di cui i modelli organizzativi — come niconosciuto dal recente decreto del Presidente della Repubblica 382/1980 — vanno avviati nel rispetto della loro autonomia e devono rispondere ai fini istituzionali della Università, si riconosce come tale processo sperimentale non possa essere condizionato da modelli organizzativi che rispondano ad esigenze meramente assistenziali, ferma restando la parallela esigenza della più alta qualificazione delle strutture stesse ai compiti assistenziali.

Di qui la necessità di un contemperamento di queste diverse esigenze, nel senso che non può essere imposto automaticamente alle Università un modello organizzativo da altri elaborato ed in ordine al quale l'Università non abbia rappresentato le proprie esigenze.

Pertanto, tali modelli organizzativi — ferma restando la partecipazione delle Università nella fase di elaborazione della programmazione regionale — debbono essere adottati previa precisa intesa fra Università e Regione.

Per quanto concerne un altro aspetto importante del Piano sanitario riguardante i « progetti obiettivo », la Commissione deve affermare l'esigenza che l'Università sia presente nella fase di impostazione, di attuazione e di verifica di tali progetti obiettivo, anche nelle competenti sedi regionali.

Non può infatti disconoscersi il qualificato apporto che possono dare le istituzioni universitarie, pur riconoscendo il ruolo primario che le Regioni debbono svolgere in questo settore.

Altro aspetto che va sottolineato, considerando che le Università sono sedi primarie in cui si svolge la ricerca scientifica, è quello della ricerca biomedica finalizzata agli obiettivi generali del Piano sanitario nazionale.

In questo campo, da un verso appare ancor più necessario l'apporto delle strutture universitarie, dall'altro l'esigenza che, per evitare duplicazioni e sovrapposizioni, gli interventi avvengano in un quadro organico e coordinato di progresso della ricerca biomedica, da affidare ad un qualificato organismo unitario.

Va richiamata, altresì, l'attenzione sulla necessità che nel Piano sanitario nazionale, nella parte destinata al settore della formazione degli operatori, sia sottolineato il ruolo che debbono svolgere le istituzioni scolastiche a livello scuola secondaria superiore per la formazione di base, e le istituzioni universitarie per la formazione di personale sanitario diplomato di primo livello universitario, di laureati in medicina ed in odontoiatria e di specialisti post-laurea.

A tal fine, la 7^a Commissione sottolinea l'urgenza che per l'attuazione di tali obiettivi si proceda quanto prima alla definizione della riforma della scuola secondaria superiore; alla necessaria riforma dell'ordinamento universitario per quanto concerne le scuole dirette a fini speciali, i corsi di laurea in medicina ed odontoiatria e le scuole di specializzazione; alla definizione della prevista legge-quadro sulla formazione e l'aggiornamento degli infermieri e dei tecnici sanitari a formazione non universitaria, nonchè ad una definizione, nel quadro delle norme volte ad assicurare l'esercizio del diritto allo studio, dei caratteri peculiari degli studi medici.

La Commissione esprime infine la preoccupazione che il funzionamento delle Facoltà mediche, in connessione con i compiti assistenziali alle stesse demandate, non possa essere portato ad un soddisfacente livello con l'attuale previsione organica del ruolo dei ricercatori e l'attuale organico del personale non medico.

Del presente parere si richiede la pubblicazione in allegato alla relazione.

__ 25 ---

DISEGNO DI LEGGE

TESTO DEL GOVERNO

Approvazione del piano sanitario nazionale per il triennio 1980-1982

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.

DISEGNO DI LEGGE

TESTO PROPOSTO DALLA COMMISSIONE

Piano sanitario nazionale per il triennio 1982-1984

Art. 1.

(Obiettivi)

Nel quadro delle attività perseguite dal Servizio sanitario nazionale per il miglioramento dello stato di salute della popolazione, per la diminuzione della mortalità specifica e la prevenzione della morbosità con riferimento alle cause di preminente interesse sociale indicate nell'allegato di cui al successivo articolo 12 e per l'eliminazione degli squilibri territoriali nelle condizioni di tutela sanitaria della popolazione, sono obiettivi prioritari del piano sanitario nazionale per il triennio 1982-1984:

- 1) la promozione delle scelte responsabili e consapevoli di procreazione, la tutela della maternità, la lotta alla mortalità infantile e la tutela della salute nell'età evolutiva; la tutela della salute dei lavoratori in ambiente di lavoro; la tutela della salute degli anziani;
- 2) il potenziamento delle iniziative di prevenzione e di educazione sanitaria.

Tali obiettivi sono perseguiti attraverso la realizzazione di quanto previsto dall'articolo 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, ed in particolare:

- a) il miglioramento qualitativo dei servizi delle Unità sanitarie locali, con riferimento prioritario ai servizi sanitari di base dei distretti sanitari;
- b) la predisposizione dei servizi sanitari concernenti la protezione civile;
- c) la integrazione funzionale dei servizi sanitari e sociali nelle forme di cui all'articolo 6, lettera g);

(Segue: Testo del Governo)

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

- d) la riqualificazione straordinaria e la formazione permanente del personale;
- e) l'attivazione del sistema informativo sanitario e l'adozione di tecniche di bilancio che evidenzino il rapporto costi-benefici;
- f) il maggiore coinvolgimento dei cittadini e la responsabile partecipazione degli operatori dei servizi alla programmazione ed al controllo delle attività sanitarie;
- g) la promozione, il coordinamento intersettoriale e il trasferimento nel Servizio sanitario nazionale dei risultati della ricerca a rilievo sanitario;
- h) l'accrescimento della produttività della spesa attraverso la migliore qualificazione delle risorse.

Sono altresì da perseguire nel triennio il completamento dell'integrazione sanitaria con i paesi della Comunità europea e la cooperazione internazionale per l'assistenza tecnica ai Paesi in via di sviluppo.

Art. 2.

(Livelli di prestazioni di assistenza sanitaria)

A tutti i cittadini italiani ed agli altri aventi diritto in base a particolari normative sono garantite le prestazioni di assistenza sanitaria di cui ai seguenti numeri.

1) Prestazioni di prevenzione.

Interventi di profilassi degli eventi morbosi e interventi di prevenzione per la tutela sanitaria dell'ambiente di vita e di lavoro e la difesa della salute della popolazione e dei lavoratori interessati, secondo gli indirizzi dell'allegato di cui al successivo articolo 12, nonchè per la tutela sanitaria delle attività sportive.

2) Prestazioni di cura e di riabilitazione.

a) Prestazioni di assistenza medico-generica:

visite ambulatoriali e domiciliari con le modalità previste dall'accordo collettivo

(Segue: Testo del Governo)

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici di medicina generale;

altre prestazioni mediche indicate in apposite tabelle che fanno parte del suddetto accordo.

Le stesse prestazioni sono assicurate, nei casi di urgenza, anche nelle ore notturne e nei giorni prefestivi e festivi.

b) Prestazioni di assistenza pediatrica:

visite periodiche con finalità di medicina preventiva;

visite ambulatoriali;

visite domiciliari con prevalente finalità di diagnosi e cura con le modalità fissate dall'accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti pediatri, anche per quanto riguarda le prestazioni nei casi di urgenza, nelle ore notturne e nei giorni prefestivi e festivi;

altre prestazioni specialistiche pediatriche in stretta collaborazione con le strutture sanitarie del territorio, finalizzate a ridurre la mortalità infantile ed a controllare lo sviluppo del fanciullo anche per contribuire alla prevenzione degli handicaps fisici, psichici e sensoriali.

c) Prestazioni di assistenza specialistica:

prestazioni medico specialistiche, ivi comprese quelle di diagnostica strumentale e di laboratorio, da richiedere sulla base di apposito quesito diagnostico, fornite di norma presso gli ambulatori ed i presidi delle Unità sanitarie locali di cui l'utente fa parte, ivi compresi gli istituti di cui agli articoli 39, 41 e 42 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e presso gabinetti specialistici e presidi convenzionati.

L'utente può accedere ai gabinetti specialistici e alle strutture convenzionate per tutte o per parte delle prestazioni richieste quando, nel termine di tre giorni, le strutture pubbliche non siano in grado di procedere alla prestazione. In tal caso l'Unità

(Segue: Testo del Governo)

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

sanitaria locale, verificata la congruenza tra prestazioni richieste e quesito diagnostico, rilascia immediatamente l'autorizzazione con apposita annotazione delle prestazioni autorizzate sulla richiesta stessa. Tale autorizzazione ha validità per tre giorni.

Nei casi di richiesta urgente, motivata da parte del medico in relazione a particolari condizioni di salute del paziente, si deroga dalle procedure di cui al capoverso precedente. In tal caso l'Unità sanitaria locale appone, anche successivamente, la relativa annotazione sulla richiesta.

Le Unità sanitarie locali attuano misure idonee a garantire che le prestazioni urgenti siano erogate con priorità nell'ambito delle loro strutture.

Le prestazioni specialistiche possono essere erogate, nelle forme e con i limiti previsti dalle leggi regionali, anche al domicilio dell'utente al fine di contenere il ricorso al ricovero ospedaliero.

d) Prestazioni di cui alle lettere a), b) e c) relative a visite occasionali con le modalità ed i limiti previsti dalle convenzioni uniche.

e) Prestazioni di riabilitazione:

prestazioni di riabilitazione dei soggetti affetti da menomazioni fisiche, psichiche e sensoriali dipendenti da qualsiasi causa sia in ambulatori e strutture delle Unità sanitarie locali, sia in ambulatori e strutture convenzionate con le stesse, ai sensi dell'articolo 26, primo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

f) Prestazioni di assistenza ospedaliera:

assistenza ospedaliera, anche in forma di ospedalizzazione diurna, nei presidi pubblici o in istituzioni convenzionate.

g) Prestazioni farmaceutiche:

assistenza farmaceutica con le modalità e i limiti previsti dalla legislazione vi-

(Segue: Testo del Governo)

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

gente, dalle convenzioni, dai protocolli terapeutici e dal prontuario terapeutico.

h) Prestazioni ostetriche e di assistenza infermieristica:

assistenza domiciliare da parte di ostetriche diplomate e assistenza infermieristica ambulatoriale o, in casi particolari, domiciliare nelle forme e con le modalità stabilite dai piani sanitari regionali.

i) Prestazioni protesiche:

le seguenti prestazioni sono assicurate in forma diretta presso le strutture pubbliche o loro officine o presso presidi specialistici convenzionati, nei limiti e con le modalità previste rispettivamente da un apposito disciplinare tecnico o da convenzioni da stipularsi da parte delle Regioni con fornitori autorizzati, in conformità a schemi tipo emanati dal Ministero della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale:

apparecchi di protesi ortopediche e presidi ortopedici;

apparecchi fonetici;

apparecchi acustici;

lenti correttive:

presidi terapeutici:

protesi dentarie e apparecchi per ortodonzia.

1) Prestazioni idrotermali:

le prestazioni idrotermali, limitate al solo aspetto terapeutico, sono assicurate in forma diretta presso stabilimenti termali pubblici o privati convenzionati, nei limiti e secondo le modalità previste dall'apposito elenco da emanarsi dal Ministero della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, in cui sono specificati i gruppi di affezioni per i quali è consentito il trattamento idrotermale.

Il trattamento idrotermale è accordato su autorizzazione dell'Unità sanitaria locale per una sola prestazione per ogni distinto

(Segue: Testo del Governo)

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

gruppo di affezioni, per una volta in ciascun anno solare.

Le prestazioni idrotermali a favore degli assicurati presso l'Istituto nazionale della previdenza sociale e l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro continuano ad essere erogate secondo le condizioni e con le modalità vigenti presso gli enti stessi.

L'onere per le prestazioni economiche accessorie a quelle idrotermali è a carico delle competenti gestioni previdenziali.

Con decreto del Ministro della sanità e sentiti l'Istituto nazionale della previdenza sociale e l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, sono annualmente emanate le disposizioni necessarie per il coordinamento dell'attività sanitaria e amministrativa ai fini della erogazione delle prestazioni economiche accessorie anzidette.

m) Prestazioni per la tutela sanitaria delle attività sportive:

prestazioni per la tutela delle attività sportive attraverso controlli sanitari da effettuarsi oltre che da medici della Federazione medica sportiva italiana, dal personale e dalle strutture pubbliche e private convenzionate con le modalità fissate dalle Regioni d'intesa con il CONI e sulla base di criteri tecnici generali definiti con decreto del Ministro della sanità.

n) Prestazioni in assistenza indiretta:

quando non sia possibile fruire delle prestazioni di assistenza specialistica, ospedaliera, ostetrica e protesica di cui alle lettere c), f), h), i), nell'Unità sanitaria locale di appartenenza o in altra struttura pubblica o convenzionata, è consentito il ricorso a presidi e ambulatori privati non convenzionati, previa autorizzazione dell'Unità sanitaria locale, con le modalità e nei limiti indicati dalle leggi regionali sulla base di indirizzi generali contenuti nell'allegato di cui al successivo articolo 12 della presente legge.

(Segue: Testo del Governo)

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

Il concorso nelle spese sostenute è erogato limitatamente ai livelli delle prestazioni anzidette nel limite massimo delle tariffe previste dalle singole convenzioni, tenuto conto delle disposizioni legislative vigenti in materia.

Per le prestazioni di ricovero il concorso nelle spese sostenute non può superare la media della spesa prevista per analoghe istituzioni convenzionate della Regione, o in mancanza, per quelle di Regioni finitime, salvo le deroghe previste dalle leggi medesime per i ricoveri di alta specializzazione.

o) Assistenza sanitaria straordinaria in forma indiretta fuori dal territorio nazionale.

Con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale:

sono previsti i particolari casi e le modalità di assistenza sanitaria, in forma indiretta, presso centri di altissima specializzazione all'estero a favore di cittadini italiani residenti in Italia per prestazioni che non siano ottenibili in Italia tempestivamente o adeguatamente e non siano già assicurate ai sensi dei decreti del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 618 e n. 620;

sono stabiliti i limiti e le modalità per i rimborsi delle relative spese sanitarie, che fanno carico ai bilanci delle singole Unità sanitarie locali. L'eventuale concessione di concorsi nelle spese di carattere non strettamente sanitario non può far carico al Fondo sanitario nazionale.

Art. 3.

(Norme particolari per alcune categorie)

Ai militari in servizio di leva comunque prestato, agli obiettori di coscienza e agli allievi delle accademie e scuole militari sono assicurate, nelle località ove si trovino in ragione delle proprie condizioni di servizio, a cura delle Unità sanitarie locali e con oneri

(Segue: Testo del Governo)

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

a carico delle stesse, le prestazioni sanitarie urgenti e quelle richieste dalle competenti autorità militari ad integrazione dei propri servizi e attrezzature; le altre prestazioni sanitarie sono assicurate direttamente dai servizi sanitari militari, ovvero dalle Unità sanitarie locali su richiesta delle competenti autorità militari, con oneri a carico di queste ultime.

Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, sono disciplinate misure e modalità di compensazione finanziaria tra il Ministero della difesa e le Regioni interessate.

A coloro che sono in stato di reclusione, le prestazioni sanitarie che non possono essere assicurate dai servizi sanitari del Ministero di grazia e giustizia sono garantite dalle Unità sanitarie locali competenti, con modalità che facciano salve le esigenze della custodia, e con oneri a carico del Ministero stesso.

I conseguenti rapporti finanziari sono regolati sulla base di apposite convenzioni.

Agli emigrati e a tutti i cittadini italiani non residenti nel territorio della Repubblica, che rientrino temporaneamente in patria, semprechè non siano assicurati presso il Servizio sanitario nazionale e non godano in Italia di forme di assistenza sanitaria a carico di enti o istituti pubblici o privati di Stati esteri, le Unità sanitarie locali delle località in cui si trovano assicurano, per un periodo massimo di novanta giorni dal rientro in Italia e con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale, le prestazioni sanitarie urgenti, in particolare:

- a) le prestazioni di assistenza medicogenerica o pediatrica, limitatamente alle visite occasionali, ambulatoriali o domiciliari, e alle prestazioni dei servizi di guardia medica;
- b) le prestazioni di assistenza specialistica, limitatamente a visite e ad accertamenti diagnostici nei presidi ed ambulatori pubblici:
- c) le prestazioni di assistenza ospedaliera, limitatamente alle prestazioni in forma

(Segue: Testo del Governo)

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

diretta nei presìdi pubblici e nelle istituzioni convenzionate;

d) le prestazioni farmaceutiche, nei limiti previsti per tutti i cittadini italiani.

Con decreto del Ministro della sanità sono fissate le modalità per l'erogazione dell'assistenza sanitaria di cui al comma precedente, nonchè per la corresponsione dei contributi a carico degli interessati.

Decorso il termine di novanta giorni di cui al quinto comma, agli interessati sono assicurate le prestazioni urgenti con oneri a carico degli stessi.

Per i cittadini stranieri residenti o presenti nel territorio nazionale, resta fermo quanto disposto dall'articolo 5 del decreto-legge 30 dicembre 1979, n. 663, convertito in legge con modificazioni con la legge 29 febbraio 1980, n. 33. Agli stranieri residenti in Italia, che chiedono ai sensi di dette disposizioni di fruire dell'assistenza erogata dal Servizio sanitario nazionale, sono assicurate le prestazioni garantite a tutti i cittadini in Italia.

Gli stranieri, temporaneamente in Italia per motivi di studio che non godano in Italia di forme di assistenza sanitaria a carico di enti o istituti pubblici o privati di Stati esteri, possono chiedere di fruire dell'assistenza erogata dal Servizio sanitario nazionale. Il contributo dovuto dagli interessati in rapporto al periodo di permanenza in Italia è determinato con la procedura prevista dall'articolo 63 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

I cittadini stranieri, ai quali è assicurata l'assistenza, con rimborso del costo da parte di istituzioni estere in base a trattati e accordi internazionali bilaterali o multilaterali, non sono tenuti alla partecipazione alle spese sanitarie.

Ai cittadini italiani, residenti in Italia, e temporaneamente all'estero per motivi di lavoro, sono assicurate, nelle forme indicate dal decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 618, prestazioni sanitarie equivalenti a quelle garantite ai cittadini residenti nel territorio della Repubblica. Sono disposte, con decreto del Ministro della sa-

(Segue: Testo del Governo)

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

nità, forme di concorso alle spese per le prestazioni in forma indiretta.

I livelli delle prestazioni sanitarie garantite in Italia e all'estero al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile, sono stabiliti ai sensi dell'articolo 2 del decreto-legge 7 novembre 1981, n. 632, convertito in legge con modificazioni con la legge 22 dicembre 1981, n. 767, tenuto conto delle prestazioni assicurate a tutti i cittadini residenti in Italia e prevedendo forme di concorso alle spese per le prestazioni usufruite in forma indiretta all'estero, se il loro livello sia palesemente superiore a quello delle prestazioni erogate in Italia.

Fermo restando quanto previsto dal quarto comma dell'articolo 57 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, per gli invalidi di guerra, gli invalidi per causa di servizio, i sordomuti e gli invalidi civili, il Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, definisce con proprio decreto l'elenco dei trattamenti differenziali alle suddette categorie spettanti ai sensi dell'anzidetto articolo 57 della citata legge.

Art. 4.

(Modalità per la programmazione e misure per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale)

In coerenza con la legge 5 agosto 1978, n. 468, viene adottata la programmazione « per scorrimento », consistente nella determinazione triennale degli obiettivi di piano e nella verifica annuale dei risultati conseguiti, allo scopo di adeguare di anno in anno nell'ambito del triennio le indicazioni finanziarie.

Sulla base degli obiettivi del Servizio sanitario nazionale e dei livelli assistenziali di cui ai precedenti articoli, il finanziamento del Servizio sanitario nazionale per il triennio 1982-1984 è determinato, a moneta costante e a legislazione vigente, nelle misure seguenti:

(Segue: Testo del Governo)

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

a) per la parte corrente, lire 82.525 miliardi, così ripartite:

esercizio 1982, lire 26.313 miliardi per impieghi a destinazione indistinta e lire 237 miliardi per impieghi a destinazione vincolata, di cui il 50 per cento riservato alla formazione e all'aggiornamento professionale del personale ed il 50 per cento a disposizione delle Regioni per l'incremento delle attività a destinazione vincolata maggiormente rilevanti nell'ambito regionale e per altre eventuali iniziative promozionali di carattere locale;

esercizio 1983, lire 27.195 miliardi per impieghi a destinazione indistinta e lire 645 miliardi per impieghi a destinazione vincolata, di cui il 40 per cento riservato alla formazione e all'aggiornamento professionale del personale, il 20 per cento all'incentivazione dei progetti-obiettivo, il 9 per cento alla ricerca sanitaria promossa da parte delle Regioni, l'1 per cento alla ricerca sanitaria esercitata dagli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, il 10 per cento all'educazione sanitaria e il 20 per cento a disposizione delle Regioni per l'incremento delle attività a destinazione vincolata maggiormente rilevanti nell'ambito regionale e per altre eventuali iniziative promozionali di carattere locale:

esercizio 1984, lire 27.485 miliardi per impieghi a destinazione indistinta e lire 650 miliardi per gli impieghi a destinazione vincolata di cui all'alinea precedente;

b) per la parte in conto capitale, lire 4.420 miliardi da ripartire dal CIPE, nel triennio, sentito il Consiglio sanitario nazionale, sulla base dei piani sanitari regionali, tenuti presenti i criteri indicati nell'allegato di cui all'articolo 12, nelle seguenti quote:

lire 443 miliardi, da assegnare al completamento della rete ospedaliera nelle regioni con una dotazione di posti-letto inferiore al parametro nazionale;

lire 952 miliardi, da destinare al rinnovo delle attrezzature ospedaliere;

(Segue: Testo del Governo)

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

lire 557 miliardi, da destinare al rinnovo delle attrezzature e all'ammodernamento anche strutturale degli ambulatori extraospedalieri;

lire 1.439 miliardi, da destinare a finalità di ristrutturazione del patrimonio edilizio ospedaliero, commutabili, secondo le esigenze dei piani sanitari regionali, in tutto o in parte, in finanziamento di nuovi posti letto per fini di riequilibrio intraregionale;

lire 928 miliardi, da destinare alla costruzione di strutture extraospedaliere per fini di deospedalizzazione e di potenziamento dei servizi di base;

lire 60 miliardi, da destinare al potenziamento e alla costruzione di servizi multizonali a rilievo interregionale;

lire 35 miliardi, da destinare agli investimenti nel settore dell'attività di ricerca degli istituti zooprofilattici sperimentali e lire 6 miliardi agli investimenti nel medesimo settore degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

In sede di ripartizione del Fondo sanitario nazionale alle Regioni, il CIPE, sentito il Consiglio sanitario nazionale, determina le modalità di erogazione delle spese correnti a destinazione vincolata per la formazione, i progetti-obiettivo, l'educazione sanitaria e la ricerca, e tiene conto delle particolari esigenze dell'assistenza psichiatrica.

Le modalità per la copertura del finanziamento, in relazione anche ad eventuali modifiche del fabbisogno finanziario connesse agli aggiornamenti annuali del piano sanitario nazionale, sono determinate ai sensi delle disposizioni della legge 5 agosto 1978, n. 468.

Per l'anno 1982 si provvederà a conseguire la copertura del finanziamento con successivi provvedimenti.

Art. 5.

(Parametri di finanziamento e criteri di ripartizione del Fondo sanitario nazionale alle Unità sanitarie locali)

Il finanziamento delle attività assistenziali di cui ai precedenti articoli 2 e 3 è assi-

(Segue: Testo del Governo)

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

curato, per ciascun tipo di assistenza, sia in base a valori medi di spesa e di frequenza che a valori programmati, determinati mediante protocolli, capitolati ed altre discipline particolari da indicare nell'allegato di cui al successivo articolo 12, tenute presenti la struttura per età della popolazione e la sua distribuzione territoriale, le differenze di rischio epidemiologico, per quanto attiene alla mortalità infantile, agli infortuni sul lavoro ed alla patologia senile, nelle diverse regioni e la mobilità sanitaria della popolazione, per quanto concerne l'assistenza farmaceutica ospedaliera e termale.

Secondo le finalità della programmazione regionale è consentito destinare le quote di fondo per le spese correnti non vincolate in difformità dei parametri di finanziamento indicati per singola funzione di spesa, purchè siano assicurati i livelli assistenziali e venga rispettato il limite della quota di fondo assegnata alla Regione.

Le quote di finanziamento in conto capitale, previste dal Piano sanitario nazionale, costituiscono soltanto indicazione di disponibilità ai fini della programmazione regionale e sono assegnate dal CIPE, su richiesta documentata delle singole Regioni.

Gli stessi criteri generali adeguati alle specifiche situazioni locali vengono indicati alle Regioni per la ripartizione delle quote di Fondo alle Unità sanitarie locali.

Art. 6.

(Indicazioni vincolanti del Piano sanitario nazionale e obbligo di adeguamento della legislazione regionale)

Costituiscono limite alla potestà legislativa regionale ai sensi dell'articolo 117, primo comma, della Costituzione:

a) il rispetto del limite massimo di spesa costituito dalla quota di fondo sanitario assegnato e dalle entrate derivanti da leggi nazionali vigenti in materia sanitaria;

(Segue: Testo del Governo)

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

- b) il rispetto, entro il limite massimo di spesa, della destinazione dei fondi assegnati rispettivamente per le spese correnti e per le spese in conto capitale;
- c) il rispetto, all'interno dell'assegnazione di fondi per le spese correnti, del vincolo di destinazione del finanziamento alla formazione del personale, ai progetti-obiettivo, alla ricerca e all'educazione sanitaria;
- d) il rispetto nella costruzione di strutture ospedaliere dello standard di sei posti-letto per mille abitanti tenuto conto anche delle esigenze sanitarie dei residenti stagionali e di quelli temporanei per ragioni di lavoro o di studio; nelle regioni dove la dotazione di posti-letto è superiore di un terzo a quella innanzi indicata, si deve procedere con gradualità alla riconversione da parte dei presìdi ospedalieri in altre strutture sanitarie, secondo modalità e opportunità da definire nei piani regionali; la valutazione deve essere condotta a livello regionale o per vaste aree territoriali e non per singole Unità sanitarie locali, e deve tener conto della dotazione di posti-letto delle strutture a gestione diretta e di quelle convenzionate ai sensi degli articoli 40, 41, 42 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, nonchè dei posti-letto delle istituzioni sanitarie private convenzionate o che, avendone titolo, abbiano chiesto il convenzionamento sulla base delle leggi vigenti;
- e) l'obbligo, in caso di costruzione di nuovi posti-letto per finalità di riequilibrio territoriale infraregionale in regioni con dotazione di posti-letto superiore allo standard nazionale fissato alla lettera d), di procedere, al momento della loro attivazione, alla soppressione o alla trasformazione di strutture pubbliche o alla disdetta delle convenzioni di altrettanti posti-letto in località sovradotate di strutture di ricovero;
- f) il rispetto, all'interno dell'assegnazione di fondi in conto capitale, del vincolo di destinazione dei finanziamenti relativi ai servizi e presidi multizonali a rilievo interregionale;

(Segue: Testo del Governo)

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

- g) l'obbligo di finanziare con il Fondo sanitario nazionale esclusivamente attività di carattere sanitario;
- h) il rispetto, in attesa della riforma dell'assistenza, delle competenze degli Enti locali nelle attività di tipo socio-assistenziale e nella relativa utilizzazione del personale impiegato presso gli enti stessi. Gli enti locali possono avvalersi in tutto o in parte delle Unità sanitarie locali per l'esercizio delle proprie attribuzioni in materia, facendosi completamente carico del relativo finanziamento;
- i) il rispetto del principio convenzionale stabilito dall'articolo 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, per la regolamentazione dei rapporti tra Regioni e università, relativamente alle attività del Servizio sanitario nazionale, nel cui quadro le cliniche e gli istituti universitari di ricovero e cura, quando vi si svolga un intero corso di laurea, costituiscono presidi e servizi multizonali.

Art. 7.

(Indirizzi per l'attività delle Regioni)

Costituiscono indirizzo per la legislazione regionale, per la cui inosservanza, che si concreti nelle condizioni e nei modi previsti dal terzo e quarto comma dell'articolo 127 della Costituzione, può essere promossa dal Governo la questione di merito davanti alle Camere, ai sensi del quarto comma dello stesso articolo 127 della Costituzione, e per l'attività amministrativa delle Regioni le seguenti indicazioni:

- 1) il raccordo della programmazione sanitaria con il piano di sviluppo regionale o, in mancanza, con gli altri settori dell'attività regionale, per la individuazione di possibili interventi coordinati in materia di prevenzione, di educazione sanitaria, di formazione del personale e di progetti-obiettivo;
- 2) l'attivazione del sistema informativo anche attraverso la riorganizzazione e il pie-

(Segue: Testo del Governo)

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

no utilizzo degli strumenti informativi ed informatici già disponibili;

- 3) l'inserimento nel piano sanitario regionale di procedure per la verifica di attuazione degli indirizzi fondamentali del piano sanitario nazionale;
- 4) l'inclusione nei piani sanitari regionali di direttive per il rispetto dei protocolli diagnostici e terapeutici predisposti dal Ministero della sanità, d'intesa con le organizzazioni sanitarie competenti, con le modalità fissate nelle convenzioni, sentiti il Consiglio superiore di sanità e il Consiglio sanitario nazionale, aventi carattere di indirizzo per le prescrizioni, per la informazione agli utenti, per l'aggiornamento professionale dei medici e per i controlli sui flussi di spesa;
- 5) la predisposizione e l'avvio di programmi finalizzati al coinvolgimento degli operatori del Servizio sanitario nazionale, sia dipendenti che convenzionati, negli obiettivi di cui alla presente legge;
- 6) il pieno utilizzo delle risorse a destinazione vincolata per la formazione del personale, puntando su di essa come mezzo per migliorare la qualità dei servizi e privilegiando la riqualificazione straordinaria degli infermieri generici, la formazione manageriale dei quadri dirigenti delle Unità sanitarie locali e la preparazione tecnica degli addetti ai rapporti con il pubblico;
- 7) la promozione di iniziative di educazione sanitaria, sui temi indicati dal piano sanitario nazionale come argomenti prioritari da sviluppare e privilegiando nell'attuazione le sedi di comunità;
- 8) la formulazione di criteri per la quantificazione degli organici idonei a garantire la congruità numerica e la distribuzione del personale in rapporto ai bisogni sanitari del territorio interessato:
- 9) la preferenza da accordare alle soluzioni organizzative ed edilizie che favoriscono lo sviluppo dei servizi di base extraospedalieri;
- 10) la destinazione, in via prioritaria, di adeguate quote dei finanziamenti in conto capitale al rinnovo e all'ammodernamento delle attrezzature sanitarie.

(Segue: Testo del Governo)

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

Art. 8.

(Rendiconto)

Le Unità sanitarie locali sono tenute a fornire a fine esercizio rendiconto separato ed una relazione sulle attività svolte con i fondi a destinazione vincolata, da allegare ai rendiconti previsti dall'articolo 50 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Le Unità sanitarie locali sono tenute ad inviare i rendiconti trimestrali e i consuntivi annuali anche al Ministero della sanità, entro i termini previsti dagli articoli 49 e 50 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Copia della documentazione allegata ai rendiconti trimestrali e ai consuntivi annuali dovrà essere trasmessa solo dietro specifica richiesta del Ministero della sanità.

Art. 9.

(Interventi in caso di omissione)

In caso di omissione, da parte delle Regioni, di adempimenti previsti da leggi dello Stato entro termini tassativi, il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, assume iniziative, previa diffida formale alla Regione, per sollecitare l'adozione dei provvedimenti necessari, dandone comunicazione al Parlamento.

Qualora l'omissione riguardi provvedimenti da adottarsi con legge regionale e dalla stessa derivino conseguenze di particolare gravità per il funzionamento del Servizio sanitario nazionale, il Ministro della sanità propone al Consiglio dei ministri apposito provvedimento legislativo. La disciplina emanata con legge dello Stato cessa di avere effetto con l'entrata in vigore delle leggi regionali adottate in via di adempimento da parte delle Regioni interessate.

Qualora i provvedimenti omessi abbiano natura amministrativa, il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, tenuto conto dell'importanza dell'inadempimento e della gravità delle conseguenze che ne derivano per il funzionamento del Servi-

(Segue: Testo del Governo)

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

zio sanitario nazionale, può disporre la nomina di apposito organo commissariale per l'adozione dei provvedimenti omessi. È considerata omissione grave la mancata acquisizione dei rendiconti trimestrali e la mancata trasmissione dei relativi dati, di cui all'ultimo comma dell'articolo 50 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni.

Resta ferma il disposto dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Nel caso in cui omissioni dell'Amministrazione centrale del Servizio sanitario nazionale siano tali da determinare conseguenze gravi per il funzionamento del servizio sanitario nel suo complesso, la Commissione parlamentare per le questioni regionali, qualora ne facciano richiesta almeno cinque Consigli regionali, provvede a invitare il Ministro della sanità e le Regioni interessate.

Art. 10.

(Disposizioni abrogative)

Sono abrogate le norme in contrasto o incompatibili con la presente legge, comprese quelle previste in leggi regionali o delle province autonome di Trento e di Bolzano.

Le Regioni sono tenute ad adeguare ai principi della presente legge e alle indicazioni dell'allegato di cui all'articolo 12 i piani sanitari regionali e le leggi regionali emanate con esplicito riferimento di attesa del piano sanitario nazionale.

Art. 11.

(Disposizioni transitorie)

Le disposizioni di cui all'articolo 1 del decreto-legge 25 gennaio 1982, n. 16, convertito in legge con modificazioni con la legge 25 marzo 1982, n. 98, sono prorogate fino al 31 dicembre 1982.

Le iniziative concernenti i progetti-obiettivo e l'educazione sanitaria sono sviluppate nel corso del 1982 nell'ambito delle normali attività dei servizi, mediante forme di

(Segue: Testo del Governo)

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

coordinamento delle attività stesse, al fine di privilegiare il perseguimento degli obiettivi specifici. Le attività di ricerca sanitaria sono sviluppate nel 1982, mediante il coordinamento con l'Istituto superiore di sanità, il Consiglio nazionale delle ricerche e il Ministero della pubblica istruzione al fine di indirizzare la ricerca sanitaria da questi ultimi effettuata su obiettivi di rilievo per il Servizio sanitario nazionale.

Art. 12.

(Linee generali e modalità di attuazione del piano sanitario nazionale 1982-1984)

Le Regioni e gli altri enti ed organismi del Servizio sanitario nazionale conformano la loro attività programmatica alle linee generali ed alle modalità di attuazione del piano sanitario nazionale per il triennio 1982-1984 previste nell'allegato annesso alla presente legge.

Annesso

TESTO DELL'ALLEGATO AL DISEGNO DI LEGGE PROPOSTO DALLA COMMISSIONE (*)

(*) In relazione all'articolo 12 di detto disegno di legge, e in sostituzione degli allegati annessi al disegno di legge presentato dal Governo, non riportati nel presente fascicolo. (Per tali allegati, v. lo Stampato n. 496).

ALLEGATO

LINEE GENERALI E MODALITA' DI ATTUAZIONE DEL PIANO SANITARIO NAZIONALE PER IL TRIENNIO 1982-1984

A) PRINCÌPI GENERALI

- 1. La programmazione è 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.
- 2. La programmazione è intesa come una successione ciclica di adempimenti di istruttoria, di definizione normativa, di attuazione, di verifica e di adeguamento dei documenti di piano, da compiersi con le Regioni, contitolari della potestà programmatoria, per quanto concerne il piano sanitario nazionale (PSN), e con il concorso necessario degli enti locali e delle altre istituzioni e organizzazioni sociali interessate, per quanto concerne i piani sanitari regionali.

In questo processo dialettico, spetta alla programmazione nazionale nei confronti di quelle regionali e alla programmazione regionale nei confronti di quelle locali di definire la strategia di intervento e di precisare i termini di compatibilità economica. Le programmazioni regionali e locali restano affidate alla autonoma specificazione dei corrispondenti organi di governo.

Le programmazioni locali interagiscono con quelle regionali e le programmazioni regionali con quella nazionale esprimendo i bisogni rimasti da soddisfare, concorrendo a individuare modalità adeguate per farvi fronte e formando l'elemento di verifica del grado di realizzabilità delle strategie adottate.

3. — La programmazione sanitaria, in quanto programmazione di settore, va raccordata con la programmazione economica generale.

Il raccordo della programmazione settoriale sanitaria con la programmazione economica generale va finalizzato alla verifica della compatibilità delle spese di settore con la situazione economica complessiva; all'esame della coerenza tra gli obiettivi particolari in campo sanitario e la strategia generale di sviluppo del paese o della singola regione; all'individuazione di possibili iniziative intersettoriali suscettibili di contribuire alla soluzione di problemi sanitari, con particolare riferimento ai progetti-obiettivo.

Da un punto di vista attuativo, ciò comporta:

l'armonizzazione delle logiche di programmazione sanitaria con le logiche della programmazione economica nazionale, e un più stretto rapporto funzionale e operativo tra Ministero della sanità e Ministero del bilancio e della programmazione economica;

la ricognizione di tutte le spese a rilievo sanitario previste nel bilancio dello Stato, al fine di armonizzarne gli impieghi in un quadro di vincoli di programmazione intersettoriale;

forme permanenti di raccordo tra il Ministero della sanità e le amministrazioni centrali che gestiscono risorse e informazioni di rilievo sanitario;

l'avvio di studi da parte del Ministero della sanità, d'intesa con i Ministeri del bilancio e della programmazione economica, del tesoro e del lavoro per evidenziare il valore della variabile « sanità » all'interno di un modello economico dell'economia italiana.

4. — È compito permanente del Servizio sanitario nazionale (SSN) perseguire il miglioramento dello stato di salute della popolazione, l'eliminazione degli squilibri territoriali nelle condizioni di tutela sanitaria della

popolazione, nonchè la diminuzione della mortalità specifica e la prevenzione della morbosità con riferimento alle cause di rilevante interesse sociale, valutate sia sotto l'aspetto della gravità dei bisogni sanitari da soddisfare, sia in termini di frequenza degli eventi e ampiezza della popolazione interessata, sia di rapporto costo-benefici.

- B) STRATEGIE E PROGRAMMI DI AZIONE PER IL TRIENNIO 1982-84
- 1. Le strategie per il raggiungimento degli obiettivi indicati dal piano sanitario nazionale 1982-84 sono:
- a) la tutela della salute intesa come intervento unitario e globale, privilegiando la prevenzione ed i servizi sanitari di base;
- b) il superamento, nell'ambito delle competenze del Servizio sanitario nazionale, degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie, con particolare riferimento al Mezzogiorno, 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.
- 2. I programmi di azione, aventi valore di indirizzo per l'attività programmatoria delle Regioni nel triennio 1982-84 ai fini del PSN, sono i seguenti:
- a) l'assistenza sanitaria a tutta la popolazione in condizione di uniformità;
- b) i progetti-obiettivo: « tutela della maternità, 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 »;
- c) gli interventi particolari riguardanti: « la prevenzione degli handicaps e l'assistenza sanitaria agli handicappati »; « la prevenzione delle tossicomanie e l'assistenza sanitaria ai tossicodipendenti »; « la lotta ai tumori e l'assistenza oncologica »; « la salute degli animali e la sanità veterinaria »;

- d) l'organizzazione funzionale dei distretti sanitari, la strutturazione organica dei servizi delle Unità sanitarie locali (USL) e l'adeguamento delle strutture centrali del Servizio sanitario nazionale:
- e) la predisposizione dei servizi sanitari concernenti la protezione civile;
- f) l'integrazione « funzionale » delle attività sociali a specifico rilievo sanitario;
- g) la formazione e l'aggiornamento professionale del personale;
- h) l'attivazione del sistema informativo, l'adozione di nuove tecniche di bilancio e la definizione degli indicatori di verifica del piano sanitario nazionale;
- i) le iniziative tendenti a realizzare una cosciente e responsabile partecipazione al processo di riforma sanitaria;
- *l*) la promozione, il coordinamento intersettoriale e il trasferimento al Servizio sanitario nazionale dei risultati della ricerca a rilievo sanitario;
- m) l'accrescimento della produttività della spesa e le azioni finalizzate al risparmio;
 - n) le iniziative in campo internazionale.
- C) L'ASSISTENZA SANITARIA A TUTTA LA POPO-LAZIONE IN CONDIZIONI DI UNIFORMITÀ
- 1. Lo scopo del programma è quello di rendere tutti i cittadini uguali rispetto alla tutela della salute.
- 2. Gli interventi, da effettuare per l'attuazione del programma tendente a rendere effettiva l'uniformità nella erogazione delle prestazioni sanitarie garantendo il rispetto dei diritti del cittadino assistito, sono:
- a) l'elaborazione da parte del Ministero della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale (CSN) entro sei mesi dall'entrata in vigore della legge a cui il presente allegato è annesso, di norme di divulgazione dei diritti del cittadino ammalato;
- b) l'emanazione, da parte del Ministero della sanità, entro sei mesi dall'entrata in vi-

gore della legge a cui il presente allegato è annesso, delle specificazioni di competenza del Ministero della sanità riguardanti i livelli assistenziali previsti dagli articoli 2 e 3 della legge stessa;

- c) la sollecita emanazione, ad iniziativa del Ministero del lavoro e della previdenza sociale di concerto con i Ministeri del tesoro e della sanità, del decreto del Presidente della Repubblica relativo all'adeguamento e al riordino dei contributi assicurativi;
- d) la realizzazione graduale dei servizi necessari 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 nonchè l'incentivazione per l'istituzione e gestione di farmacie rurali.
- 3. La legislazione regionale in tema di assistenza indiretta di cui all'articolo 2, punto 2, lettera n), della legge a cui il presente allegato è annesso prevede l'ammissibilità all'anzidetta assistenza dove ricorrano le seguenti condizioni:

l'urgenza nella cura del fatto morboso e l'impossibilità di tempestiva fruizione in struttura pubblica o convenzionata della cura del fatto morboso stesso.

Stabilisce, inoltre, le modalità relative al rimborso, a titolo di concorso delle spese sostenute sulla base delle tariffe previste dalle convenzioni uniche nazionali vigenti, e alla concessione di acconti non superiori a lire un milione in relazione alla durata della cura del fatto morboso ed alle spese sostenute dall'assistito. Può prevedere altresì che la determinazione nel concorso della spesa sia rimessa, per mancanza delle anzidette tariffe di riferimento, alla determinazione del Ministro della sanità, che vi provvederà sentito il Consiglio sanitario nazionale.

D) I Progetti-obiettivo

1. — 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 moltepli-

ci, 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.

Sotto l'aspetto finanziario, le risorse a destinazione vincolata destinate ai progettiobiettivo vanno considerate come risorse aggiuntive rispetto a quelle destinate alla normale organizzazione dei servizi. Esse sono da destinare ad iniziative promozionali o sperimentali, nel quadro di appositi programmi finalizzati.

- 2. Per il triennio 1982-84 acquistano rilevanza di progetto-obiettivo:
- a) la tutela della maternità; la lotta alla mortalità infantile e la tutela della salute nell'età evolutiva;
 - b) la tutela della salute degli anziani;
- c) la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e la tutela della salute dei lavoratori in ambiente di lavoro.

D.2.a. Progetto-obiettivo « Materno-Infantile »

- 2.a.1. Lo scopo del progetto-obiettivo « tutela della maternità, lotta alla mortalità infantile e tutela della salute in età evolutiva » è quello di favorire la procreazione responsabile, di diminuire il quoziente nazionale di mortalità infantile e di eliminare i forti squilibri che tale fenomeno presenta tra le varie regioni.
- 2.a.2. Gli obiettivi specifici da raggiungere nel triennio sono:
- a) tendere alla eliminazione della mortalità materna in occasione dei parti;

- b) ottenere in tutte le regioni l'abbassamento del quoziente di mortalità infantile ai livelli dei Paesi più sviluppati;
- c) tendere alla totale eliminazione della mortalità causata da malattia emolitica del neonato, da iso-immunizzazione per fattore Rh materno-infantile;
- d) promuovere iniziative al fine di realizzare una procreazione cosciente e responsabile;
- e) tendere a ridurre la richiesta di interruzione volontaria della gravidanza e la incidenza degli aborti spontanei;
- f) generalizzare la pratica degli esami prenatali e neo-natali;
- g) migliorare le condizioni di salute nell'età evolutiva;
- h) generalizzare l'adozione del libretto sanitario a partire dai nati nel 1982;
- 2.a.3. Gli interventi per l'attuazione di questo programma sono:
- a) definire, da parte del Ministro della sanità, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del piano sanitario nazionale sentito il Consiglio sanitario nazionale, lo schema tipo di libretto sanitario e promuovere iniziative per la sua adozione per i nati a decorrere dal 1982:

b) in epoca preconcezionale:

promuovere l'informazione e l'educazione sessuale con iniziative a livello nazionale, regionale e locale e diffondere la conoscenza dei mezzi atti a realizzare obiettivi di procreazione responsabile, provvedendo, in particolare, alla sollecita realizzazione uniformemente sul territorio nazionale dei servizi consultoriali e alla puntuale applicazione degli articoli 14 e 15 della legge 22 maggio 1978, n. 194;

promuovere la ricerca sulle metodiche di contraccezione;

individuare e contrastare i fattori di rischio prevalentemente genetici;

sviluppare gli interventi di educazione alla procreazione cosciente e responsabile, sottolineando le situazioni di particolare rischio; c) durante la gravidanza:

individuare le gravidanze a rischio; istituire le schede individuali delle gestanti;

effettuare controlli periodici delle gestanti;

vigilare sull'osservanza delle norme a tutela delle lavoratrici-madri;

d) all'atto del parto:

assistere le partorienti in luogo di degenza idoneamente attrezzato, tenendo particolarmente conto dei parti e dei neonati a rischio;

istituire servizi di trasporto assistito per i nati prematuri e reparti di terapia intensiva neonatale per le emergenze;

effettuare, nel rispetto delle leggi vigenti, in ogni caso di morte materna da parto, accurate indagini medico-legali e medicosociali, i cui risultati debbono essere comunicati alla regione e al Ministero della sanità;

informare le partorienti, all'atto della dimissione dal luogo di degenza, sui mezzi per conseguire la maternità cosciente e responsabile;

provvedere a periodici controlli, anche domiciliari, ai neonati nelle prime settimane di vita;

combattere tempestivamente le cause che possono indurre malformazioni e handicaps. A tal fine sarà adottata una scheda neonatale sul decorso della prima settimana di vita;

e) durante la prima infanzia e l'età prescolare:

controllare lo sviluppo psicofisico e avviare precocemente gli interventi riabilitativi nei nati con condizioni generatrici di handicaps;

ricercare e contrastare i fattori di rischio;

eseguire le vaccinazioni;

f) durante l'età della scuola dell'obbligo:
 controllare lo sviluppo psico-fisico;
 ricercare e contrastare i fattori di rischio;

utilizzare le strutture sanitarie e i servizi scolastici e distrettuali per potenziare le condizioni di salute nell'età evolutiva;

- g) realizzare le condizioni che consentano, in caso di ricovero ospedaliero di minori da 0 a 8 anni e per l'intera sua durata, la presenza continuativa di un familiare e garantire attrezzature idonee ad assicurare il diritto alla istruzione per i lungodegenti e al gioco per tutti i minori ricoverati;
- h) raccogliere sistematicamente i dati informativi necessari per la valutazione complessiva del fenomeno attraverso modalità di rilevazione uniformi decise in sede centrale.

D.2.b. Progetto-obiettivo « anziani »

- 2.b.1. 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 e dal contesto sociale all'elevato ricorso alla loro spedalizzazione o ricovero in istituzioni assistenziali con una forte incidenza di spesa specie per le degenze ospedaliere e per le varie forme di istituzionalizzazione, spesso originate da motivi sociali, alla carenza di strutture alternative al ricovero in ospedale o in istituzioni.
- 2.b.2. Gli obiettivi specificì da raggiungere nel triennio sono:
- a) realizzare una sostanziale riduzione dei ricoveri ospedalieri effettuati per ragioni sociali;
- 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 quali ospedali diurni e centri diurni e notturni; presenza di operatori della riabilitazione nelle strutture e nei servizi di base, anche domiciliari;

- c) promuovere per le attività a tempo parziale strutture polivalenti, non riservate solo agli anziani, utilizzando prioritariamente le strutture esistenti adeguatamente modificate.
- 2.b.3. Gli interventi per l'attuazione di questo programma sono:
- a) la promozione da parte delle singole regioni di indagini mirate ad accertare:
- il fenomeno dei ricoveri impropri nell'ospedale;
- il fenomeno dei « cronici » attualmente istituzionalizzati, valutandone la natura dei quadri morbosi ed il livello di non autosufficienza;
- il fenomeno delle ospedalizzazioni nelle istituzioni psichiatriche di anziani privi di manifesti disturbi psico-comportamentali;
- b) provvedere, entro un anno, ad opera delle Unità sanitarie locali, all'analisi campionaria della popolazione oltre i 60 anni di età, anche al fine di accertare le condizioni di salute, il grado di autosufficienza, le condizioni economiche e abitative;
- c) promuovere il coinvolgimento di tutti i settori aventi competenza nella programmazione e realizzazione di interventi in materia di edilizia abitativa, urbanistica, cultura e lavoro;
- d) attivare il servizio di assistenza domiciliare, rivolto prioritariamente agli anziani parzialmente autosufficienti;
- e) valorizzare lo strumento dell'ospedale diurno, al fine di prevenire il ricovero e favorire la deospedalizzazione rapida degli anziani;
- f) attivare, negli ospedali e sul territorio, dipartimenti di riabilitazione;
- g) riqualificare e riconvertire i servizi socio-sanitari per i cronici non autosufficienti al fine di garantire una terapia di mantenimento e la prevenzione del danno terziario attraverso:

l'assistenza domiciliare ove ciò sia possibile;

strutture protette polivalenti socio-sanitarie, dipendenti dalle Unità sanitarie locali, collegate a livello funzionale con l'ospedale, in particolare con il dipartimento riabilitativo, e con gli altri servizi delle Unità sanitarie locali;

- h) favorire le iniziative che incentivano la partecipazione diretta e responsabile della famiglia nell'azione di assistenza domiciliare e di riabilitazione dell'anziano;
- i) avvalersi del volontariato come momento di partecipazione attiva e motivata in particolare dal mondo giovanile, femminile e dagli anziani autosufficienti;
- *l*) determinare *standards* di servizi qualitativi e quantitativi da rispettare da parte delle istituzioni che assistono gli anziani e che operano con il finanziamento pubblico, diretto o convenzionato;
- m) effettuare controlli rigorosi e sistematici sulle istituzioni che accolgono le persone anziane.

D.2.c. PROGETTO-OBIETTIVO « LAVORATORI »

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 della comunità scientifica.

Gli obiettivi specifici da raggiungere nel triennio sono:

- a) una obiettiva rappresentazione della situazione esistente, che consenta di evidenziare anche gli aspetti oggi sommersi;
- b) un consistente abbattimento del numero degli infortuni e delle malattie professionali.

Gli interventi per l'attuazione di questo programma sono:

a) assicurare la partecipazione dei lavoratori agli interventi per la tutela della pro-

pria salute attraverso opportune iniziative tra le quali:

la definizione, ai livelli nazionale, regionale e locale, di intesa con le organizzazioni sindacali dei lavoratori, dei rischi prioritari sui quali orientare le attività di prevenzione negli ambienti di lavoro;

l'individuazione dei gruppi omogenei nell'ambito delle unità operative (agricole, industriali, del terziario, eccetera);

la formalizzazione e la generalizzazione di modalità di validazione consensuale dei risultati delle indagini sull'ambiente di lavoro, nonchè delle verifiche sulla congruità dei provvedimenti adottati;

- b) promuovere, a livello delle Unità sanitarie locali, la istituzione di servizi di igiene e medicina del lavoro nei quali dovranno confluire le preesistenti attività di prevenzione:
- c) promuovere a livello multizonale centri di specializzazione di traumatologia, e di chirurgia della mano;
- d) promuovere ed effettuare, sulla base degli standards fissati dall'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, la rilevazione ed il controllo delle sostanze chimiche pericolose (con particolare riferimento a quelle cancerogene) e la sorveglianza sanitaria delle popolazioni lavorative esposte;
- e) 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;
- f) promuovere il coinvolgimento diretto dei medici e dei servizi di base nella realizzazione del progetto-obiettivo;
- g) migliorare le condizioni di lavoro e garantirne la sicurezza anche attraverso misure amministrative e provvedimenti legislativi;
- h) attivare strumenti di informazione ed assicurare la massima diffusione delle informazioni raccolte ed elaborate, in modo da coinvolgere nell'attuazione del progetto i lavoratori, gli imprenditori e le loro organiz-

zazioni rappresentative e l'intera collettività locale;

- i) 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;
- l) promuovere l'aggiornamento e la qualificazione del personale medico, infermieristico, tecnico e amministrativo, non trascurando per quest'ultimo anche gli aspetti giuridici della vigilanza;
- m) stimolare l'attività di ricerca applicata ai problemi della tutela della salute dei lavoratori;
- n) raccogliere sistematicamente i dati informativi necessari per la valutazione complessiva del fenomeno con modalità di rilevazione uniformi decise in sede centrale.

E) GLI INTERVENTI PARTICOLARI

Per altri aspetti di particolare importanza non compresi nei progetti-obiettivo, vengono indicati specifici interventi da valere come orientamento e indirizzo per le Regioni e le Unità sanitarie locali.

- Si tratta dei seguenti interventi particolari:
- 1) prevenzione degli *handicaps*, riabilitazione e assistenza sanitaria degli handicappati;
- 2) prevenzione delle tossicomanie, recupero e assistenza sanitaria dei tossicodipendenti;
- 3) lotta ai tumori e assistenza oncologica;
- 4) salute degli animali e sanità veterinaria.
 - E.1 Intervento particolare per gli handicaps
- 1. La prevenzione degli handicaps, la riabilitazione e l'assistenza sanitaria degli handicappati sono assunti come impegno

per fornire una risposta globale, lungo tutto l'arco della vita, ai bisogni dei cittadini colpiti da menomazioni fisiche, psichiche o sensoriali che ne limitino o ne annullino l'autosufficienza personale e la capacità di apprendimento e lavorativa, promuovendo il loro inserimento e la loro integrazione sociale.

L'obiettivo va perseguito attraverso una strategia articolata, che coinvolge tutti i livelli del Servizio sanitario nazionale, fondata su:

- a) favorire il mantenimento o il reinserimento dei cittadini portatori di handicap, nel loro contesto abitativo e sociale, mediante servizi e prestazioni adeguate;
- b) attivare e potenziare i servizi, le prestazioni e i presidi socio-sanitari, al fine di:

favorire il massimo recupero funzionale possibile e contenere i processi di aggravamento;

promuovere iniziative utili ad assicurare l'esercizio del diritto all'istruzione, alla formazione e riqualificazione professionale, all'inserimento e reinserimento lavorativo e alla partecipazione alle attività operative nei limiti consentiti dalle forme di handicaps;

- c) migliorare la qualità della vita dei soggetti più gravi, favorendone i processi di socializzazione in ambienti non segreganti.
- 2. Gli interventi raccomandati in questo settore sono:
- a) da parte delle singole Regioni, la promozione di indagini miranti alla rilevazione demografica e territoriale dei cittadini portatori di *handicaps*;
- b) promuovere il coinvolgimento di tutti i settori aventi competenza nella programmazione e realizzazione di interventi in materia di istruzione, assistenza sociale, edilizia abitativa, urbanistica, trasporti, lavoro, cultura e tempo libero;
- c) provvedere all'espresso richiamo e al conseguente collegamento con le azioni raccomandate nei progetti-obiettivo, le quali abbiano rilevanza e comunque attinenza con

le azioni programmate in favore dei cittadini portatori di *handicaps*;

d) ad integrazione degli interventi di prevenzione già raccomandati per i progettiobiettivo, si segnalano come utili:

l'intervento di équipes polispecialistiche alla nascita del bambino e la sua assistenza almeno nella prima settimana di vita;

il controllo periodico delle funzioni neuromotorie, psichiche e sensorie del bambino, nonchè la verifica dell'aggiornamento della scheda sanitaria;

lo stimolo, attraverso l'educazione sanitaria e altre iniziative promozionali, del ricorso ai servizi preposti alla evidenziazione dei rischi genetici, nonchè l'uso dei vaccini non obbligatori che riducano o annullino il rischio di *handicaps*;

- e) provvedere alla istituzione o al potenziamento di servizi specialistici polivalenti ambulatoriali di riabilitazione nelle zone territoriali più carenti rispetto al fabbisogno rilevato;
- f) promuovere l'attivazione e la riorganizzazione dei servizi e degli interventi a favore degli handicappati psichici di cui alle leggi n. 180 del 1978 e n. 833 del 1978, articoli 34, 35 e 64, prevedendo:

l'attivazione dei servizi territoriali extraospedalieri di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, quale sede prioritaria di intervento:

il ricovero temporaneo nelle strutture ospedaliere per i casi di aggravamento, con l'obiettivo di contenere i ricoveri ospedalieri;

l'attivazione di forme differenziate di aiuto economico nonchè di soluzioni abitative singole o comunitarie a favore di soggetti parzialmente autosufficienti;

- g) accelerare i tempi di superamento delle istituzioni manicomiali, scorporando gli anziani e gli handicappati fisici e neurologici dal contesto psichiatrico;
- h) localizzare, negli ospedali di maggiore rilevanza a livello regionale o interregionale, nonchè in presìdi particolarmente qualificati individuati dalle Regioni, attività spe-

cifiche di cura e riabilitazione dei paraplegici attraverso la ristrutturazione dei servizi, anche secondo le procedure indicate al punto 11 del paragrafo F;

- i) favorire il mantenimento e il reinserimento degli handicappati adulti nel normale ambiente di vita;
- attivare il servizio di assistenza domiciliare anche in favore degli handicappati e delle loro famiglie in stato di necessità sociale e sanitaria;
- m) determinare standards di servizio qualitativi e quantitativi da rispettare da parte delle istituzioni che assistono e riabilitano gli handicappati e che operano con il finanziamento pubblico, diretto e convenzionato;
- n) effettuare controlli rigorosi e sistematici verso le istituzioni che accolgono le persone portatrici di *handicaps*;
- o) promuovere l'aggiornamento culturale di tutti coloro che, nell'ambito della propria professione, operano in contatto con i soggetti portatori di handicaps;
- p) avvalersi del volontariato valorizzandone e rafforzandone l'esperienza e la professionalità dimostratesi positive ed essenziali nell'assistenza socio-sanitaria ai cittadini portatori di handicaps;
- q) promuovere la sperimentazione di nuove modalità di inserimento dei cittadini portatori di *handicaps* in attività sociali a carattere ricreativo-culturale e favorire il superamento delle barriere architettoniche e ambientali;
- r) promuovere la sensibilizzazione della comunità ai problemi dei soggetti portatori di *handicaps* anche attraverso un uso razionale e corretto dei mezzi di informazione di massa.

E. 2. Intervento particolare per le tossicodipendenze

1. — La prevenzione delle tossicomanie e l'assistenza sanitaria ai tossicodipendenti viene assunta come impegno per contrastare il fenomeno dilagante della droga e quello

dell'alcolismo e del tabagismo, potenziando le iniziative in materia di prevenzione, cura e di recupero sociale dei tossicodipendenti, stimolando nello stesso tempo l'integrazione funzionale degli altri interventi pubblici e di volontariato in settori concomitanti, di tipo educativo, lavorativo, socio-assistenziale, ricreativo, nonchè dei mezzi di controllo e di repressione sulle attività illecite, al fine di programmare e mettere in atto un efficace progetto globale teso a contenere il grave fenomeno.

Tale obiettivo va perseguito attraverso una strategia articolata, che coinvolga tutti i livelli del Servizio sanitario nazionale, fondata sulle seguenti linee di azione:

- a) migliorare con opportune iniziative promozionali e con sistematiche verifiche di funzionamento il coordinamento intraregionale tra organismi impegnati sul fronte della lotta alle tossicomanie, ivi compresi l'alcolismo e il tabagismo, e al recupero sociale dei tossicodipendenti;
- b) estendere all'abuso di bevande alcoliche, di tabacco e di psicofarmaci, adeguate misure di prevenzione, cura e riabilitazione in analogia a quanto previsto per gli stati di tossicodipendenza da sostanze stupefacenti e psicotrope;
- c) rafforzare il controllo e la repressione della pubblicità per il tabacco e i prodotti da fumo e promuovere iniziative di informazione e di educazione per la prevenzione del tabagismo e dell'alcolismo;
- d) attuare gli interventi a favore dei tossicodipendenti, evitando sia di risolverli nell'alveo della psichiatria sia di affrontarli unicamente con approccio clinico-tossicologico senza tener conto delle complesse dinamiche psicologiche e sociali che sono all'origine dei comportamenti tossicomaniaci.
- 2. Gli interventi in questo settore sono: sono:
- a) definire, alla luce dei punti 4, 5 e 9 del paragrafo F, le più opportune forme di integrazione funzionale tra i servizi sociosanitari di base, i servizi specialistici territoriali e i servizi multizonali in relazione

- ai diversi livelli di intervento in favore dei tossicodipendenti, assegnando ai presidi ambulatoriali operanti nel territorio il ruolo centrale di riferimento per erogazione di prestazioni e per il coordinamento dell'attività dei servizi;
- b) garantire particolari e adeguate forme di assistenza alle gestanti tossico-dipendenti e alcoliste, incentivando forme di collaborazione tra i medici di famiglia e il personale ospedaliero e fornire misure ausiliarie di sostegno sotto l'aspetto sanitario, psicologico e sociale ai bambini nati da madri tossicodipendenti o alcoliste;
- c) rendere prescrivibili nel prontuario farmaceutico i farmaci impiegati per trattamenti sostitutivi di disassuefazione, prevedendo nello stesso tempo la determinazione dei tipi di prestazione da rendere ai tossico-dipendenti;
- d) stabilire, d'intesa con il Ministero di grazia e giustizia, norme e modalità di assistenza ai tossicodipendenti in stato di detenzione, con particolare riguardo a quelli di età minorile, a promuovere iniziative di sensibilizzazione e di verifica sul funzionamento dei servizi di diagnosi, cura e riabilitazione all'interno degli istituti di pena;
- e) promuovere o contribuire a promuovere in idonei settori della vita sociale iniziative, anche sperimentali, o volontarie per il reinserimento dei tossicodipendenti e degli alcolisti, privilegiando le attività associative, culturali, lavorative, ricreative e di espressione artistica, favorendo, altresì, il coinvolgimento in queste attività di ex-tossicodipendenti ed ex-alcolisti;
- f) promuovere il massimo coinvolgimento delle organizzazioni sindacali, delle associazioni sociali e degli organismi preposti al collocamento per l'inserimento di ex-tossico-dipendenti nel mondo del lavoro dipendente o autonomo privilegiando in questa direzione le iniziative riguardanti l'apprendistato artigiano, l'inserimento in agricoltura, la promozione delle attitudini espresse dai soggetti interessati, l'inserimento in altri settori di lavoro prevedendo forme articolate e transitorie di incentivazione a favore del datore di lavoro;

- g) promuovere ricerche, con affidamento di incarico a servizi qualificati e rappresentativi delle diverse situazioni sul territorio nazionale, sui programmi farmacologici sperimentali nonchè studi sulla efficacia dei diversi tipi di trattamento, i cui risultati possono sempre meglio orientare le ulteriori strategie di intervento;
- h) promuovere d'intesa con il Ministero della pubblica istruzione e con la collaborazione del dipartimento scuola-educazione della RAI-TV, la produzione e la pubblicazione di materiale didattico da destinare alla scuola e alla campagna di prevenzione delle tossicomanie, nonchè la produzione e la pubblicazione di materiale scientifico destinato alla formazione permanente degli operatori del settore;
- i) generalizzare l'uso di uno strumento unificato di rilevamento statistico, come ad esempio l'indicatore SMAD (Sistema Monitoraggio Abuso Droga) a tal fine predisposto dal CNR (Consiglio nazionale delle ricerche).

Alla rilevazione dei dati di sintesi nazionali si provvede nell'ambito del sistema informativo sanitario, con apposita rilevazione di scopo.

E.3. Intervento particolare per l'oncologia

1. — La lotta ai tumori e l'assistenza oncologica sono assunte come impegno di settore per contrastare, nel breve e medio termine, l'aumento della mortalità causata dai
tumori, per giungere a una diminuzione reale
di essa, nonchè per riorganizzare e potenziare
gli insufficienti servizi esistenti, privilegiando, nella prima fase, le regioni maggiormente carenti onde assicurare, anche a questo
riguardo, uniformità di prestazioni su tutto
il territorio nazionale.

L'obiettivo va perseguito attraverso una strategia articolata, che coinvolga tutti i livelli del Servizio sanitario nazionale, fondata su:

a) la prevenzione primaria delle malattie tumorali, intesa come interventi diretti ad individuare e ad eliminare i fattori causali o sospetti e ad accrescere il grado di conoscenza della popolazione riguardo ai tumori;

- b) la diagnosi precoce diretta a riconoscere tempestivamente focolai neoplastici occulti;
- c) il miglioramento qualitativo, il potenziamento quantitativo e l'adeguata distribuzione sul territorio nazionale dei servizi e dei mezzi di cura e di riabilitazione.
- 2. Gli interventi raccomandati in questo settore sono:
- a) l'attuazione di iniziative di carattere nazionale, regionale e locale di educazione sanitaria, da svolgere attraverso l'informazione televisiva, cicli di lezione nelle scuole dell'obbligo e ogni altra conveniente modalità, rivolte a:

combattere pregiudizi e interpretazioni culturali errate della malattia oncologica;

fornire corrette informazioni sulla natura e sui fattori che la favoriscono;

educare al controllo del proprio organismo;

mettere in luce gli effetti dannosi del fumo;

- b) ¹a attività di prevenzione primaria negli ambienti di vita e di lavoro per la prima attuazione di quanto previsto dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, (articoli 4, 20, 23, 24) e successivi decreti;
- c) la generalizzazione tendenziale a tutte le donne che hanno superato il 30° anno di età di *test* diagnostici per i tumori del collo dell'utero, almeno una volta ogni biennio, agendo contemporaneamente su due livelli:

attraverso campagne promozionali e l'azione di convincimento di tutte le strutture sanitarie verso le persone interessate;

attraverso la diffusione, a livello territoriale, di attività di prelievo e diagnosi citologica che devono essere garantite da servizi di particolare qualificazione e adeguatamente attrezzati per far fronte al corrispondente carico lavorativo;

d) la diffusione tra la popolazione femminile della pratica dell'autoesame periodi-

co della mammella, da propagandare ed insegnare con ogni possibile mezzo di educazione e di formazione di massa;

- e) l'effettuazione di studi « pilota » su popolazioni selezionate per il rischio;
- f) la promozione di strutture dipartimentali presso presidi ospedalieri o universitari in grado di svolgere adeguatamente attività integrate di cura e di ricerca oncologica e di formazione di personale specializzato;
- g) il potenziamento dei programmi di ricerca delle università e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico che svolgono ricerca oncologica e la attivazione di punti di valutazione dei risultati ottenuti, attraverso il controllo sistematico e continuo dei pazienti trattati, mediante i registri dei tumori o altre iniziative di analoga finalità;
- h) la raccolta sistematica di dati informativi necessari alla valutazione complessiva del fenomeno con modalità di rilevazione uniformi decise in sede centrale. Alla rilevazione dei dati di sintesi nazionale si provvede nell'ambito del sistema informativo sanitario, con apposita rilevazione di scopo.

E.4. Intervento particolare per la sanità veterinaria

1. — La salute degli animali e la sanità veterinaria sono assunte come intervento particolare in considerazione del fatto che gli animali costituiscono un rilevatore particolarmente sensibile degli squilibri biologici nella relazione ambiente-uomo-animali e un annunciatore precoce di alterazioni della stessa. Essi possono essere, altresì, causa diretta e vettore di trasferimento di malattie e di epidemie e causa indiretta, attraverso la trasformazione in alimenti, di infezioni, infestazioni, avvelenamenti e intossicazioni.

In termini economici, peraltro, la sanità, la salvaguardia e il miglioramento del patrimonio zootecnico e dei suoi derivati, considerati come fonte primaria dell'alimentazione umana, assumono un valore determinante per il nostro paese, specie nella presente congiuntura economica.

Tale impegno prioritario va perseguito attraverso una strategia articolata, che coinvolga tutti i livelli del Servizio sanitario nazionale, fondata su:

- a) la riorganizzazione e il potenziamento dei servizi di vigilanza veterinaria, all'uopo integrandovi con funzioni di presidio multizonali gli Istituti zooprofilattici sperimentali;
- b) la generalizzazione della vigilanza permanente sugli allevamenti zootecnici e di quelli intensivi in particolare, mirata a constatare segni di formazione di residui nocivi nei prodotti zootecnici destinati alla alimentazione umana;
- c) il potenziamento della ispezione veterinaria agli animali da macello, con miglioramento delle metodologie d'indagine e il ricorso generalizzato ad esami di laboratorio;
- d) lo svolgimento di iniziative diffuse di educazione sanitaria degli allevatori, delle popolazioni rurali e dei consumatori particolarmente riferite alla sanità e al benessere degli animali e alla nutrizione con alimenti di origine animale;
- e) la messa a punto di una diversa disciplina della sperimentazione su animali, nel rispetto della Carta dei diritti degli animali approvata dall'ONU;
- f) il potenziamento della ricerca veterinaria e della ricerca economica riguardante il settore veterinario e il trasferimento dei relativi risultati all'interno del Servizio sanitario nazionale.
- 2. Gli interventi raccomandati in questo settore sono:
- a) attuare la bonifica sanitaria degli allevamenti;
- b) dare corso alle campagne di profilassi obbligatoria contro l'afta epizootica, la peste suina, il carbonchio ematico e sintomatico, la brucellosi ovi-caprina, la rabbia, segnatamente quella silvestre e le mixomatosi;
- c) potenziare la lotta contro le mastiti bovine;

- d) attuare la profilassi delle malattie infettive coitali;
- e) accelerare i programmi d'intervento contro le zoonosi, e segnatamente contro l'idatidosi, le leptospirosi, le toxoplasmosi, la trichinosi silvestre e le salmonellosi;
- f) funzionalizzare la rete della macellazione, con riguardo anche a più sistematiche rilevazioni ed interventi sullo stato di salute dei lavoratori addetti, sul rischio di infortuni e sul rendimento igienico del funzionamento dei macelli, dei laboratori di sezionamento e dei laboratori di preparazione dei prodotti di origine animale e degli avanzi animali;
- g) svolgere indagini mirate e sistematiche sugli effetti derivanti dai mangimi e sulle attività svolte dalle industrie di produzione di integratori medicati e di farmaci;
- h) coordinare l'opera di vigilanza e di ispezione veterinaria svolta dalle USL e dal-la Regione con quella svolta dagli Uffici veterinari di frontiera;
- i) realizzare un programma di produzione farmaceutica, siero vaccinogena allergenica, di presìdi igienico-sanitari, in grado di regolare attraverso l'azione pubblica il mercato e i consumi della medicazione di massa animale a fini preventivi di tutela della salute pubblica;
- l) raccogliere sistematicamente i dati informativi con modalità di rilevazione uniformi decise in sede centrale. Alla rilevazione dei dati di sintesi nazionale si provvede nell'ambito del sistema informativo sanitario, con apposita rilevazione di scopo.
- F. L'ORGANIZZAZIONE FUNZIONALE DEI DISTRET-TI SANITARI, LA STRUTTURAZIONE ORGANICA DELLE USL E L'ADEGUAMENTO DELLE STRUT-TURE CENTRALI DEL SSN
- 1. Lo scopo fondamentale è quello di dotare il Servizio sanitario nazionale dello strumento operativo occorrente per l'assolvimento dei compiti istituzionali e, quindi, per l'attuazione dei programmi di merito.

- 2. In armonia con la legge 23 dicembre 1978, n. 833:
- a) il « livello territoriale regionale » viene considerato come 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 relativamente alla razionale utilizzazione funzionale e territoriale del personale;
- b) il « livello territoriale dell'unità sanitaria locale », viene considerato come livello specifico della gestione politico-amministrativa e della integrazione organica di tutti i presìdi 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) il « livello territoriale del distretto sanitario » viene considerato come livello ottimale, non istituzionale, per la integrazione funzionale delle attività destinate agli interventi di base e come sede propria della partecipazione degli utenti e degli operatori alla gestione sociale dei servizi e alla verifica democratica del loro funzionamento.
- 3. L'autonomia organizzativa propria delle Regioni e la opportunità di adeguare le soluzioni organizzative alla specificità delle realtà locali non consentono la definizione di un modello dei servizi rigido, da valere per tutte le situazioni.

Lo stesso principio vale anche all'interno delle singole regioni, dove in presenza di realtà estremamente diversificate (zone metropolitane, zone turistiche ad elevata escursione di popolazione, zone montane e relativo isolamento, eccetera) può essere conveniente provvedere e sperimentare modelli differenziati di USL.

Vi sono, tuttavia, dei principi 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 principi 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 cura e di riabilitazione.

- 4. Per quanto riguarda il livello distrettuale, vanno tenuti presenti i seguenti indirizzi generali:
- a) nella globalità degli interventi di base sono da utilizzare sia il personale 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) le convenzioni uniche rappresentano lo strumento per realizzare, attraverso la contrattazione sindacale, il pieno inserimento dei medici liberi professionisti nella strategia della riforma sanitaria, in accordo con le indicazioni del piano sanitario nazionale;
- c) va favorita la riconsiderazione del ruolo dei sanitari convenzionati, indispensabile alla erogazione delle prestazioni di base, assicurando modalità più qualificate di svolgimento della attività professionale degli stessi, nell'interesse del servizio.

Inoltre va preso atto che tale personale esplica un ruolo decisivo anche in relazione alla spesa sanitaria, per cui il suo preciso coinvolgimento nel processo di gestione dell'attività sanitaria è indispensabile per realizzare l'effettivo governo e il controllo della spesa stessa;

d) è riservata alla pattuizione convenzionale la predisposizione di norme tendenti a definire la disponibilità di tempo per il servizio, il regime delle limitazioni, le condizioni economiche e le modalità di svolgimento dell'attività professionale, finalizzate alla qualificazione delle prestazioni sanitarie e alla corresponsabilizzazione dei medici verso gli effetti economici indotti.

L'applicazione delle convenzioni uniche deve inoltre consentire una più equilibrata e capillare distribuzione del personale sanitario sul territorio.

La verifica di coerenza tra le norme convenzionali e le indicazioni del piano sanitario nazionale deve riguardare le seguenti esigenze, strettamente funzionali alla strategia del piano:

la partecipazione dei medici ad attività di aggiornamento e di riqualificazione professionale;

lo svolgimento da parte degli stessi di attività di prevenzione e di educazione sanitaria:

la promozione della pratica del lavoro di gruppo:

l'effettuazione di prestazioni al domicilio dei malati, quando questi non sono in condizione di recarsi in ambulatorio;

la partecipazione dei medici di base a momenti di consultazione con gli specialisti dei servizi ambulatoriali quando lo richiedono necessità diagnostiche e curative particolari;

la disponibilità a collaborare con i medici ospedalieri durante la degenza dei propri pazienti;

lo svolgimento di attività di pronto intervento nelle località sprovviste di servizi di guardia medica, con le modalità fissate dalle convenzioni;

la compilazione dei certificati di malattia per le esigenze di controllo sulle assenze dal lavoro;

la collaborazione con i servizi pubblici territoriali per lo svolgimento di attività a favore della collettività;

l'impegno a fornire al sistema informativo sanitario notizie e dati su fenomeni di particolare rilievo epidemiologico o amministrativo a prescindere dagli obblighi di denuncia nei casi previsti dalla legge;

l'effettivo possesso di servizi accessori che, oltre a costituire fattore di produzione del reddito valutabile in sede di determinazione del compenso capitario, costituiscono un servizio reso agli assistiti;

e) per quanto concerne più specificamente gli impegni di corresponsabilizzazione verso gli effetti economici indotti, le verifiche debbono riguardare le seguenti altre esigenze, anch'esse strettamente correlate alla strategia di piano:

che siano idonee a pervenire al contenimento entro limiti reali — da definire in via d'accordo mediante profili di rispondenza, protocolli d'intesa e altre modalità analoghe — delle prescrizioni farmaceutiche, delle analisi di laboratorio, degli accertamenti radiologici e strumentali, dei ricoveri ospedalieri e delle prestazioni integrative, atteso che è acquisita la esistenza in questi campi di aree di consumo eccessive;

che sia affermata la partecipazione dei medici a organismi misti di verifica del rispetto degli impegni in questione e della salvaguardia contrattuale della qualità dei servizi;

che sia incentivata la partecipazione dei medici di famiglia a riunioni di servizio dedicate all'analisi delle risultanze statistiche, alla ricerca delle cause di eventuali disapplicazioni e di misure per il miglioramento costante del servizio nel rispetto dell'economicità dei costi;

che sia incentivata la partecipazione di rappresentanze dei medici di base, nelle sedi tecniche di programmazione, alla progettazione dei servizi sanitari, in forme sempre più razionali, economiche e funzionali alle necessità reali e non fittizie della popolazione:

che si approfondiscano gli studi sulle correlazioni tra la forma e l'entità dei compensi e le variazioni di flusso dei costi indotti:

- f) a questo livello va favorita nel massimo grado la residenzialità degli operatori sanitari:
- g) parimenti vanno favoriti il lavoro di gruppo e il lavoro interdisciplinare, propiziando la più diffusa presenza nel territo-

rio, anche ad accesso, di essenziali funzioni specialistiche quali l'odontoiatria, l'ostetricia e ginecologia, la psichiatria;

- h) i suddetti indirizzi generali, in quanto applicabili, si estendono alle convenzioni per farmacisti, biologi ed altri operatori sanitari;
- *i*) va favorito e sostenuto inoltre nei suoi aspetti organizzativi il volontariato.

Viene attribuito particolare interesse all'apporto del volontariato, sia nella forma dell'attività integrativa a quella dei servizi, sia nella forma della donazione di sangue e di organi.

Nella strategia della riforma sanitaria il volontariato è importante perchè realizza nei fatti il pluralismo nelle istituzioni; rappresenta un momento di partecipazione attiva della società ai problemi della tutela della salute, che può risultare particolarmente significativo per il mondo giovanile, femminile e per gli anziani autosufficienti; costituisce una possibilità aggiuntiva di servizio.

- 5. Nell'organizzare l'area dei servizi specialistici 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 utilizzare al massimo le 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 interventi di tipo preventivo;
- e) ripensare la struttura del poliambulatorio nella logica del nuovo sistema sani-

tario, per farne un Centro sanitario polivalente, alternativo al ricovero ospedaliero.

Presso detto Centro sono da prevedere, in una prospettiva di progressive integrazioni:

i servizi specialistici, anche ai fini di prevenzione;

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.

Le funzioni riguardanti la guardia medica, il servizio infermieristico, le attività consultoriali, la partecipazione sociale e il lavoro di gruppo dei medici di base, possono essere organizzate e svolte in modo più decentrato, in rapporto alle caratteristiche del territorio servito e alla distribuzione dei centri sanitari polivalenti;

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.

Le convenzioni uniche con gli specialisti poliambulatoriali e con i biologi rappresentano lo strumento per realizzare, attraverso la contrattazione sindacale, il coinvolgimento di queste categorie e per pattuire norme di comportamento e forme di compenso rispondente ai criteri generali illustrati al precedente numero 4.

La verifica di coerenza tra le norme convenzionali e le indicazioni di piano deve riguardare, a questo proposito, le esigenze strettamente funzionali alla strategia di piano indicate nei punti che seguono.

5.1. — La riorganizzazione dell'attività specialistica poliambulatoriale impegnata su tre diversi filoni di attività:

la partecipazione ai compiti di prevenzione e di riabilitazione, da considerare impegno unitario e globale dei servizi territoriali;

lo svolgimento dei compiti integrativi dell'assistenza generale di base;

lo svolgimento di compiti alternativi all'assistenza di ricovero ospedaliero.

In particolare, per quanto riguarda i compiti di prevenzione e di riabilitazione, la verifica deve riguardare le modalità di coinvolgimento dei poliambulatori nei seguenti campi:

tutela della maternità potenziale e in atto;

benessere psico-fisico del bambino, dalla nascita all'età prescolare;

interventi di educazione sanitaria, di correzione e di riabilitazione dei bambini in età scolare:

controlli periodici dei lavoratori e individuazione di situazioni a rischio;

interventi preventivi di controllo e di riabilitazione nei confronti dei soggetti che praticano attività sportiva, sia in senso dilettantistico che agonistico;

riabilitazione degli anziani e degli handicappati fisici, sia ambulatoriamente che a domicilio.

Per quanto riguarda i compiti integrativi dell'assistenza generale di base, il poliambulatorio deve configurarsi come una struttura integrata interdisciplinare, alla quale il medico di famiglia può rivolgersi per avere dallo specialista un supporto di consulenza.

Per quanto riguarda i compiti alternativi dell'assistenza ospedaliera, la verifica deve riguardare il coinvolgimento dei poliambulatori nei seguenti campi:

la risoluzione diagnostico-curativa di tutta la patologia minore;

la realizzazione di programmi di preospedalizzazione per i casi non urgenti e prenotabili;

l'attuazione di programmi di dimissione protetta, proseguendo presso il poliambulatorio i trattamenti terapeutici iniziati in costanza di ricovero;

l'esecuzione di interventi di piccola chirurgia o di traumatologia minore;

l'effettuazione di attività riabilitativa; l'attività di « ospedale diurno ».

- 5. 2. La programmazione dell'attività dei presidi poliambulatoriali, al fine di consentire il pieno utilizzo degli impianti, anche con più turni giornalieri di lavoro e la concentrazione in un solo presidio delle ore di servizio prestate da specialisti presso più strutture poliambulatoriali.
- 5.3. La riduzione del tempo di risposta ai quesiti diagnostici posti dai medici di famiglia.
- 5.4. L'aumento del numero delle persone servite dalle strutture pubbliche per la maggiore attività e competitività delle stesse rispetto alle strutture private.
- 5.5. La realizzazione di forme di prenotazione, anche oraria, per evitare le attese e gli affollamenti nei poliambulatori.
- 5.6. Il potenziamento e la diffusione territoriale degli ambulatori odontoiatrici, sia per scopi di prevenzione e di diagnosi precoce delle carie dentarie e delle malformazioni, sia per localizzarvi servizi di ortodonzia e di protesi, in modo da realizzare una adeguata presenza pubblica nel settore.
- 5.7. Il coinvolgimento degli specialisti ambulatoriali in attività di prevenzione e di educazione sanitaria, anche proiettata all'interno del poliambulatorio.
- 5.8. Il coinvolgimento degli specialisti ambulatoriali, dei biologi e dei farmacisti in attività formativa di riqualificazione e di aggiornamento professionale.

- 5.9. Il coinvolgimento degli specialisti ambulatoriali, dei biologi e dei farmacisti in attività di servizio di tipo statistico, di esame e di discussione delle risultanze sull'attività del presidio e sui costi indotti.
- 5. 10. La partecipazione alle attività poliambulatoriali dei medici e dei biologi ospedalieri dipendenti dalle Unità sanitarie locali, in conformità a quanto sarà stabilito nella programmazione delle attività poliambulatoriali delle Regioni o delle Unità sanitarie locali.
- 5. 11. L'approfondimento di studi sulle correlazioni tra l'entità dei compensi, il totale delle ore da destinare alle attività sopra descritte e le variazioni di flusso dei costi indotti.

Anche in questo caso, il costo della convenzione specialistica ambulatoriale non costituisce una variabile indipendente, ma una componente del calcolo complessivo, che tiene conto anche degli effetti della corresponsabilizzazione sopra precisata sulle altre poste di spesa.

- 6. 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.
- 7. 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 presenti al riguardo sono:

- a) 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;
- b) riqualificare la funzione ospedaliera restituendola ai compiti specifici dell'assistenza sanitaria agli ammalati acuti in regi-

me 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 che garantiscano livelli di qualità sia nel caso di ricovero che di ricorso alle strutture ambulatoriali.

- 8. Applicando tali principi, il problema della dotazione di posti-letto va affrontato in stretta correlazione con lo sviluppo qualitativo dei servizi specialistici poliambulatoriali e di medicina di base, tenendo presenti le seguenti indicazioni:
- a) la dotazione posti-letto/abitanti va stabilita, anche in base ai servizi specialistici ed ospedalieri esistenti o programmati nel triennio, nonchè alla morbilità, al tasso di spedalizzazione e ad ogni altro fattore specifico della zona e alle esigenze didattiche della facoltà di medicina:
- b) l'obiettivo del primo piano sanitario nazionale è di realizzare, nelle regioni meno dotate di strutture ospedaliere, una situazione integrata del tipo precedentemente descritto con una dotazione minima di sei posti-letto per acuti per 1.000 abitanti, tenendo nel dovuto conto anche i residenti stagionali e quelli temporanei per ragioni di lavoro e di studio;
- c) tale valutazione deve essere condotta a livello regionale o per vaste aree territoriali e non per singole Unità sanitarie locali, tenuto conto della dotazione di posti-letto delle strutture a gestione diretta e di quelle convenzionate ai sensi degli articoli 40, 41, 42 e 43, secondo comma, della legge n. 833 del 1978, nonchè dei posti-letto delle istituzioni sanitarie private convenzionate o che, avendone titolo, abbiano chiesto il convenzionamento sulla base delle leggi vigenti;
- d) nelle regioni dove la dotazione di posti-letto è inferiore a quella indicata al punto precedente, 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 delle relative progettazioni esecutive;

- e) nelle regioni dove la dotazione di posti-letto è superiore di un terzo a quella innanzi indicata, si deve procedere con gradualità alla riconversione di parte dei presidi ospedalieri in altre strutture sanitarie, secondo modalità e opportunità da definire nei piani regionali;
- f) in tutte le regioni, inoltre, è da perseguire l'obiettivo del riequilibrio intraregionale della distribuzione dei presìdi e delle attività ospedaliere.

Pertanto, in sede di programmazione regionale va definita una sufficiente distribuzione delle funzioni ospedaliere di base, ed una concentrazione equilibrata delle funzioni specialistiche di medio od alto livello;

- g) le operazioni di riequilibrio possono essere finanziate sia con le risorse del Fondo sanitario nazionale, relativamente alla parte in conto capitale; sia con finanziamenti di altre amministrazioni centrali in un quadro di coordinamento intersettoriale; sia con alienazioni patrimoniali da autorizzare nelle forme previste dalle leggi regionali;
- h) il finanziamento per tutte le opere edilizie è accordato su base pluriennale, in modo da consentire l'appalto delle opere intere o quanto meno di consistenti stralci funzionali.

Ad evitare la formazione di residui passivi, le somme sono rese disponibili solo all'atto della loro spendibilità effettiva;

- i) adeguate iniziative dovranno essere assunte per specificare le procedure amministrative che costituiscono, al presente, la causa dei ritardi nel compimento dei programmi di costruzione;
- l) lo Stato coadiuva le Regioni specie quelle che presentano maggiori difficoltà nella realizzazione concreta dei programmi edilizi, con ogni possibile opera di consulenza, di intervento per rimuovere ostacoli procedurali o per accelerare le fasi di controllo da parte degli organi statali.
- 9. In tutte le Regioni, a prescindere dalla dotazione di posti-letto, in connessione con la riorganizzazione integrata dei servizi, deve essere attivato un processo di riqualifi-

cazione interna dei presidi ospedalieri, che tenga conto dei seguenti indirizzi generali:

- a) 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 utilizzando, altresì, il personale ospedaliero, specie a tempo pieno, in attività territoriali a supporto dei servizi di base;
- b) l'eliminazione degli ostacoli organizzativi, 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;
- c) 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;
- d) la promozione di iniziative nel settore amministrativo-gestionale tendenti a realizzare risparmi;
- e) i risultati tendenziali da conseguire al termine del triennio, come effetto di tale processo di riqualificazione, sono:

tasso di occupazione dei posti-letto: 85 per cento;

durata media delle degenze: giorni 9; frequenza di ricovero: 14 per cento.

La riqualificazione interna dei presidi ospedalieri e dei servizi ambulatoriali di base e specialistici o dei presidi extraospedalieri, convenzionati con le università ai sensi dell'articolo 9 della legge n. 833 del 1978, per le esigenze di didattica e di ricerca, deve essere adottata di concerto fra università e Regione nel rispetto delle esigenze dell'organizzazione didattica e di ricerca proprie della funzione universitaria e della correlata assistenza sanitaria.

- 10. In materia di « servizi multizonali » sono da tenere presenti i seguenti princìpi di carattere generale:
- a) la definizione dei servizi multizonali deve essere basata:

sull'ampiezza e caratteristiche geografiche del bacino di utenza;

sulla specializzazione della prestazione erogata e sulla sua frequenza;

sulla consistenza e peculiarità dei rischi lavorativi nei casi delle funzioni multizonali d'igiene e medicina del lavoro;

- b) la sfera di attività dei laboratori di sanità pubblica è costituita dall'ambiente esterno e ha per fine il concorso all'attuazione degli interventi di prevenzione primaria;
- c) la sfera di attività dei laboratori d'igiene e medicina del lavoro con funzione multizonale è riferita all'ambiente di lavoro e ai laboratori per i controlli specifici mirati all'individuazione del rischio;
- d) nei laboratori di sanità pubblica non debbono essere eseguite analisi chimico-cliniche in campo umano a fini diagnostici.

Nei laboratori d'igiene e medicina del lavoro sono eseguite analisi cliniche in campo umano esclusivamente per i controlli specifici mirati all'individuazione del rischio lavorativo:

- e) ad ogni laboratorio può essere affidato l'incarico di dedicarsi ad un particolare settore di attività per tutto l'ambito regionale, mentre per le funzioni ordinarie ogni laboratorio provvede per l'ambito territoriale multizonale di competenza;
- f) ai laboratori di sanità pubblica e di igiene e medicina del lavoro 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 adottati dal Ministero della sanità, sentiti gli organi competenti;
- g) i laboratori di sanità pubblica e di igiene e medicina del lavoro debbono partecipare ai programmi di formazione e di ag-

giornamento del personale del Servizio sanitario nazionale ed ai programmi di educazione sanitaria;

- h) le funzioni multizonali specialistiche in materia di controlli sanitari sulle sostanze radioattive e, comunque, pericolose e quella relativa ai piani di emergenza nucleari saranno ampliate sulla base di indirizzi unitari che dovranno essere definiti a livello centrale con il concorso delle Regioni.
- 11. Nel quadro dei servizi multizonali, una particolare attenzione va riservata alle attività di rilievo interregionale.

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 principi di carattere generale:

- a) è riservata al Ministero della sanità, d'intesa con le Regioni, sentito il Consiglio sanitario nazionale, la definizione tipologica degli standards qualitativi e 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 delle derivate programmazioni regionali nel rispetto degli standards e dei limiti di soglia definiti — l'impianto di nuovi presìdi o servizi e il potenziamento di quelli già istituiti. Per gli aspetti delle programmazioni regionali va data puntuale attuazione agli articoli 11 e 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, che prevedono la partecipazione delle università al processo programmatorio ed in particolare l'intesa fra Regioni ed università per l'istituzione di nuove divisioni, sezioni e servizi per sopravvenute esigenze didattiche

e di ricerca, nonchè per la ristrutturazione di quelli esistenti, che comportino nuovi oneri a carico delle Regioni;

c) per il triennio 1982-1984 il Ministero della sanità, d'intesa con le Regioni, sentito il Consiglio sanitario nazionale, definisce entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della legge a cui il presente allegato è annesso le funzioni multizonali da considerare di rilievo interregionale e stabilisce i requisiti tipologici delle eventuali strutture relative, gli standards qualitativi e quantitativi dei servizi e la soglia minima di utenza. Il Ministero della sanità, sulla base degli accordi intervenuti al riguardo in sede centrale, propone al CIPE la distribuzione delle risorse in conto capitale e di quelle aggiuntive per le spese correnti, destinate al potenziamento dei presidi o servizi esistenti, all'attivazione di nuovi servizi e all'eventuale costruzione di nuovi presidi multizonali a rilievo interregionale, indicandone la localizzazione.

Le Regioni destinatarie utilizzano tali risorse nell'ambito della propria programmazione regionale, con vincolo di destinazione e con obbligo di rendicontazione evidenziata.

Analogamente si procede, con intese allargate al Ministero della pubblica istruzione, per le strutture universitarie convenzionate che svolgono funzioni multizonali a rilievo interregionale;

- d) nella prima applicazione dovranno essere affrontati i problemi relativi all'istituzione e organizzazione dei servizi di cardiochirurgia, di prevenzione delle nefropatie e di trapianto renale;
- e) agli Istituti zooprofilattici sperimentali interregionali che hanno conservato, la propria esistenza giuridica anche dopo la istituzione del Servizio sanitario nazionale, che costituiscono strutture integrate funzionalmente nel Servizio sanitario nazionale, e come tali da considerare in sede di programmazione regionale si provvede con finanziamento da parte dell'Amministrazione centrale, nel quadro delle disposizioni di cui alla legge 23 dicembre 1975, n. 745.

La ripartizione della somma globalmente stanziata viene effettuata su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanita-

rio nazionale. Nei bilanci dei Ministeri del tesoro e del bilancio e della programmazione economica dovrà farsi luogo alle opportune previsioni di spesa;

- f) è riservata a meccanismi di compensazione, operanti tra Regioni a livello di Fondo sanitario nazionale, la soluzione dei relativi problemi gestionali per la parte della spesa corrente relativa ai presidi multizonali a rilievo interregionale.
- 12. Fra gli interventi da compiere per l'attuazione di questo programma d'azione figurano:
- a) il riordinamento del Ministero della sanità, ai sensi dell'articolo 59 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in modo da sperimentare d'intesa con il Ministro della funzione pubblica, nel quadro dei compiti di coordinamento della Presidenza del Consiglio i principi generali della riforma della Pubblica amministrazione;
- b) la completa riorganizzazione dell'Istituto superiore di sanità attraverso la ristrutturazione del numero e della competenza dei laboratori scientifici;
- c) il potenziamento della struttura di supporto del Consiglio sanitario nazionale;
- d) la definizione della collocazione funzionale organica dei nuclei antisofisticazioni e antidroga dell'Arma dei carabinieri all'interno del Ministero della sanità;
- e) la ristrutturazione del bilancio del Ministero della sanità anche mediante l'istituzione di nuove rubriche, la riorganizzazione dei capitoli e l'adeguamento degli stanziamenti, per rendere il bilancio stesso fuzionale all'impostazione « per programmi » adottata dall'esercizio 1981 e per assicurare la coerenza tra le indicazioni quantitative di spesa e l'entità e la qualità dei programmi da svolgere.

G. LA PREDISPOSIZIONE DEI SERVIZI SANITARI CONCERNENTI LA PROTEZIONE CIVILE

Entro un anno dall'entrata in vigore della legge a cui il presente allegato è annesso, il Ministro della sanità, sentito il CNS, elabora proposte concrete per le misure urgenti d'intervento automatico nel settore sanitario in caso di calamità nazionali o di gravi disastri, da ricomprendere nei piani della protezione civile.

Tali proposte, partendo dall'individuazione dei servizi socio-sanitari da istituire o potenziare in previsione di gravi calamità, dovranno indicare programmi operativi di pronto intervento del SSN nella sua articolazione a livello centrale, regionale e di Unità sanitaria locale, dando puntuali riferimenti sulle rispettive spese di attribuzione, con connessi poteri e responsabilità.

Più specificamente, dovranno essere previsti:

il coinvolgimento delle popolazioni sinistrate nelle operazioni di emergenza;

il pieno e immediato utilizzo delle eventuali strutture socio-sanitarie ancora agibili nelle zone disastrate;

le modalità per il ripristino di emergenza delle strutture compromesse dall'evento disastroso ed indispensabili alle operazioni di immediato interesse;

il coordinamento logistico ed operativo delle risorse e degli strumenti disponibili in situazioni normali, con possibilità di pronto adattamento al manifestarsi e all'evolversi degli eventi calamitosi, nelle varie loro localizzazioni e per le immediate necessità;

gli ulteriori interventi di ricostruzione e riattamento delle strutture sanitarie eventualmente rimaste compromesse dagli eventi calamitosi.

H. L'INTEGRAZIONE FUNZIONALE DELLE ATTIVI-TÀ SOCIALI A SPECIFICO RILIEVO SANITARIO

1. — L'integrazione funzionale delle attività sociali a specifico rilievo sanitario è diretta a favorire un approccio globale ai problemi della tutela della salute che sono strettamente correlati a fattori sociali, consentendo che le USL, in presenza di una attribuzione di funzioni sociali da parte delle amministrazioni comunali, possano utilizzare, con le dovute garanzie, in maniera fungibile e alternativa, sia le risorse sociali all'uopo assegna-

te dai comuni sia una eventuale quota predeterminata del Fondo sanitario, non superiore al 3 per cento delle spese correnti a destinazione non vincolata, secondo impieghi variabili da decidere nei singoli casi in base a valutazioni di convenienza e di opportunità.

Le garanzie sono fornite dalla predeterminazione delle aree di intervento in cui è consentito l'uso promiscuo e alternativo delle risorse sociali e sanitarie.

2. — Ferma restando la rigorosa distinzione tra risorse finanziarie destinate a scopi sociali e risorse del FSN, gli obiettivi da conseguire nel triennio sono:

il miglioramento qualitativo dell'assistenza fornita dalle Unità sanitarie locali mediante l'attivazione di iniziative di servizio sociale strettamente correlate alle attività sanitarie, con funzioni integrative, sussidiarie o alternative;

la messa a punto dei modelli di valutazione delle diverse soluzioni possibili a maggiore o minore valenza sociale rispetto alle ordinarie soluzioni sanitarie, adottabili nei singoli casi di specie;

il conseguimento di economie nella spesa sanitaria a fronte dell'accresciuto impegno in direzione dei servizi sociali;

la sperimentazione di modelli organizzativi di servizi a carattere socio-sanitario.

- 3. I settori di intervento da privilegiare per il conseguimento degli obiettivi indicati al punto precedente sono:
- a) quello materno-infantile, in cui i fattori socio-ambientali possono procurare danni all'embrione ed al feto anche in epoca antecedente il concepimento;
 - b) quello degli handicappati.

L'intervento sociale al riguardo deve essere incentrato essenzialmente:

sul problema dell'inserimento dell'handicappato nell'ambiente sociale;

sul problema di offrire alla famiglia un sostegno teso a dare conforto e a stabilire

un tramite capace di facilitare la relazione famiglia-handicappato e handicappato-comunità:

c) quello degli anziani.

Gli interventi sociali devono tendere a:

evitare l'emarginazione in strutture chiuse, quali le case di riposo o gli ospedali;

superare la particolare situazione psicologica legata al senso di inutilità che l'anziano prova;

- d) quello dei tossicodipendenti, in cui l'intervento sociale deve esplicarsi verso i soggetti a rischio o in trattamento, favorendo il rafforzamento delle motivazioni interiori di distacco dal fattore di dipendenza e le condizioni per il recupero e il reinserimento sociale e nei riguardi dei familiari con l'intento di realizzare un adattamento quanto più possibile positivo alla situazione creatasi;
- e) quello delle malattie mentali, per la realizzazione di soluzioni familiari e di servizi aperti territoriali alternativi al ricovero in istituzioni, ai sensi dell'articolo 34, terzo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833.
- I. LA FORMAZIONE E L'AGGIORNAMENTO PROFES-SIONALE DEL PERSONALE

1. — Lo scopo del programma « formazione e aggiornamento professionale 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 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 con i competenti ministeri le iniziative necessarie per il personale la cui formazione è compito di altre amministrazioni pubbliche.

- 2. Gli obiettivi specifici da raggiungere nel triennio sono:
- a) iniziative legislative, riguardanti la formazione, l'aggiornamento, la specializzazione e la riqualificazione degli infermieri e tecnici sanitari non laureati o diplomati universitari, con le quali rideterminare i profili infermieristici e tecnici, prevedendo un numero limitato di figure strettamente funzionali alle nuove esigenze del Servizio sanitario nazionale.

Tali iniziative legislative devono:

fissare i principi generali di organizzazione delle scuole e dei corsi per infermieri e per tecnici sanitari il cui processo formativo è di competenza del Servizio sanitario nazionale;

definire con maggiore precisione i limiti delle reciproche competenze dell'Amministrazione centrale e delle Regioni in materia di formazione professionale, con particolare riferimento agli aspetti che influiscono sul valore internazionale del titolo professionale e che sono suscettibili di incidere sulla libera circolazione del personale sanitario nella CEE;

uniformare i requisiti, i criteri e le modalità di ammissione ai corsi e stabilire per ciascun tipo di corso, nel rispetto delle direttive CEE, la durata, le materie di studio, le relative ore di insegnamento teorico e pratico, le modalità di tirocinio pratico e di passaggio tra i vari anni di corso, nonchè le modalità di esame di Stato per il conseguimento del titolo abilitante all'esercizio dell'attività professionale;

revisionare la regolamentazione giuridica dell'esercizio delle attività professionali sanitarie infermieristiche e sanitarie tecniche per adeguarle alle mutate esigenze dell'ordinamento sanitario italiano, coordinandole con le direttive CEE:

b) un 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;

- c) una migliore distribuzione territoriale del personale sanitario per rispondere in maniera più uniforme, sia in termini di qualificazioni professionali che di numero di operatori, ai bisogni di tutela della salute della popolazione in ogni parte del Paese;
- d) la generalizzazione di iniziative di aggiornamento permanente per tutti gli operatori del Servizio sanitario nazionale, finalizzate al miglioramento delle professionalità.
- 3. Gli interventi da effettuare per l'attuazione di questo programma d'azione sono:
- a) 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:
- b) la programmazione del fabbisogno di operatori da parte delle Regioni, 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 in relazione allo sviluppo dei servizi, previsto nel triennio;
- c) l'assunzione di iniziative riguardanti gli operatori medici, odontoiatri, biologi e farmacisti per l'introduzione del numero programmato degli accessi ai corsi e l'istituzione di diplomi universitari che consentano sbocchi professionali di tipo tecnico in alternativa alla laurea;
- d) la correzione delle disfunzioni didattiche ed il rinnovamento metodologico e strutturale del curriculum degli studi a rilievo sanitario attraverso la sperimentazione didattica prevista dal decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1960, n. 382, nonchè la promozione di iniziative per formare una nuova figura professionale di « medico generale » idoneo a soddisfare le esigenze del Servizio sanitario nazionale;
- e) l'attuazione delle norme comunitarie in materia di scuole di specializzazione, che prevedono la frequenza a tempo pieno, la

responsabilità nei servizi di reparto e la remunerazione;

- f) la promozione della stipula delle convenzioni previste dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, al fine di realizzare un efficiente collegamento nell'ambito regionale fra strutture di formazione e strutture di intervento sanitario, mettendo a disposizione, per la formazione di base del personale sanitario laureato e diplomato, le 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 23 dicembre 1978, 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 e associando all'attuazione di questo programma anche il personale delle strutture convenzionate;
- h) lo svolgimento di sistematiche iniziative di aggiornamento permanente in collegamento con gli ordini professionali, a ciò tenuti dalle proprie leggi istitutive, e con le organizzazioni sindacali dei lavoratori per il personale dipendente in base a quanto dispone il decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761;
- i) lo svolgimento, in collegamento con le università, di iniziative per l'aggiornamento professionale e didattico dei docenti, medici e non medici, da utilizzare nelle varie attività di formazione che costituiscono l'oggetto della presente azione programmatica, secondo gli indirizzi che saranno all'uopo forniti dal Ministero della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

Per il raggiungimento dei suddetti obiettivi, sono da tener presenti i seguenti parametri:

almeno un corso per infermieri professionali per 100.000 abitanti nel 1982; uno ogni 80.000 nel 1984;

almeno un corso per terapista della riabilitazione per un milione di abitanti, tenuto conto anche dei corsi universitari esistenti.

Le Regioni determinano il numero dei posti nelle scuole per i diversi operatori, tenuto conto delle valutazioni espresse dalle Unità sanitarie locali, della eventuale carenza nelle piante organiche per gli infermieri e per le altre figure professionali, della valutazione della disponibilità di operatori aventi titolo sul mercato del lavoro, del calcolo del turn-over degli operatori mediamente registrato nei presìdi sanitari delle Unità sanitarie locali negli ultimi tre anni e del calcolo della mortalità scolastica nei corsi per le diverse figure professionali registrato mediamente nella regione negli ultimi tre anni.

4. — Nell'ambito del programma di azione destinato alla formazione del personale va emanato un programma speciale, di natura prioritaria, per l'aggiornamento e la riqualificazione straordinaria di tipo manageriale dei quadri dirigenti delle USL e dei maggiori presìdi sanitari.

L'impegno riguarda le diverse migliaia di funzionari, amministrativi e sanitari, che sono preposti alle direzioni ed ai servizi delle USL e ai presidi sanitari.

L'ampiezza dell'impegno e l'urgenza di farvi fronte rendono necessaria l'adozione di un programma che coinvolga contemporaneamente e simultaneamente l'Amministrazione centrale, le amministrazioni regionali, le università e le istituzioni culturali che già sono impegnate in attività di formazione manageriale di quadri dirigenti. Data l'articolazione dell'iniziativa, è necessario realizzare modalità unitarie di coordinamento, per garantire l'uniformità del tipo di preparazione e l'aderenza ai problemi concreti della riforma sanitaria.

Pertanto:

a) nell'ambito dei programmi di attività prevista dai bilanci del Ministero della sanità per il 1982 ed il 1983 vengono assegnate risorse particolari da destinare alla « forma-

zione manageriale dei quadri direttivi delle USL »;

- b) viene affidata all'Amministrazione centrale del SSN il compito di assumere iniziative per definire le possibili metodologie di svolgimento dei corsi, i contenuti generali dei corsi stessi, le possibili modalità per la « formazione dei formatori » e per il loro aggiornamento permanente. A tale scopo il Ministero può avvalersi anche di consulenze esterne;
- c) al Ministero viene, altresì, affidato l'incarico di organizzare, d'intesa con le Regioni, corsi di formazione manageriale riservati ai funzionari regionali preposti ai servizi economico-finanziari, di programmazione economica e di programmazione sanitaria e ai funzionari centrali e di altre amministrazioni, che hanno con i predetti funzionari regionali relazioni dirette di servizio.

A tali attività congiunte di formazione manageriale sul lavoro sono associati i funzionari del Ministero della sanità che svolgono compiti analoghi all'interno della struttura ministeriale per le esigenze amministrative proprie di quest'ultima;

- d) resta affidata all'Amministrazione centrale del SSN la verifica globale dell'attuazione del programma straordinario e al riguardo il Ministro riferisce semestralmente al Consiglio sanitario nazionale e al Parlamento con relazione scritta;
- e) l'attuazione concreta dei corsi è rimessa all'iniziativa delle Regioni, che vi provvedono con una parte delle risorse a destinazione vincolata riservata alla « formazione del personale ».

Le Regioni possono avvalersi di istituzioni pubbliche o private in possesso dei requisiti previsti al precedente punto 2. Lo svolgimento dei corsi deve tenere presenti le indicazioni di carattere generale previste allo stesso punto, per ragioni di uniformità negli adempimenti preordinati alla sintesi nazionale dell'impegno di spesa del SSN, oltre alle necessità proprie, discendenti dalle singole legislazioni regionali in materia di contabilità e gestione patrimoniale delle USL;

- f) la frequenza ai corsi è obbligatoria e rientra nei normali adempimenti di servizio del personale. Dato l'elevato numero dei funzionari direttivi da ammettere ai corsi, essi vanno scaglionati nel tempo, dando priorità ai dirigenti coordinatori delle USL, ai responsabili dei servizi finanziari e di programmazione, ai funzionari preposti ai maggiori presidi (ospedali, servizi multizonali, ecc.), ma con l'intento di coinvolgere in successione, e nell'arco del triennio 1982-84, tutti i responsabili dei servizi, compresi quelli tecnico-sanitari;
- g) nello stesso tempo, dovendosi provvedere a modalità ordinarie e istituzionalizzate di formazione degli amministratori sanitari, il Ministero della sanità è incaricato di studiare, in collegamento con gli uffici della Presidenza del Consiglio e con il Ministero della pubblica istruzione, ipotesi di soluzione a regime del problema, mediante l'istituzione di una scuola superiore di amministrazione sanitaria e di appositi corsi di laurea e di diplomi universitari in amministrazione e programmazione sanitaria e di altra adeguata e conveniente modalità, da formalizzare, sentito il Consiglio sanitario nazionale, in apposita proposta di provvedimenti normativi entro il primo biennio di applicazione del piano sanitario nazionale.
- L) L'ATTIVAZIONE DEL SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO (SIS), L'ADOZIONE DI NUOVE TECNICHE DI BILANCIO E LA DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI DI VERIFICA DEL PIANO SANITARIO
- 1. Costituiscono scopo del programma « attivazione degli strumenti 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 sogget-

ti 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 specifiche;

- 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.
- 2. Gli obiettivi specifici da raggiungere nel triennio sono:
- a) rendere operativi i due principali strumenti conoscitivi introdotti con la legge 23 dicembre 1978, 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.
- 3. Gli interventi per l'attuazione di questo programma sono:
- *a*) riguardo al sistema informativo sanitario:
- definire a livello nazionale i dati strutturali minimi necessari per le esigenze della programmazione sanitaria centrale, da rilevare attraverso il sistema 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;
- definire a 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;
- definire a 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;
- effettuare il censimento delle disponibilità informative e delle strutture informatiche esistenti in sede locale, utilizzabili per gli scopi del sistema informativo sani tario;
- progettare e attivare, in forma autonoma o come componenti di più generali sistemi informativi di livello corrispondente, rispettivamente il sistema informativo sanitario nazionale, i sistemi informativi sanitari regionali e i sistemi informativi sanitari 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.

Con riferimento ai tempi e ai criteri di progettazione e di attuazione del sistema informativo centrale il 1982 vale ancora come anno di transizione tra il vecchio e il nuovo sistema.

In particolare si deve provvedere:

alla rilevazione dei flussi economico-finanziari condotta secondo le modalità previste dal decreto del Presidente della Repubblica 14 luglio 1980, n. 595, e relative circolari esplicative;

all'attuazione di una procedura di rilevazione sul personale delle USL;

alla prosecuzione delle rilevazioni ISTAT con modifiche imposte dalle nuove realtà istituzionali;

alla rilevazione di ulteriori fabbisogni informativi urgenti attraverso indagini *ad hoc*, prevalentemente su base campionaria;

alla elaborazione e alla valutazione dei risultati delle indagini ISTAT sulle condizioni di salute della popolazione e sul ricorso ai servizi;

— entro il biennio 1982-83 si provvede ad una prima progettazione organica dell'intero sistema informativo centrale usando i seguenti criteri:

analisi e valutazione del fabbisogno conoscitivo del livello centrale in dipendenza dei collegamenti col sistema informativo internazionale e col sistema informativo nazionale di base, delle esigenze poste dalla funzione programmatica centrale e dalle verifiche di cui alla lettera *i*) dell'articolo 53 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

analisi delle disponibilità informative fornite dalle procedure in atto e loro adeguatezza per contenuti, percorsi, tempi e qualità dei dati, rispetto alle nuove esigenze conoscitive:

definizione degli interventi da realizzare per adeguare le disponibilità ai nuovi fabbisogni mediante modifiche e soppressione di procedure in atto e introduzione di nuove procedure.

Il progetto comprenderà anche un piano finalizzato alle specifiche esigenze sanitarie di elaborazione dei dati dei prossimi censimenti demografici ed economici e un piano di impiego del campionamento delle rilevazioni di interesse per la sanità;

— dal 1983, inizio della piena attuazione del progetto di sistema informativo sanitario di cui al precedente inciso si procede con verifiche annuali da effettuare a cura del Ministero della sanità avvalendosi anche della Commissione di racordo del SIS.

A criteri analoghi dovrà ispirarsi la progettazione e l'attuazione dei sistemi informativi regionali e locali. A livello di base è da prevedere la rilevazione dei dati concernenti singolarmente i cittadini ivi residenti o abitualmente presenti, attraverso l'attività dei servizi sanitari di base; a livello di USL sono da prevedere, oltre alla rilevazione dei dati che si riferiscono ai presidi operanti a tale livello, l'organizzazione dell'archiviazione e la elaborazione dei dati che interessano il territorio di competenza; a tale scopo, in situazione di carenza di specifiche competenze ed al fine di rendere ottimale l'utilizzo della strumentazione, le USL possono avvalersi di supporti operativi con funzioni statistiche epidemiologiche collocati presso strutture intermedie quali i presidi multizonali di prevenzione la cui tipologia e distribuzione deve essere individuata dai piani sanitari regionali; a livello regionale sono, infine, da prevedere la raccolta e la elaborazione delle informazioni necessarie per la programmazione sanitaria regionale, nonchè la trasmissione di quelle necessarie per la programmazione sanitaria nazionale. L'attuazione e l'adeguamento dei servizi e delle risorse di personale e di attrezzature, da impiegare nella progettazione e attuazione del SIS, devono corrispondere per tempi e per funzionalità operativa alle necessità di cui ai precedenti punti. Sono in particolare 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 relativi a servizi demografici e 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;

- 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:
- in attesa della istituzione del servizio statistico nazionale, nel triennio 1982-84, al fine di assicurare unitarietà alla funzione informativa centrale e sistematico collegamento con le Regioni e, tramite questa, con le Unità sanitarie locali, viene istituita e resa operante, su iniziativa del Ministero della sanità, una Commissione di raccordo tra le istituzioni centrali di governo e gli altri enti pubblici interessati a vario titolo al sistema informativo sanitario nazionale (Ministero della sanità, Istituto superiore di sanità, Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro. Ministero del tesoro, Ministero del bilancio, Ministero del lavoro e della previdenza sociale, INAIL, INPS, CNR, ISTAT, Regioni e ANCI) con funzioni tecnico-politiche di verifica di tutte le decisioni influenti sul sistema informativo nel suo complesso o di partecipazione alla progettazione e alla verifica del sistema informativo sanitario centrale.

La funzione tecnico-operativa di acquisizione e di validazione dei dati statistici di interesse centrale viene svolta prevalentemente dall'ISTAT per i flussi informativi correnti, mentre per esigenze informative specifiche ed occasionali le singole istituzioni possono provvedere autonomamente; tutte potranno attingere dalle disponibilità del SIS procedendo alle elaborazioni e alle analisi necessarie per i propri fini istituzionali, dotandosi delle competenze e degli strumenti necessari;

- b) riguardo alla programmazione di bilancio:
- trasferire nelle legislazioni regionali di attuazione, previste dall'articolo 50 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, i principi ispiratori enunciati dal piano sanitario in materia di programmazione di bilancio e verificare sotto questo profilo la coerenza delle leggi regionali di contabilità delle USL già emanate;
- rendere sistematica la verifica periodica di cassa delle Unità sanitarie locali da parte dei Comuni singoli o associati e inserirne le risultanze in un apposito flusso informativo;
- 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;
- c) riguardo alla definizione degli indicatori di verifica del piano sanitario nazionale:

attivare, in sede nazionale, un sistema di indicatori semplificato ispirato allo schema indicato nei numeri 4, 5 e 6 che seguono.

- 4. Famiglie di indicatori attinenti il funzionamento del settore sanitario e le sue connessioni con il sistema socio-economico.
- 4.1 Indicatori strumentali e di ingresso:
 - 4. 1.1 indicatori finanziari o di spesa;
 - 4. 1.2 indicatori fisici.
 - 4.2 Indicatori di attività.
 - 4.3 Indicatori finali e di uscita:
- 4. 3.1 indicatori riferentisi agli obiettivi specifici dei « progetti-obiettivo »;

- 4. 3.2 indicatori riferentisi agli obiettivi generali di tutela della salute.
- 5. Famiglie di indicatori attinenti a variabili del sistema socio-economico aventi rilevanza sul settore sanitario (variabili concomitanti):
- 5.1 indicatori riflettenti le condizioni di vita e di lavoro;
- 5. 2 indicatori riflettenti altri aspetti delle condizioni socio-economiche della popolazione.
- 6. Famiglie di indicatori attinenti lo stadio di realizzazione del Servizio sanitario nazionale (indicatori istituzionali e organizzativi):
- 6.1 indicatori relativi agli adempimenti legislativi;
- 6. 2 indicatori relativi allo stato ed allo sviluppo dell'organizzazione.

Fermo restando quanto disposto in tema di sistema informativo il Ministero della sanità, d'intesa con l'Istituto superiore di sanità, l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro e l'ISTAT, con i Ministeri competenti per singola materia, con le Regioni e con esperti in materia nominati dal Ministro della sanità, provvede, entro sei mesi dall'entrata in vigore della legge cui il presente allegato è annesso, a specificare:

- a) il progetto sequenziale degli indicatori da costruire per le verifiche da portare a termine nel triennio;
- b) le modalità di attivazione del sistema di indicatori semplificato, che deve avvenire entro l'anno, individuando:

le informazioni che devono essere rilevate per dar vita al sistema di indicatori semplificato;

le fonti di rilevazione di tali informazioni;

la periodicità delle rilevazioni;

ogni altra indicazione utile alla attivazione del sistema di indicatori semplificato.

- M) LE INIZIATIVE TENDENTI A REALIZZARE UNA COSCIENTE E RESPONSABILE PARTECIPAZIONE AL PROCESSO DI RIFORMA SANITARIA
- 1. Il programma trova la sua ragione d'essere nella consapevolezza che non bastano i provvedimenti legislativi, le modificazioni 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 e 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 concretamente utilizzate in senso finalizzato agli obiettivi della riforma.

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 attraverso la rappresentanza degli ordini professionali e delle organizzazioni 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 dall'attività svolta;
- d) conseguire un più produttivo impiego delle risorse e la eliminazione degli sprechi come effetto del più responsabile comportamento degli utenti e degli operatori del sistema.

- 2. Gli interventi per l'attuazione del programma d'azione di cui al punto precedente sono:
- *a*) nei confronti dei cittadini utenti del Servizio sanitario nazionale:

stimolare, attraverso le opportune iniziative, la partecipazione dei cittadini alle scelte programmatiche, al dibattito sulle attività e al controllo sociale sui risultati ottenuti dai servizi sanitari, specie a livello territoriale dove la partecipazione ha modo di esprimersi direttamente, senza intermediazioni delegate;

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, nonchè 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 tuteta della salute;

nel corso del triennio debbono essere attivate specifiche campagne promozionali sui temi della corretta nutrizione, degli infortuni domestici, degli infortuni stradali e degli interventi di primo soccorso; della protezione dell'ambiente di vita; del solidarismo sociale;

promuovere e agevolare, finalizzandola agli obiettivi del Servizio sanitario nazionale, l'attività di volontariato gratuito, 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:

coinvolgere più strettamente il personale nei processi organizzativi e nelle attività;

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:

dare soluzione consensuale incentivata, attraverso gli accordi sindacali, al problema della mobilità del personale, anche mediante opportune iniziative di riqualificazione, considerando la mobilità per quanto possibile come ricollocazione funzionale prima che territoriale nei servizi;

adottare soluzioni organizzative che favoriscano la collegialità delle scelte e il lavoro di équipe, evitando strutture rigidamente burocratiche, senza per questo rinunciare alla individuazione e alla attribuzione di precise funzioni e di altrettanto precise responsabilità individuali;

c) nei confronti del personale convenzionato:

utilizzare i nuovi schemi di convenzione per definire in maniera precisa l'importanza e il ruolo del personale sanitario convenzionato 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;

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;

recuperare alla competenza del Ministero della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, l'impostazione generale dei programmi di aggiornamento obbligatorio convenzionato, affidandone la attuazione alle Regioni, in collaborazione con gli ordini professionali a ciò tenuti dalle proprie leggi istitutive e con le organizzazioni sindacali dei lavoratori, nonchè con le istituzioni universitarie, scientifiche ed ospedaliere del Servizio sanitario nazionale;

portare a conoscenza degli interessati e divulgare nella collettività locale i dati informativi relativi alla assistenza di base, onde stimolare la riflessione collettiva e il dibattito;

realizzare un valido sistema di informazione scientifica sui farmaci e sui prodotti alimentari soggetti a registrazione;

promuovere attraverso ogni utile iniziativa il coinvolgimento dei medici e del restante personale convenzionato nelle attività del sistema informativo sanitario, tanto come fornitori quanto come utilizzatori di statistiche bio-sanitarie e di informazioni epidemiologiche.

- N) LA PROMOZIONE, IL COORDINAMENTO INTER-SETTORIALE E IL TRASFERIMENTO NEL SSN DEI RISULTATI DELLA RICERCA A RILIEVO SA-NITARIO
- 1. Il programma trova la sua ragion d'essere nei seguenti motivi:
- a) esigenza di adeguare la ricerca biomedica ed epidemiologica ai livelli raggiunti da altri Paesi dell'Europa onde evitare il rischio di una divaricazione pregiudizievole non solo in termini scientifici ma anche economici, tecnologici e sociali;
- b) esigenza di coordinamento tra le iniziative di ricerca in atto, al fine di superare la frammentazione delle modeste risorse destinate al settore e favorire il trasferimento di risultati utili al Servizio sanitario nazionale;
- c) necessità di incrementare l'impegno finanziario destinato alla ricerca sanitaria finalizzata;
- d) necessità di destinare maggiori finanziamenti alla ricerca sulle cause ambientali e sociali delle patologie ed ai fattori e meccanismi di rischio.
- 2. 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 con-

seguenza, 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 trascurati dalla « ricerca spontanea » non coordinata:
- 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.
- 3. Gli interventi per l'attuazione di questo programma sono:
- a) promuovere il coordinamento delle iniziative dei soggetti istituzionali che si occupano della ricerca sanitaria, anche attraverso la costituzione di una commissione apposita per la ricerca sanitaria finalizzata, da parte del Ministro della sanità di concerto con i Ministri della pubblica istruzione e della ricerca scientifica, sentito il Consiglio sanitario nazionale, nella quale siano presenti esperti designati dalle Regioni e dai ministeri interessati alla ricerca scientifica con i seguenti compiti:

elaborare un piano organico triennale di intervento nel settore della ricerca scientifica biomedica e sanitaria finalizzato agli obiettivi generali e ai progetti-obiettivo del piano sanitario nazionale, ai quali debbono riferirsi i piani di ricerca biomedica regionali;

coordinare attraverso tale piano le iniizative delle Regioni in tema di ricerca biomedica finalizzata nonchè quelli della Commissione di cui all'articolo 23 del decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 617, onde evitare duplicazione di ricerche analoghe o dispersione degli sforzi;

fornire alle Regioni una consulenza qualificata per l'adozione di metodologie omogenee per gli interventi in tema di ricerca finalizzata:

fornire alle Regioni informazioni relative ai programmi di ricerca biomedica fi-

nanziati in sede nazionale dal Ministero della pubblica istruzione, dal CNR e da altri enti pubblici o privati; le iniziative di ricerca approvate sono finanziate per annualità, all'occorrenza su base pluriennale;

fornire all'anagrafe delle ricerche, prevista dal decreto del Presidente della Repubblica 14 aprile 1980, n. 362, le dovute informazioni in merito ai programmi e ai ricercatori finanziati con il Fondo sanitario nazionale:

valutare i risultati conseguiti, nel campo della ricerca sanitaria finalizzata, attraverso i finanziamenti del Fondo sanitario nazionale:

- b) coinvolgere le strutture proprie del Servizio sanitario nazionale e quelle pubbliche convenzionate con le Regioni, che ne facciano richiesta, nella ricerca sanitaria finalizzata, sia nella fase di impostazione che di attuazione e verifica dei programmi; 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 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 sistema informativo sanitario alla rete degli elaboratori scientifici, nell'am-

bito 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.
- O) L'ACCRESCIMENTO DELLA PRODUTTIVITÀ DEL-LA SPESA E LE AZIONI FINALIZZATE AL RI-SPARMIO
- 1. Il programma trova la sua giustificazione nella necessità di accrescere la qualità dei servizi, massimizzando l'impiego delle risorse finanziarie a disposizione, onde 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 non essenziali; nel dovere di concorrere al contenimento del disavanzo del settore pubblico allargato.

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 costibenefici;
- c) usare lo strumento degli investimenti per accrescere la produttività dei servizi attraverso l'ammodernamento strutturale e tecnologico e il riequilibrio interregionale e intraregionale della distribuzione delle dotazioni di presidi e di attrezzature.

A questo scopo, sono da osservare i seguenti indirizzi nell'utilizzazione delle risorse per investimenti:

assegnare priorità al completamento della rete ospedaliera nelle regioni con una dotazione di posti-letto inferiore al parametro nazionale, tenendo conto dei finanziamenti già concessi allo stesso titolo da altre amministrazioni o su altri capitoli del bilancio dello Stato;

destinare al rinnovo delle attrezzature ospedaliere una quota del 3,5 per cento del

valore delle attrezzature stesse per postoletto fino alla concorrenza dei posti-letto esistenti decurtati, se eccedenti il parametro nazionale, in ciascun anno del triennio, di un nono della differenza tra i posti-letto esistenti e quelli calcolati secondo il parametro;

destinare al rinnovo delle attrezzature e all'ammodernamento anche strutturale dei poliambulatori extra ospedalieri una quota pari al 60 per cento del costo di ogni unitàtipo di struttura ambulatoriale, fino alla concorrenza massima di metà delle dotazioni esistenti;

destinare per finalità di ristrutturazione dal patrimonio edilizio ospedaliero una quota pari al 50 per cento del costo di un posto-letto attrezzato, per un massimo del 5 per cento dei posti-letto esistenti, sino alla concorrenza di posti-letto considerati ai fini del rinnovo delle attrezzature ospedaliere, commutabile, secondo le esigenze dei piani regionali, in tutto o in parte, in finanziamento di nuovi posti-letto per fini di riequilibrio intraregionale, per un massimo del 2,50 per cento dei posti-letto come sopra calcolati;

destinare alla costruzione di strutture extraospedaliere per fini di deospedalizzazione e di potenziamento dei servizi di base una quota di 928 miliardi, da assegnare alle Regioni per metà in base alla popolazione residente e per metà in misura proporzionale alla carenza tra fabbisogno stimato, valutato nel doppio dell'indice nazionale di dotazioni esistenti, e le disponibilità effettive in ogni regione;

destinare al potenziamento e alla costruzione di servizi multizonali a rilievo interregionale una quota di 60 miliardi nel triennio, da utilizzare tenendo presenti gli *standards* fissati dal Ministero della sanità e le indicazioni fornite dal Consiglio sanitario nazionale:

destinare agli investimenti nel settore dell'attività di ricerca degli Istituti zooprofilattici sperimentali e degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, una quota pari rispettivamente a 35 miliardi e 6 miliardi nel triennio, da utilizzare tenendo presenti le indicazioni del Consiglio sanitario nazionale.

2. — Gli interventi per l'attuazione del programma di cui al punto precedente sono i seguenti:

a) nel settore dei farmaci:

revisionare in tempi brevi, tenendo conto, per quanto possibile, della capacità di ristrutturazione e riconversione delle aziende produttrici, il prontuario per razionalizzare il campo dei farmaci prescrivibili a totale o parziale carico del Servizio sanitario nazionale;

definire da parte del Ministero della sanità direttive che, nel rispetto della legge 5 agosto 1978, n. 484, e della legge 23 dicembre 1978, n. 833, garantiscano aggiornamenti del prontuario terapeutico a scadenze periodiche non superiori al semestre;

revisionare, in maniera programmata nel tempo, i farmaci autorizzati per razionalizzare il campo dei farmaci di libera circolazione in Italia:

attivare il servizio pubblico di informazione scientifica;

sensibilizzare gli operatori sanitari e gli utenti per un più consapevole atteggiamento nell'impiego dei farmaci e investire i farmacisti della funzione di educatori sanitari;

definire regole di comportamento per la richiesta e l'uso dei farmaci all'interno dei presìdi sanitari anche con l'attivazione, nell'ambito dell'Unità sanitaria locale, di strutture specifiche di programmazione e di coordinamento delle attività farmaceutiche;

b) nel settore degli accertamenti diagnostici:

rispetto al settore pubblico:

disciplinare la richiesta per lo svolgimento delle analisi cliniche e per gli accertamenti radiologici e strumentali;

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 nei trasferimenti;

coordinare le manutenzioni;

definire l'orario di funzionamento dei presìdi;

predisporre gli interventi sopra indicati coinvolgendo il personale sanitario e tecnico negli studi preliminari, nella definizione degli interventi e nella loro attuazione;

rispetto al settore privato:

definire le caratteristiche funzionali delle strutture private, da convenzionarsi in base ai piani regionali, alla stregua dei criteri stabiliti dall'articolo 44 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

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:

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;

il numero dei pazienti operati nelle divisioni chirurgiche rispetto al numero totale dei ricoveri nelle stesse divisioni:

il numero degli anziani ricoverati come lungodegenti 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 ».

P) LE INIZIATIVE IN CAMPO INTERNAZIONALE

Entro 60 giorni dall'entrata in vigore del PSN, il Ministro della sanità, di concerto con gli altri Ministri competenti per materia, provvederà con decreto alla costituzione di gruppi di lavoro, con la partecipazione delle componenti economiche e sindacali del Paese rappresentate in seno al CNEL, con il compito di predisporre, entro un anno dal conferimento del mandato:

— le norme ed i programmi attuati per l'adeguamento nel biennio alla normativa CEE della legislazione vigente nel Paese in materia di:

corsi di laurea e specializzazioni in medicina; formazione tecnico-professionale sanitaria;

brevettabilità, autorizzazione e produzione dei farmaci;

— un programma realistico di potenziamento della ricerca e della produzione tecnico-sanitaria nel quadro del rilancio della ricerca e dello sviluppo industriale di questo settore che, nel puntuale soddisfacimento della domanda interna, sia correlato anche alle primarie esigenze socio-sanitarie delle popolazioni dei paesi in via di sviluppo e all'interscambio con esse, avulso da manovre speculative, in un rapporto di solidale cooperazione tra i popoli.

In concomitanza con l'avvio dei lavori sopra descritti, il Ministero della sanità, di concerto con i Ministeri dell'industria, del commercio con l'estero e degli affari esteri, in relazione alle esigenze socio-sanitarie dei paesi in via di sviluppo, e nel richiamato spirito di cooperazione internazionale, promuoverà ogni iniziativa diretta a favorire o potenziare l'esportazione delle tecnologie e dei prodotti sanitari attualmente disponibili nonchè ogni forma di collaborazione ai fini della programmazione e organizzazione dei servizi socio-sanitari e formazione del personale relativo.

Q) LE VERIFICHE DI ATTUAZIONE

I programmi in precedenza definiti mirano ad ottenere, al termine del primo triennio, i seguenti risultati:

- a) 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;

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 as sumono rilievo sociale in rapporto alla situazione epidemiologica delle diverse aree territoriali;
- una migliore qualità della assistenza erogata dai servizi sanitari;
- 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 biomedica e epidemiologica;
 - b) 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 23 dicembre 1978, 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 la instaurazione di metodi di lavoro basati sull'autonomia tecnico-funzionale, sul lavoro di gruppo, sulla interdisciplinarità delle competenze;
- il responsabile coinvolgimento del personale convenzionato nel processo di trasformazione qualitativa dei servizi;
- l'attivazione del sistema informativo sanitario;
 - c) rispetto all'impiego delle risorse:
- una diversa, graduale redistribuzione territoriale delle risorse, finalizzata all'eliminazione degli squilibri attuali;
- lo spostamento degli 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 del settore 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.

R) GLI INDICATORI PER LA VERIFICA.

La fase della verifica è finalizzata a rilevare:

se i risultati sperati all'atto della decisione sono stati conseguiti o in che misura parziale lo sono stati;

se i mezzi impiegati si sono rivelati idonei o meno all'obiettivo prescelto;

se le informazioni possedute erano esaurienti e significative e, per conseguenza, se le soluzioni delineate erano congruenti alle situazioni da fronteggiare.

Le risultanze della verifica sono lo strumento indispensabile ai fini dell'aggiornamento annuale del PSN consentendo essi un raffronto reale tra gli obiettivi già posti e quelli ulteriormente conseguibili in relazione al mutare delle condizioni economiche, sanitarie e sociali del Paese.

Gli indicatori da adottare dovranno necessariamente essere rivolti ad una puntuale verifica del piano da effetuare non tanto in astratto, ma con preciso riferimento alle indicazioni in esso contenute. In particolare bisognerà accertare la conformità del piano:

- a) rispetto al modello e ai molteplici caratteri della programmazione sanitaria nazionale;
 - b) rispetto al processo programmatorio;
- c) rispetto alle indicazioni di merito del piano.

Dovrà altresì provvedersi alla definizione di un sistema di indicatori sociali onde 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.

TAVOLA 1

FABBISOGNO FINANZIARIO DEL SSN

(in miliardi di lire)

Euprioni di ongo	1982	(a)	1983	(b)	1984 (b)	
Funzioni di spesa	fabbisogno	%	fabbisogno	%	fabbisogno	%
1 Profilassi e vigilanza igienica 2 Medicina generale e pediatria	1.320 2.380 3.773 260 1.420 13.240	5,0 9,0 14,3 1,0 5,4 50,3	1.450 2.580 4.190 350 1.420 13.105	5,3 9,5 15,4 1,3 5,2 48,2	1.600 2.580 4.480 380 1.400 12.965	5,8 9,4 16,3 1,4 5,1 47,2
7 Ospedaliera convenzionata: a) ist. convenzionate obbligatoriam. b) case di cura private	1.237 1.363 280 750 160	4,7 5,2 1,1 2,9 0,6 0,5	1.237 1.313 550 750 120 130	4,6 4,8 2,0 2,8 0,4 0,5	1.237 1.263 600 750 100 130	4,5 4,6 2,2 2,7 0,3 0,5
Totale spese corr. indistinte 12 Spese a destinazione vincolata	26.313 237	100	27.195 645	100	27.485 650	100
Totale spese correnti	26.550 510		27.840 1.530	_	28.135 2.380	
Totale spesa sanitaria pubblica . P.I.L	465.740	5,81	29.370		30.515	

Note:

- a) Per il 1982 si è tenuto conto dei seguenti provvedimenti previsti dalla legge finanziaria:
 - riduzione di 60 miliardi di lire per sospensione visite occasionali;
 - riduzione di 260 miliardi di lire per parziale sospensione dell'assistenza integrativa;
 - riduzione di 400 miliardi di lire per rinvio di parte delle attività a destinazione vincolata.

Si è tenuto, altresì, conto delle risultanze delle commissioni di inchiesta sui farmaci e sulle spese di personale.

Per i farmaci si è tenuto conto anche degli au menti di prezzo decisi dal CIP.

Ipotesi adottate per la determinazione del fabbisogno 1982: inflazione al 16 per cento - scala mobile in coerenza.

La valutazione è stata effettuata a legislazione, convenzione e contratti vigenti al 1º gennaio 1982.

b) Per gli anni successivi: la valutazione è stata effettuata a moneta costante (1982), al netto degli automatismi, dell'inflazione e relativo aumento della contingenza e a contratti e convenzioni vigenti al 1º gennaio 1982.

Per gli anni 1983 e 1984 non si è tenuto conto delle misure restrittive adottate, in via temporanea, con la legge finanziaria 1982.

(Segue: Note)

Circa le singole funzioni di spesa, di cui alla tavola 1, si danno le seguenti indicazioni:

- 1. Potenziamento dei servizi e delle attività in coerenza con le indicazioni di piano.
- 2. Per gli anni 1983 e 1984 ripristinate le visite occasionali sospese nel 1982 con la legge finanziaria. Per il 1983 considerato l'aumento previsto dalla convenzione vigente per le spese di produzione del reddito e per l'indennità di rischio. Al netto del rinnovo convenzionale per il 1984.
- 3. Considerati gli aumenti CIP e le conclusioni della Commissione d'inchiesta. Applicato il *ticket* nella misura prevista dalla legge 5 agosto 1978, n. 484, e l'incremento fisiologico del « *mix* » secondo i valori rilevati nelle serie storiche.
- 4. Considerati solo gli specialisti convenzionati. Al netto delle compartecipazioni ospedaliere, secondo l'indirizzo, prevalso in sede di trattativa presso il Ministero della funzione pubblica, di considerare tale onere come « incentivazione produtti va » nel quadro del personale ospedaliero. Al netto, altresì, del personale dipendente e delle spese per beni e servizi compresi tra le spese di funzionamento delle Unità sanitarie locali, secondo la nuova impostazione amministrativa.

Per il 1983 considerato l'aumento previsto della convenzione vigente per la quota oraria base.

Per gli anni successivi previsto il potenziamento dei servizi a seguito degli investimenti e in coerenza con le indicazioni di piano.

5. Rilevata una consistente espansione di spesa nel 1981, anche a seguito dell'aggiornamento delle tariffe. Programmato il contenimento dell'espansione e progressiva riduzione percentuale in coerenza con le indicazioni di piano.

Al netto del rinnovo convenzionale che dovrebbe comportare revisioni anche in diminuzione di parte delle tariffe (RIA, analisi, ecc.).

- 6. Progressiva riduzione in coerenza con le indicazioni del piano. Al netto del rinnovo contrattuale.
- 7.a) Comprende gli ospedali ecclesiastici classificati, le cliniche e gli istituti universitari, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.
- 7.b) Comprende le case di cura private convenzionate. Prevista una progressiva diminuzione in coerenza con le indicazioni di piano sul potenziamento dei servizi territoriali extraospedalieri.
- 8. Comprende le cure termali e l'assistenza protesica e integrativa. Previsto il potenziamento per effetto dei progetti-obiettivo e in coerenza con le indicazioni di piano.
- 9. Limite massimo programmato per le spese amministrative, in progressiva diminuzione percentuale, da assumere come impegno nel quadro delle misure per i risparmi e la lotta agli sprechi.
- 10. Progressiva diminuzione per effetto del decentramento alle Unità sanitarie locali di attività centralizzate nella fase di transizione.
 - 11. Spese ricorrenti che si estingueranno solo a medio/lungo periodo.
 - 12. Vedasi prospetto di ripartizione per tipo di destinazione e per anno alla tavola 2.
 - 13. Vedasi prospetto di ripartizione per tipo di destinazione e per anno alla tavola 3.

TAVOLA 2

RIPARTIZIONE DELLE SPESE A DESTINAZIONE VINCOLATA

(in miliardi di lire)

(Per tipo di destinazione e per anno)

		,	Ric	erca				
Anno Formaz.		Incetiv. prog. ob.	Reg.	Istit. ric. e cura a car. scient.	Educaz, sanit.	A dispos, per incr. e altri prog. ob.	Totale	
Aliquota	40%	20%	9%	1%	10%	20%	100%	
1982	254,8	127,4	57,3	6,4	63,7	127,4	637	
1983	258,0	129,0	58,0	6,5	64,5	129,0	645	
1984	260,0	130,0	58,5	6,5	65,0	130,0	650	
1984	260,0	130,0	58,5	6,5	65,0	130,0		

TAVOLA 3

RIPARTIZIONE DEL FINANZIAMENTO SPESE IN CONTO CAPITALE

(in miliardi di lire)

	Completamento rete ospedaliera rispetto parametri nazionali P.L. 6%	Rinnovo attrezzature degli ospedali	Rinnovo attrezza- ture e ammoder- namento edilizio poliambulatori	Ristrutturazione patrimonio edili- zio ospedaliero e riequil. intrareg.	Strutture extraospedaliere alternative e potenziam.	Servizi multizonali a rilievo interregione	Investimenti nel settore ricerca istit. zooprofilatt. sperimentali	Investimenti nel settore ricerca istit. ricov. e cura a carat. scientifico	Totale
1982-84	443	952	557	1439	928	60	35	6	4.420
di cui									
1982	76	2 67	157				10	-	510
1983	184	260	152	547	352	23	10	2	1.530
1984	183	425	248	892	576	37	15	4	2.380