



CONSIGLIO NAZIONALE DELL'ECONOMIA E DEL LAVORO

**L'ORGANIZZAZIONE SANITARIA
NELLE ESPERIENZE DI RECENTI
RIFORME IN EUROPA**

Atti del Primo Incontro Internazionale di Studio

Roma, 9-10-11 ottobre 1979

SOMMARIO

Premessa

Introduzione generale ai lavori

BRUNO STORTI: Discorso di apertura	Pag. 11
GIORGIO COPPA: Presentazione dell'Incontro internazionale	» 15
SERGIO PADERNI: Orientamenti del piano sanitario nazionale	» 23

I Tema

Politiche di contenimento, razionalizzazione e controllo della spesa sanitaria pubblica in Europa

MARIO ALBERTO COPPINI: Introduzione al tema	» 51
BRIAN ABEL SMITH: La politica sanitaria in Europa	» 57
GIOVANNI TAMBURI: Contributo dell'Ufficio Internazionale del Lavoro	» 71
KRYSTINA NOWAK-SZULC: Programmazione finanziaria e controllo della spesa per la sanità in Polonia	» 83
STEFAN ZIELINSKI: Programmazione finanziaria, controllo e gestione budgetaria della spesa sanitaria in Polonia	» 89
ERIC SCHMIEDER: Controllo budgetario della spesa pubblica in Francia	» 99
W. SCOTT MONCRIEFF: La spesa sanitaria pubblica in Gran Bretagna	» 109

D. GAUTIER: Tecniche budgetarie ed articolazione del bilancio nel quadro della carta sanitaria in Francia	pag. 119
LEO CRIJNS: Il controllo delle spese sanitarie nei paesi della Comunità europea	» 141
RICHARD DRAPERIE: Il bilancio sociale della CEE	» 155

COMUNICAZIONI

FELICE SCOTTI: Politiche di contenimento della spesa sanitaria pubblica italiana	» 163
SEVERINO DELOGU: Considerazioni sul problema dei costi per la salute	» 170
GIUSEPPE ALVARO: Problemi sollevati dalla spesa sanitaria	» 174
FRANCO TAVAZZA: La definizione di schemi organizzativi dei servizi sanitari come strumento per la qualificazione dei livelli assistenziali ed il contenimento della spesa sanitaria	» 187
VITTORINO CARRA: L'equilibrio nelle spese sanitarie regionali	» 189
GIUSEPPE VALLI: Il contributo dell'esperienza ospedaliera ai fini di una quantificazione della spesa per la riforma sanitaria globale	» 191
LUIGINO BELLANI - ADRIANO MANTOVANI: La razionalizzazione della spesa pubblica veterinaria	» 195
DONATO MAGI: Ruolo del medico nel servizio sanitario nazionale e spesa sanitaria	» 205
BRUNO DOMINIJANNI: L'equilibrio nell'organizzazione sanitaria regionale	» 211

II Tema

Integrazione dei servizi socio-sanitari a livello di unità locali

ACHILLE ARDIGÒ: Introduzione al tema	» 223
NILS ROSDHAL: I servizi sanitari danesi e la loro integrazione con i servizi sociali	» 231

W.H. SHEPHARD: Programmazione e gestione della spesa pubblica sanitaria in un'Area sanitaria: il Bedfordshire	pag. 247
CARLOS MONTOYA: Esperienze europee di integrazione dei servizi socio-sanitari	» 263
JULIAN ZABICKI: Integrazione dei servizi socio-sanitari preventivi, curativi e riabilitativi a livello locale in Polonia	» 285
FRANCO MARZIALE: Processi di integrazione delle unità sanitarie locali nel contesto generale del servizio sanitario	» 303

COMUNICAZIONI

GIANNI MARIN: Il medico condotto e il servizio sanitario	» 325
MARIO CORSINI: Integrazione dei servizi sociali e sanitari come strumento della qualificazione della spesa sanitaria	» 327
RICCARDO CATELANI: Rapporto tra cittadini e servizio sanitario: analisi degli atti, delle procedure, dei comportamenti	» 331
ALDRIGO GRASSI: La programmazione sanitaria regionale	» 334

CONCLUSIONI

RENATO ALTISSIMO, Ministro della Sanità	» 341
BRUNO STORTI, Presidente del CNEL	» 347

INTERVENTI INVIATI:

a) *Sul primo tema*

GIOVANNI BORELLO: La partecipazione come presupposto essenziale di selezione e di riduzione dei costi dell'assistenza sanitaria	» 351
---	-------

ELIO BORGONOVÌ: L'avvio della riforma e la formazione direzionale degli operatori	pag. 357
GIUSEPPE DE LUCA: Politica regionale della spesa sa- nitaria - Contenimento e razionalizzazione	» 366
RENATO NUCCIO: La riforma sanitaria: un breve cenno sull'attuale situazione in Sicilia	» 370
ALDO PIPERNO: Il significato della riforma dell'organiz- zazione sanitaria, della programmazione e del con- tenimento della spesa sotto il profilo sociologico. Prime riflessioni	» 373

b) Sul secondo tema

VINCENZO BORRUSO: Un nuovo modello per i servizi sa- nitari	» 379
MARCO CAMPARI: Proposte di modello di funzionamento delle unità sanitarie locali	» 387
FRANCESCO CANNAVÒ: Integrazione dei servizi socio-sa- nitari a livello di unità locali	» 397
IVO COLOZZI: Il problema dell'integrazione fra politici e tecnici all'interno dell'unità sanitaria locale	» 398
LUCIANO FLORAMO: Il servizio ospedaliero dall'interven- to sul territorio all'unità sanitaria locale	» 401
SEBASTIANO PORCU: Alcuni problemi in ordine al pro- cesso decisionale come possibili ostacoli al pro- cesso di integrazione all'interno delle unità sani- tarie locali	» 405
ANGELO SERIO: Il sistema informativo sanitario come strumento di integrazione dei servizi socio-sani- tari a livello di U.S.L.	» 408

APPENDICE

Presenze e adesioni	pag. 419
Programma dell'Incontro e Gruppo organizzatore	» 423
Bibliografia	» 429
Dichiarazione di Alma-Ata.	» 441

PREMESSA

Il Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro, d'intesa e in collaborazione con il Ministero della Sanità, ha promosso il « Primo Incontro Internazionale di studio sulla Riforma Sanitaria » per trattare due temi:

a) Politica di contenimento, razionalizzazione e controllo della spesa sanitaria pubblica in Europa;

b) Integrazione dei servizi socio-sanitari a livello di unità locali.

In tal modo il CNEL ha inteso favorire l'incontro delle opinioni e delle esperienze del mondo europeo sui problemi dell'assistenza sanitaria sì da permettere il confronto tra le diverse soluzioni adottate nei vari paesi con il sistema ora introdotto in Italia.

Incontro di opinioni tanto più necessario perché il Servizio Sanitario Nazionale, con l'istituzione delle nuove strutture previste dalla Legge 833 del 13 dicembre 1978, possa seguire criteri organizzativi ed economici che trovino armonia con quanto è in atto o in via di sviluppo nei Paesi della Comunità Economica Europea in materia di protezione della salute.

Del resto, come si avrà occasione di constatare nei temi specifici trattati dagli illustri relatori invitati all'Incontro, la razionalizzazione dei sistemi di gestione a protezione della salute e la loro integrazione a livello di unità locali costituiscono i principi base che spingono le amministrazioni della sanità pubblica a rinnovare l'organizzazione e l'uso dei mezzi a disposizione dei cittadini.

L'Incontro ha voluto contemporaneamente chiarire al mondo europeo comunitario i termini della riforma sanitaria italiana. Il

Ministro della Sanità, On. Altissimo, ha evidenziato i maggiori problemi posti dall'avvio del Servizio Sanitario. Con le loro relazioni, il Dr. Coppa, il Prof. Coppini, il Dr. Paderni ed il Prof. Ardigò, hanno svolto l'ampia tematica concernente il complesso delle funzioni e delle modalità riorganizzative, alle quali deve attendere il Servizio Sanitario, sottolineando l'impegno affidato alle Regioni per realizzare la tutela globale della salute dei cittadini.

Gli atti di questo primo Incontro rappresentano, con la vasta documentazione presentata di studi e di realtà europee operanti, gli interrogativi che politici ed amministratori si sono posti nel tempo per realizzare strutture sanitarie il più possibile aderenti alle troppo differenti esigenze della moltitudine degli utenti.

Che l'iniziativa abbia mobilitato l'interesse di molti ne sono prova la partecipazione a tutti i livelli di persone qualificate e responsabili nei vari aspetti di cui si compone l'attività sanitaria e le comunicazioni ed i documenti di studio dei relatori.

Altrettanto interesse è stato suscitato dalla mostra dell'editoria sui problemi della sanità alla quale hanno partecipato con le loro pubblicazioni: F. Angeli, Boringhieri, Città Nuova, De Donato, Editori Riuniti, Feltrinelli, Giuffré, Le Monnier, Nuova Cappelli, Il Pensiero Scientifico, Vita e Pensiero, Ragno, Il Saggiatore, Fiaro.

INTRODUZIONE GENERALE AI LAVORI

Alla presenza del Ministro della Sanità, On. Altissimo, il Presidente del Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro, On. Storti, ha dato inizio al Primo Incontro Internazionale di studio sulla Riforma Sanitaria. A questo appuntamento sono stati invitati relatori di Organizzazione internazionali e di Paesi stranieri ad avanzata politica di sicurezza sociale e tutti i principali attori nell'edificazione del nuovo sistema sanitario nazionale italiano.

La lista dei partecipanti ne è la prova: Consiglieri del CNEL, membri delle Commissioni parlamentari per la Sanità, membri del Consiglio Sanitario Nazionale, rappresentanti delle Organizzazioni Sindacali, dei Ministeri, delle Organizzazioni Sanitarie Nazionali, delle Autorità Regionali, dei Centri di ricerca scientifica.

Il Presidente, in rapida sintesi, ha chiarito i motivi che hanno indotto il Gruppo di Lavoro Sanità del CNEL a promuovere l'incontro ed ha posto l'accento sulla qualificata rappresentatività del complesso di interessi sociali ed economici riassunta dai Consiglieri del CNEL.

Nel mattino i lavori sono proseguiti con la relazione del Dr. Coppa, Consigliere del Cnel, Coordinatore del Gruppo Lavoro per la Sanità e membro del Consiglio Sanitario Nazionale, che ha illustrato i maggiori problemi posti dalla istituzione del Servizio Sanitario ed i motivi che hanno guidato il Gruppo di Lavoro nella scelta dei relatori, indubbiamente qualificati per la specifica attività da essi quotidianamente svolta o nell'ambito del proprio Paese o della Organizzazione Internazionale rappresentata.

Con la relazione del Dr. Paderni, Dirigente Generale dell'Ufficio Centrale per la programmazione sanitaria del Ministero della Sanità, si è entrati nel problema della programmazione del Servizio Sanitario Nazionale. Il Relatore ha incentrato il suo lavoro sull'architettura del Servizio, sulla funzione che Regioni e Comuni sono chiamati a svolgere e sulle responsabilità nascenti dal dover ben proteggere la salute dei cittadini, pur osservando quei criteri di economia che oggi tutti i Paesi invocano.

On.le BRUNO STORTI: Discorso di apertura.

Sono lieto di aprire questo Primo Incontro Internazionale di studio sulla Riforma Sanitaria promosso dal Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro in collaborazione con il Ministero della Sanità. Questi tre giorni di studio saranno conclusi con l'intervento dell'On. Altissimo, Ministro della Sanità, la cui fattiva cooperazione — unitamente all'opera preziosa dei suoi predecessori e dei dirigenti del Ministero — ha reso possibile questo incontro. Ringrazio tutti i partecipanti che si accingono a fornire a questo Consesso i risultati delle loro riflessioni e dei loro studi sulla più importante riforma dell'ordinamento sociale italiano. Desidero infine sottolineare che saranno per noi di grande interesse le indicazioni che ci verranno dai rappresentanti di organismi ed istituzioni straniere sulla base delle esperienze registrate nei rispettivi paesi.

L'iniziativa di cui oggi siamo partecipi si collega al giudizio espresso dal CNEL sull'importanza della riforma sanitaria fin dal momento in cui deliberò in Assemblea il parere richiesto dal Governo, giudizio che fu tradotto concretamente, anche nella costituzione di un Gruppo di lavoro nell'ambito della competente Commissione, incaricato di seguire la realizzazione concreta della riforma — implicante la emanazione di molteplici provvedimenti di attuazione — al fine di una collaborazione fattiva del Consiglio per la traduzione dei principi informativi in realtà operante.

Devo anche ricordare che questo Gruppo di lavoro ha compiuto una ricognizione oggettiva delle questioni di principio e dei problemi organizzativi sorti negli altri paesi europei, anche non appartenenti alla Comunità, che sono già passati o stanno approntando il passaggio da un sistema di difesa della salute di tipo mutualistico o assicurativo ad un regime di sicurezza sociale.

Il CNEL ed il Ministero della Sanità si sono resi pienamente conto dell'importanza che va riconosciuta all'acquisizione di dati, di esperienze, di informazioni, dovendosi dare per scontato che il passaggio da un sistema ad un altro non può non presentare inconvenienti pratici, momenti di incertezza, contraddizioni. La conoscenza approfondita dei problemi di attuazione pratica e la stessa consapevolezza della inevitabilità di determinare momentanee cadute di efficienza servono soprattutto ad evitare che siano compromessi i principi fondamentali della riforma.

In questa prospettiva assume un suo preciso significato il problema del costo, della spesa sanitaria. Il sistema che stiamo abbandonando è stato caratterizzato da un andamento a forbice tra crescita della spesa sanitaria e reddito nazionale, dovuto alla dilatazione dei costi unitari determinati dalla inefficienza del sistema, ma anche da posizioni di rendita. Il fenomeno del consumismo sanitario può essere combattuto efficacemente solo con una migliore organizzazione; e la riforma, ricomponendo nell'unità territoriale la gestione dei servizi e migliorando le prestazioni mediche di primo intervento, contiene, a mio parere, gli strumenti essenziali per raggiungere questo obiettivo. La domanda di prestazioni sanitarie, infatti, è solo apparentemente influenzata dall'assistito; essa in realtà acquista la propria fisionomia reale attraverso il filtro professionale del medico. E' chiaro, quindi, che la riforma sanitaria non può solo consistere in un mutamento delle strutture, ma deve implicare anche un cambiamento della cultura sanitaria, della coscienza professionale, delle finalità stesse dell'intervento sanitario.

Il problema dei costi, il problema del loro contenimento e della loro razionalizzazione richiama quello del finanziamento pubblico dell'assistenza sanitaria. Il riconoscimento del diritto alla salute come un diritto generale spettante all'individuo, comporta che lo Stato assuma nel suo bilancio l'intera spesa sanitaria, sollevando la produzione dagli oneri per contributi sociali di malattia, inerenti al sistema assicurativo. Ora, poiché la fiscalizzazione degli oneri sociali va finanziata con il gettito tributario, è evidente la stretta connessione tra onerosità sociale del servizio sanitario nazionale — interpretabile mediante il computo dell'incidenza della relativa spesa sul deficit di bilancio generale — e politica fiscale. Mi sembra evidente che

finché non saranno eliminate le estese paludi dell'evasione, la ripartizione degli oneri, coincidendo con la ripartizione del peso fiscale, graverà sulle classi economiche medio-basse e in particolare sui lavoratori dipendenti.

Una fonte di razionalizzazione del costo dell'assistenza sanitaria dovrà scaturire anche dalla razionalizzazione dei consumi farmaceutici. L'introduzione del principio della partecipazione alla spesa dell'assistito ha dato i frutti che le competevano. Ma non basta. La revisione del prontuario nazionale, l'istituzione del brevetto farmaceutico, una più corretta valutazione del rapporto costo-benefici, si impongono se si vogliono non solo contenere i costi della riforma, ma altresì promuovere le condizioni per un migliore concetto di salute.

Mi auguro anche che la democratizzazione del servizio sanitario, insita nello stesso decentramento territoriale, realizzi quel controllo diffuso e partecipativo che, riguardando la complessiva gestione dei servizi sanitari decentrati, investe anche l'ammontare e la destinazione della spesa. E l'unificazione a livello territoriale di base di tutti i servizi — ospedalieri ed extra-ospedalieri — consenta ad un tempo il confronto immediato tra le voci di spesa e il controllo relativo delle istituzioni partecipative e, quindi, la consapevole razionalizzazione dei costi.

L'abbandono della organizzazione verticale, propria del sistema assicurativo-mutualistico, imposta dalla generalizzazione e dall'eguaglianza delle prestazioni assicurate a tutti i cittadini, è uno degli aspetti qualificanti della riforma in quanto consente di arricchire la nuova organizzazione orizzontale di spiccate caratteristiche di autonomia decentrata e di rapporti diretti tra assistiti e la sede decisionale-operativa dell'unità sanitaria territoriale. In sostanza, nella scia del processo di decentramento della organizzazione democratica iniziato con la istituzione delle Regioni si muove anche questa nuova forma organizzativa della difesa della salute.

L'altro aspetto qualificante della riforma sanitaria — l'elemento veramente rivoluzionario — è quello del capovolgimento del rapporto tra cura e prevenzione. Il problema della salute non è più affidato in modo prevalente alla cura della malattia, ma al mantenimento e potenziamento dello stato di benessere psico-fi-

sico. In passato, nonostante il continuo aumento della spesa sanitaria, di cui solo il 7% circa poteva essere considerato come impegnato nella prevenzione, non si sono registrati miglioramenti sensibili dello stato sanitario generale. Infatti, mentre abbiamo via via acquisito nel nostro deficit della salute quelle forme morbose che si manifestano nelle società ad industrializzazione avanzata, vi abbiamo mantenuto le malattie proprie del periodo pre-industriale.

La riforma sanitaria dovrà segnare il passaggio dalla funzione riparatoria del sistema mutualistico all'azione modificatrice degli ambienti e delle condizioni di vita e di lavoro. Questa transizione non è facile. Urta contro interessi precostituiti, coinvolge la modificazione profonda di rapporti tra classe medica e industria, implica il riorientamento professionale degli operatori sanitari a tutti i livelli ed una riabilitazione non semplicemente declamatoria della deontologia medica.

La ricerca di una migliore « qualità della vita » passa obbligatoriamente attraverso la preminenza effettiva della prevenzione. E quando il sistema sanitario nazionale sarà riuscito ad esprimere questo concetto nella organizzazione stessa delle strutture, l'azione preventiva nel campo della salute si allargherà, quasi naturalmente, a tutti i problemi dell'ambiente e della natura, in quanto risulterà dimostrato che il « vivere sani » non soddisfa semplicemente una elementare aspirazione dell'uomo, ma si traduce in aumento della ricchezza del paese, anche calcolata in termini meramente economici.

Dott. GIORGIO COPPA: Presentazione dell'Incontro

I - Il Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro (CNEL), previsto nell'ordinamento della Repubblica Italiana come organo ausiliario di consulenza delle Camere e del Governo (1) per le materie che importano indirizzi di politica economica, finanziaria e sociale, come anche su ogni questione che rientri nell'ambito dell'economia e del lavoro (2) nonché delle Regioni (che possono chiedere pareri al CNEL sulle materie di sua competenza), ha promosso il « Primo Incontro Internazionale di studio sulla Riforma Sanitaria » d'intesa ed in collaborazione con il Ministero della Sanità e con il suo Centro Studi (3). L'iniziativa del CNEL è stata dettata da due ordini di motivazioni istituzionali. Il CNEL, per ragioni di materia, è stato richiesto formalmente di un Parere sul d.d.l. istitutivo del Servizio Sanitario Nazionale, e si è pronunciato in data 14 aprile 1977, immediatamente prima dell'inizio del dibattito parlamentare (4). E nell'esprimere la sua pronuncia sull'atto legislativo, il Consiglio si è impegnato a seguire anche successivamente le varie fasi di attuazione della riforma.

Ma a questa attenzione rivolta agli atti (normativi, legislativi ed amministrativi), si è sommata l'attribuzione al CNEL del potere di designazione dei componenti del Consiglio Sanitario Nazionale (5) scelti in rappresentanza della società civile, e cioè delle forze economiche, sociali, culturali e professionali (6); e

(1) Costituzione della Repubblica Italiana; Art. 99;

(2) Legge 5-1-1957 n. 33: Ordinamento e attribuzioni del Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro, Art. 8, 1° comma; Art. 13;

(3) Legge 23-12-1978 n. 833: Istituzione del servizio sanitario nazionale, Art. 53, 4° comma;

(4) Parere del CNEL sull'Istituzione del servizio sanitario nazionale, assemblea del 14-4-1977;

(5) Legge 1978/833, Art. 8, 4° comma lett. c;

(6) D.P.R. 10-2-1979: Nomina dei componenti del Consiglio Sanitario Nazionale.

quindi si è venuto a determinare un collegamento indiretto ma permanente fra il CNEL ed il Consiglio Sanitario Nazionale, fra l'interessamento per la politica sanitaria e quello per la politica economica e sociale, di cui la presente iniziativa è un significativo aspetto.

La Commissione per il Lavoro, la Previdenza Sociale e la Cooperazione del CNEL ha formato nel proprio seno un Gruppo di lavoro permanente per i problemi della sanità (7), il quale ha lavorato — come prima fra le altre sue attività — per la preparazione di queste giornate, secondo tre linee di orientamento:

a) promuovere un confronto di esperienze fra esperti di organizzazioni internazionali e di paesi esteri da un lato, e responsabili statali e regionali del servizio sanitario nazionale dall'altro. Primo incontro di grande impegno culturale e di studio, destinato ad avere seguito in successive giornate con prevedibile frequenza annuale o biennale;

b) porre al centro del confronto e dello studio due temi di importanza primaria, per la loro portata oggettiva, per il loro peso decisivo nella operatività della riforma, per il loro interesse generale: bilanci e strutture;

c) stimolare un dibattito vivo, realmente conoscitivo, aggiornato e completo, e non appagarsi di una semplice anche se organica illustrazione di relazioni di studiosi ed esperti.

E' perciò che il CNEL ha organizzato l'Incontro attraverso una missione di studio (8), ha chiamato a riferire esperti « addetti ai lavori », e cioè impegnati nella pratica della organizzazione sanitaria vuoi internazionale, vuoi dei rispettivi paesi, ha organizzato a latere dell'Incontro una piccola ma significativa rassegna della documentazione sanitaria (9), ha invitato all'Incontro i soggetti reali dell'organizzazione e dell'azione sanitaria in Italia.

(7) Il gruppo comprende i Consiglieri Ardigò, Coppa, Coppini, Paretto, Parlagraeco, Pastorino, Perusini, Ravenna.

(8) Hanno partecipato alla missione di studio, che si è svolta dal 18 al 29 aprile 1979 per il CNEL i Consiglieri Ardigò, Coppini, Pastorino e il Dott. Rosi; per il Ministero della Sanità, la D.ssa Acquafresca ed il Dott. Molfese; nonché, come esperto, il Prof. Illuminati.

(9) La documentazione riguarda: a) pubblicazioni dello Stato, Regioni e altre pubbliche amministrazioni; b) pubblicazioni di libri e periodici di case editrici italiane; c) pubblicazioni estere, raccolte nel corso della missione di studio.

II - Partecipano alle « giornate » con relazioni e comunicazioni:

1) Qualificati dirigenti di organismi internazionali, esperti ed operanti nel campo della sanità, e precisamente in rappresentanza delle seguenti istituzioni:

a) l'Organizzazione Mondiale della Sanità, agenzia specializzata dell'Organizzazione delle Nazioni Unite, che cura permanentemente informazione, coordinamento e programmazione sanitaria su scala mondiale e regionale;

b) l'Ufficio Internazionale del Lavoro, il cui dipartimento per la sicurezza sociale è interessato al finanziamento, alla organizzazione ed alla erogazione dei servizi sanitari, con particolare riferimento alle esigenze ed alle condizioni dei lavoratori;

c) il Consiglio d'Europa, la cui divisione di sanità pubblica opera nel settore con particolare interesse per i problemi normativi, di coordinamento e di informazione;

d) le Comunità Economiche Europee, che nella competenza per gli affari sociali riuniscono i « governi » del settore, per la realizzazione di tutti gli obiettivi previsti nel Trattato di Roma e nella disciplina internazionale che ne è conseguita.

In questo modo le « giornate » dispongono di un quadro di riferimento mondiale ed europeo sintetico, ma organico ed aggiornato.

2) La materia posta in discussione nelle giornate è affidata ad illustri relatori esteri, dei seguenti paesi:

a) Francia, che interviene con i massimi responsabili tecnici della direzione generale ospedali del Ministero della Sanità, portatori di una ricca esperienza in tema di organizzazione ed amministrazione ospedaliera;

b) Inghilterra, che è presente sia con esperti del Ministero della Sanità e della Sicurezza Sociale, sia con amministratori dell'organizzazione sanitaria decentrata; sia, infine, con cultori di scienze politiche e socio-economiche;

c) Danimarca, che è rappresentata dalla direzione generale del Dipartimento Sanità del Ministero degli Affari Sociali, e dall'Istituto nazionale danese per la ricerca sociale;

d) Polonia, che partecipa con il direttore generale per l'assistenza sanitaria e la riabilitazione del Ministero della Sanità e della Sicurezza Sociale, e con il direttore del Centro di medicina del lavoro di Nowa Huta.

E' così possibile avere, sui due temi in discussione, bilanci e strutture, un insieme di rapporti riferiti ad esperienze al tempo stesso diverse nelle soluzioni ed omogenee nei principi, e ricavare un disegno di sintesi estremamente utile per quanti, in Italia, con diverse responsabilità ed a diversi livelli partecipano all'impresa politica, amministrativa, tecnica, scientifica e culturale dell'avvio e della gestione del nuovo servizio pubblico nazionale della salute.

3) Interlocutori italiani sono tutti i partecipanti alle giornate, in quanto tutti organicamente qualificati in riferimento al Servizio. Si tratta infatti dei seguenti gruppi di partecipanti:

a) Ministero della Sanità, che, nella persona del Dirigente generale dell'ufficio centrale per la programmazione sanitaria nazionale, tratterà, a guisa di prefazione alle giornate, degli orientamenti del piano sanitario nazionale italiano (10);

b) Presidenti ed Assessori delle Regioni italiane, per le competenze loro attribuite in materia di funzioni legislative ed amministrative per l'assistenza sanitaria ed ospedaliera; nonché rappresentanti delle amministrazioni locali (11);

c) Consiglieri del CNEL ed esponenti delle organizzazioni sociali e delle attività culturali e professionali rappresentate nel CNEL (12);

(10) Il progetto di piano sanitario nazionale per il triennio 1979-81 è stato sottoposto al Consiglio Sanitario Nazionale in data 10-5-1979; il relativo parere è stato approvato dall'Assemblea del CSN in data 16-7-79;

(11) Legge 1978/833 Art. 7; Art. 8, 4° comma lett. a); Art. 11; Art. 13;

(12) Legge 1957/33 Art. 2;

d) Componenti del Consiglio Sanitario Nazionale e rappresentanti dei dicasteri, degli enti e delle istituzioni per esso indicati dalla legge (13);

e) Componenti degli organi nazionali « tecnici » di consulenza scientifica e tecnologica (14);

f) Esponenti dei partiti politici, per le commissioni e sezioni di lavoro della sanità;

g) Membri del Parlamento, componenti delle Commissioni competenti per la materia regionale e per la sanità;

h) Esperti italiani di chiara fama nel campo scientifico ed universitario.

Forze politiche, CNEL, Organizzazioni sindacali, Regioni ed Enti Locali non esprimono solamente gli aspetti soggettivi dell'interesse collettivo alla organizzazione ed al funzionamento del Servizio; ma aspirano anche ad esprimere, non esclusivamente ma neppure incidentalmente, gli interessi collettivi ed individuali dei cittadini utenti del servizio.

III - I temi delle tre giornate internazionali di studio, sono di interesse preminente, sia in permanenza, sia e soprattutto in una fase, come quella del servizio sanitario nazionale italiano, di avvio della riforma. Ogni utile esperienza, ogni concreta indicazione, ogni proficuo indirizzo dovrà essere posto a confronto, ed essere messo a profitto, nella impegnativa costruzione del nuovo Servizio.

Se è vero, infatti, che l'indirizzo fondamentale in materia può essere ricavato fin dai verbali della Commissione di studio preparatoria dei lavori dell'Assemblea costituente, e precisamente nel rapporto preliminare dell'attuale Ministro per la funzione pubblica (15); è altresì vero che solo con la legge 23 dicembre

(13) Legge 1978/833 Art. 8, 4° comma lett. b) e lett. c);

(14) Legge 1978/833 Art. 8 lett. c); Art. 9; Art. 59;

(15) Relazione preliminare sul tema « I rapporti tra Stato e cittadini attinenti all'eguaglianza e alla solidarietà sociale (M.S. Giannini), in « Alle origini della Costituzione Italiana », Il Mulino 1979, pag. 680.

1978, n. 833 che stabilisce la « Istituzione del servizio sanitario nazionale », il lungo periodo che inizia con l'approvazione della Costituzione, e che nell'arco di trent'anni vede l'ascesa ed il declino dell'organizzazione mutualistica, giunge ad un punto di svolta. Rispetto ad esso due aspetti della legge 1978/833 sono organicamente trattati nel corso delle giornate:

A) Quello indicato nel primo tema « Politiche di contenimento, razionalizzazione e controllo della spesa sanitaria pubblica in Europa », che è disciplinato in Italia, sotto un profilo tecnico giuridico, dal Capo V (Controlli, Contabilità e Finanziamento), del Titolo I della Legge, agli articoli 49, 50, 51, 52; ma anche dagli articoli 53, 54, 55, 56, 57, 58 del Titolo II della Legge, relativo alle procedure di programmazione e di attuazione del servizio sanitario nazionale.

B) Quello indicato nel secondo tema « Integrazione dei servizi socio-sanitari a livello di unità locali » che è disciplinato principalmente nel capo II (Competenze e strutture) del Titolo I della Legge; ed in particolare negli articoli da 10 a 15 che disciplinano le unità sanitarie locali; anche se è altrove affermato che il servizio persegue: « il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del Paese » (Art. 2, 3° comma lett. a).

Questi sono dunque i temi fondamentali del Convegno; naturalmente sono ad essi logicamente precedenti, secondo la sistematica della relazione al testo unificato ed unico (16) della Camera dei Deputati: l'inquadratura costituzionale, l'insieme dei principi generali informativi, l'assetto istituzionale del Servizio, che non potranno essere in questa sede oggetto di specifica trattazione; mentre sono conseguenti e meritevoli anche di specifica considerazione gli aspetti che interessano il ruolo degli operatori sanitari e la posizione di diritto e di fatto dei cittadini e degli utenti del Servizio; i problemi che nascono dalla riforma dei due punti in esame per quanto riguarda la cultura medica e

(16) Relazione Morini, illustrativa del testo coordinato dalla Commissione XIV della Camera dei Deputati (Igiene e Sanità pubblica) 9 dicembre '77.

l'insieme delle scienze sociali; i temi della organizzazione e della utilizzazione della informazione sotto il profilo amministrativo (bilanci), organizzativo (strutture) ed operativo (funzioni).

Se finora il discorso si è sviluppato fundamentalmente attorno al rapporto « società e medicina »; a ben vedere con il processo riformatore si è determinata una chiara tendenza ed esigenza all'inversione del rapporto, che si configura ormai come relazione fra « medicina e società ». Da questo nuovo rapporto occorre muovere per il superamento della triplice crisi, economica, tecnico-organizzativa, culturale che caratterizza la situazione della medicina del nostro tempo in rapporto al nuovo e più pieno significato del concetto di « sanità ».

Vi sono nel dibattito in corso punti di vista teorici e pratici diversi ed anche contrastanti; ma altra cosa è che essi si pongano all'interno, altra che — formalmente o di fatto — si pongano allo esterno della logica e della prassi riformatrice.

Non è facile per l'accumularsi di ritardi, incertezze e resistenze, esprimere pacamente un giudizio complessivo su una vicenda che pure investe la totalità della popolazione italiana; e sui momenti di difficoltà ma anche di slancio e di partecipazione che ne accompagnano lo svolgimento.

Ciò è già materia dell'incontro e delle relazioni iniziali che introdurranno i temi affidati ad illustri e competenti colleghi.

A chi presenta l'incontro sia lecito soltanto ricordare che domenica 17 agosto 1923, a pagina 3179 del suo Zibaldone, Giacomo Leopardi annotava il seguente pensiero:

« E' cosa indubitata che la civiltà ha introdotto nel genere umano mille spezie di morbi che prima di lei non si conoscevano, né senza lei sarebbero state; e niuna, che si sappia, n'ha sbandito, o se pur qualcuna, così poche, e poco acerbe e poco micidiali, che sarebbe stato incomparabilmente meglio restar con queste che cambiarle con la moltitudine, fierezza e mortalità di quelle ». Il filosofo potrà dissentire dalla radicalità ed assolutezza del giudizio; ma lo storico dovrà pure indagare sulle cause che hanno portato e possono portare al verificarsi di tali o consimili effetti; ed il politico e lo studioso dovranno riflettere sulle loro responsabilità nei confronti della civiltà e del genere umano, per trarne motivazione rigorosa al loro operare pratico, morale ed intellettuale.

Dott. SERGIO PADERNI: Orientamenti del Piano Sanitario Nazionale.

1. COLLOCAZIONE DEL PIANO SANITARIO NAZIONALE NELLO SCENARIO ISTITUZIONALE E LEGISLATIVO DELL'ITALIA

1.1. *La riforma dello Stato compiuta con legge n. 382 del 1975: dallo Stato centralista allo Stato delle autonomie.*

La presenza di tanti studiosi di altri paesi rende opportuna una breve introduzione sullo scenario istituzionale e legislativo all'interno del quale si colloca il piano sanitario nazionale.

Nel 1975 il Parlamento italiano ha modificato l'assetto dello Stato, con la legge 22 luglio 1975, n. 382, contenente « Norme sull'ordinamento regionale e sulla organizzazione della pubblica amministrazione ».

Questa legge ha circoscritto i compiti degli organi dell'amministrazione centrale dello Stato alla legislazione generale di principio, alla programmazione economica generale di settore, all'indirizzo e al coordinamento delle attività amministrative delle regioni, al finanziamento ed al controllo dell'uso delle risorse da parte delle regioni, nonché a tutto ciò che attiene agli interessi unitari del paese e ai rapporti internazionali.

Contemporaneamente essa ha attribuito alle Regioni compiti di legislazione di merito, nel rispetto dei principi generali delle leggi-quadro statali; compiti di programmazione puntuale, in conformità alle indicazioni della programmazione nazionale; compiti di promozione, di indirizzo e di coordinamento dell'attività amministrativa degli enti locali; di distribuzione di risorse integrative rispetto a quelle di cui dispongono, a titolo proprio, gli enti stessi, nonché di controllo sulla regolarità amministrativa e sull'impiego delle risorse in questione.

Gli enti locali, da parte loro, sono stati investiti dalla stessa legge di ampia competenza per quanto concerne l'attuazione delle leggi nazionali e regionali, nel quadro delle indicazioni programmatiche delle regioni di localizzazione.

Va soggiunto che ciascun livello, previsto dalla riforma citata, costituisce un livello autonomo di governo, che trova la sua legittimazione politica ed il suo momento di controllo democratico nelle elezioni corrispettive nazionali, regionali e comunali.

Con la riforma del 1975, in altre parole, l'Italia è passata da uno Stato di tipo centralista, dove i tre livelli citati erano, per molte competenze, in rapporto di dipendenza gerarchica tra loro, ad uno Stato decentrato e di autonomie periferiche, dove il rapporto tra i diversi livelli di governo è di tipo politico e funzionale, nel quadro di politiche generali di tipo programmatico.

1.2. La riforma sanitaria compiuta con la legge n. 833 del 1978: dal sistema mutualistico al Servizio sanitario nazionale.

La stagione delle grandi riforme italiane è proseguita nel 1978 con l'approvazione di un'altra importante legge, quella che istituisce il Servizio sanitario nazionale e che è normalmente conosciuta come legge di riforma sanitaria.

Con questa legge-quadro il Parlamento ha decretato la fine del sistema mutualistico, cioè del sistema consolidatosi nel secondo dopoguerra, fondato sul frazionamento della competenza in materia di tutela della salute tra una molteplicità di enti vicari dello Stato: gli enti mutualistici, operanti in regime assicurativo, integrati da modeste attività locali dei Comuni e delle amministrazioni provinciali e rivolti solo ad una parte, sia pure ampiamente maggioritaria, della popolazione.

La legge di riforma sanitaria ha sancito l'inserimento della promozione e della tutela della salute tra i compiti diretti dello Stato, da esercitare attraverso il Servizio sanitario nazionale, unica struttura pubblica preposta a questo compito, in regime non assicurativo ma progressivamente fiscalizzato, rivolto a tutta la cittadinanza, senza distinzioni di alcun genere.

1.3. *Connotazioni della riforma sanitaria.*

La riforma sanitaria è la prima riforma sociale attuata dopo la modificazione istituzionale del 1975 ed è anche la prima, organica applicazione dei principi contenuti nella legge n. 382.

Infatti il sistema sanitario riformato, di cui il Servizio sanitario unificato rappresenta l'espressione operativa, è organizzato istituzionalmente su tre livelli di governo e su tre corrispondenti ambiti differenziali di competenze:

a) a livello centrale:

— spetta al Parlamento di fissare i principi legislativi generali (di cui la legge di riforma sanitaria costituisce il riferimento principale, ma non esclusivo), nonché di approvare il piano sanitario nazionale;

— spetta al Governo e al Ministero della Sanità di predisporre gli atti di indirizzo e di coordinamento delle attività amministrative delle Regioni; di predisporre il piano sanitario nazionale, fissando con esso, tra l'altro, l'entità del Fondo sanitario nazionale e la sua ripartizione tra le Regioni; di controllare l'uso delle risorse; di promuovere la ricerca sanitaria applicata e il miglioramento degli standards di formazione degli operatori sanitari;

— spetta al Consiglio sanitario nazionale, massimo organo di consulenza tecnico-politica nel quale sono presenti i Ministeri interessati, le Regioni e le forze sociali e culturali del Paese, di esprimere parere su tutti i più importanti provvedimenti riguardanti il Servizio sanitario nazionale, nonché di predisporre annualmente la relazione sullo stato di salute del Paese.

b) a livello regionale:

— spetta alle Regioni di disciplinare con legge l'organizzazione e la gestione delle Unità sanitarie locali; di legiferare in merito alle attività da compiere; di predisporre il piano sanitario regionale, stabilendo la ripartizione delle risorse tra le Unità sanitarie locali; di verificare la regolarità amministrativa delle USL, valutandone l'attività anche sotto l'aspetto dell'efficienza e

dell'efficacia; di organizzare e di promuovere le attività formative di competenza regionale (personale infermieristico e tecnico e aggiornamento permanente di tutti gli operatori); di stimolare e di contribuire al finanziamento della ricerca sanitaria applicata.

c) a livello locale:

— spetta ai Comuni di nominare gli organi di gestione delle USL e di esercitare forme particolari di controllo sulle stesse;

— spetta alle USL di provvedere in concreto alla promozione e alla tutela della salute della popolazione, nel quadro delle leggi nazionali e regionali, delle prescrizioni del piano sanitario regionale e nel rispetto dei vincoli di spesa fissati con gli stanziamenti del Fondo sanitario.

Premesso questo indispensabile inquadramento istituzionale - che caratterizza il sistema dei servizi sanitari, ma che costituisce nello stesso tempo lo schema tipo tendenziale di tutto il servizio pubblico italiano - resta da aggiungere che strategicamente e culturalmente la riforma sanitaria italiana è caratterizzata da un deciso orientamento:

— verso il potenziamento delle attività di prevenzione e di recupero sanitario, lavorativo e sociale, ristabilendo un corretto equilibrio con le attività diagnostico-curative che sono state finora nettamente preminenti;

— verso il potenziamento dei servizi assistenziali di base e l'integrazione con i servizi sociali, in accordo con le indicazioni della conferenza internazionale dell'OMS di Alma Ata del 1978;

— verso il riequilibrio territoriale delle condizioni di tutela della salute e di dotazione dei servizi.

2. LA RIFORMA SANITARIA: STATO DI ATTUAZIONE.

Agli ascoltatori degli altri paesi, ma anche a non pochi di quelli nostrani, sorgerà a questo punto la curiosità di sapere a che punto è l'attuazione della legge di riforma sanitaria e, per entrare nel merito dell'argomento, a che punto è, alla data odierna, il piano sanitario nazionale.

Un breve flash anche a questo riguardo, cominciando da una precisazione importante: la entrata in vigore del Servizio sanitario nazionale è fissata per il 1° gennaio 1980. Prima di allora debbono essere perfezionati numerosi adempimenti amministrativi e varati alcuni importanti testi normativi.

Tra questi assumono un rilievo particolare ai fini del rispetto della data del 1° gennaio 1980:

— il decreto delegato sullo stato giuridico e sulla disciplina normativa ed economica del personale destinato a confluire nel Servizio sanitario nazionale;

— le leggi regionali di definizione territoriale, di disciplina degli organi di gestione, di organizzazione degli uffici e di regolamentazione contabile delle USL;

— sul piano dei provvedimenti amministrativi, il decreto ministeriale che fissa i contingenti numerici del personale da inserire nei ruoli regionali per essere destinato alle USL;

— infine, il piano sanitario nazionale e i derivati piani sanitari regionali.

Per quanto riguarda ciascuno di questi atti propedeutici all'avvio del Servizio sanitario nazionale al 1° gennaio 1980, lo stato di avanzamento è il seguente:

— il testo del decreto delegato sullo stato giuridico del personale è stato di recente verificato con le organizzazioni sindacali e sta per essere sottoposto al parere formale delle Regioni e di una speciale commissione formata da 10 deputati e da 10 senatori. Il tempo massimo per l'approvazione del decreto delegato, secondo la delega che il Parlamento si appresta a rinnovare al Governo, è il 20 dicembre p.v.;

— le leggi regionali concernenti le USL sono tutte in via di esame presso le Giunte o i Consigli Regionali tranne quella del Veneto che è già arrivata, anche se non felicemente, all'approvazione dell'Organo statale di controllo. E' realistico prevedere che non tutte le Regioni riusciranno ad approvare le leggi in tempo utile, il che farà sorgere la necessità di qualche disciplina transitoria, parzialmente derogatoria;

— la determinazione dei contingenti numerici del personale da destinare ai ruoli regionali per i compiti delle USL è in avanzata fase di completamento, con l'unica difficoltà dei contingenti della Regione Lazio, dove sono ubicate le Sedi centrali degli enti mutualistici che scompariranno il 1° gennaio prossimo, il cui personale non può ovviamente essere destinato solo alla Regione Lazio, pena un'inflazione di organici non sopportabile economicamente, né utile funzionalmente.

— Per quanto concerne il Piano sanitario nazionale, esso si trova all'esame del Consiglio dei Ministri, che si appresta ad esaminarlo nei prossimi giorni per il successivo inoltro all'approvazione del Parlamento. Va ricordato che il piano sanitario nazionale ha già ottenuto il parere favorevole del Consiglio sanitario nazionale e l'assenso dei Ministri cointeressati (Tesoro, Bilancio, Lavoro, Pubblica Istruzione).

— I piani sanitari regionali sono subordinati alla definizione di quello nazionale e, pertanto, per loro si porranno dei termini da rispettare solo a partire dall'approvazione del piano nazionale da parte del Parlamento. Tuttavia la partecipazione delle Regioni al processo istruttorio, specie per quanto concerne l'esame del piano in Consiglio Sanitario Nazionale e l'attribuzione ad esse di ampi margini di autonomia nell'impiego delle risorse, consentono alle regioni di lavorare in parallelo con gli organi centrali almeno per alcuni aspetti delle specificazioni di piano. Ciò contribuirà presumibilmente ad accorciare i tempi riservati all'elaborazione dei piani regionali.

Per gestire in maniera unitaria e coordinata tutto questo processo di transizione, scongiurando il rischio di slittamenti del termine del 1° gennaio 1980, e per avviare a livello dei servizi locali un processo di riorganizzazione che consenta, anche con modalità eccezionali, il passaggio al nuovo sistema senza interruzioni e senza cadute di funzionalità, il Ministero della Sanità e le Regioni hanno dato vita ad una Commissione ad hoc, che svolge funzioni di controllo e di « stato maggiore » dell'intero processo di transizione.

3. IL PIANO SANITARIO NAZIONALE.

In questo scenario, dinamicamente proiettato verso l'entrata in funzione del Servizio sanitario nazionale, si colloca il piano sanitario nazionale.

Esso si qualifica come uno dei principali strumenti di attuazione della Riforma sanitaria, al quale l'articolo 53 della legge 833 si riferisce con queste espressioni:

« Le linee generali di indirizzo e le modalità di svolgimento delle attività istituzionali del Servizio sanitario nazionale sono stabilite dal Parlamento attraverso il Piano sanitario nazionale. Il Piano sanitario nazionale viene predisposto dal Governo su proposta del Ministero della Sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, in conformità agli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale e tenuta presente l'esigenza di superare le condizioni di arretratezza socio-sanitaria che esistono nel Paese, particolarmente nelle regioni meridionali.

Il piano ha, di norma, durata triennale.

Esso stabilisce per il periodo della durata:

- a) gli obiettivi da realizzare nel triennio;
- b) l'importo del Fondo sanitario nazionale da iscrivere annualmente nel bilancio dello Stato;
- c) gli indici e gli standards nazionali da assumere per la ripartizione del fondo sanitario nazionale tra le Regioni;
- d) gli indirizzi ai quali devono uniformarsi le Regioni nella ripartizione della quota regionale ad esse assegnata fra le unità sanitarie locali;
- e) i criteri e gli indirizzi ai quali deve riferirsi la legislazione regionale per la organizzazione dei servizi fondamentali previsti dalla presente legge e per gli organici del personale addetto al S.S.N.;
- f) le norme generali di erogazione delle prestazioni sanitarie;
- g) gli indirizzi ai quali devono riferirsi i piani regionali ai fini di una coordinata ed uniforme realizzazione degli obiettivi del triennio;
- h) gli obiettivi fondamentali relativi alla formazione e all'aggiornamento del personale;

i) le procedure e le modalità per verifiche periodiche dello stato di attuazione del piano e della sua idoneità a perseguire gli obiettivi che sono stati previsti;

l) le esigenze prioritarie del Servizio sanitario nazionale in ordine alla ricerca biomedica e ad altri settori attinenti alla tutela della salute ».

In conformità a queste indicazioni è stato predisposto nei mesi scorsi il primo piano sanitario nazionale, ad opera di un comitato di tecnici, presieduto dal Prof. Coppini, in collaborazione con l'Ufficio centrale della programmazione sanitaria del Ministero della Sanità, al quale sono preposto.

Hanno contribuito all'approfondimento del piano, altresì, il Consiglio sanitario nazionale, che ha elaborato al riguardo un articolato parere; i Ministeri cointeressati, con osservazioni a livello di Presidenza del Consiglio; numerose associazioni ordinarie e categoriali e la Confindustria, con documenti il cui contenuto è stato tenuto presente nelle varie ristese del piano.

Il documento di piano consta di una ampia relazione illustrativa e di un dispositivo di piano, articolato in 90 punti e tre tabelle, al quale è allegato un documento tecnico con lo sviluppo analitico dei procedimenti di determinazione degli aggregati di spesa del fondo sanitario nazionale.

Nel piano è delineata la strategia di attuazione del Servizio sanitario nazionale, vale a dire che in esso prende contorno un disegno globale di sviluppo del sistema sanitario, che tiene conto di tutti gli aspetti dell'azione pubblica a tutela della salute: istituzionali, organizzativi, tecnico-sanitari, finanziari, culturali.

Il disegno strategico costituisce una sorta di panorama globale entro cui si precisano gli interventi specifici che si intendono compiere nel triennio 1980-82.

Nell'impossibilità di fare tutto e subito, il piano seleziona alcune iniziative giudicandole prioritarie e fattibili nel periodo di validità di tre anni.

Ed ancora: per ciascuna di esse unisce alle indicazioni di merito lo stanziamento contestuale delle risorse finanziarie occorrenti per realizzarle.

Tuttavia, data la dinamica della domanda sanitaria e la scarsa propensione dei centri di decisione (medici, presidi sanitari, unità sanitaria 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 la propria attuazione, in modo da consentire agli organi centrali e regionali di intervenire tempestivamente per correggere gli errori, per rimuovere le disfunzioni, per stimolare gli inadempienti e per promuovere le iniziative carenti.

Riassumendo, il piano sanitario nazionale presenta il seguente « identikit »:

— è un piano globale nel disegno di sviluppo dei servizi sanitari e unitario nella strategia di realizzazione;

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

— è credibile nelle intenzioni, perché suffragato dalla adozione del sistema budgettario che vincola le indicazioni di merito e specifici stanziamenti di bilancio;

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

4. I CONTENUTI DEL PIANO SANITARIO NAZIONALE.

Il piano sanitario nazionale contiene le seguenti indicazioni di merito:

— tre obiettivi strategici;

— dieci azioni programmatiche da svolgere nel periodo 1980-82;

— le risorse da stanziare per il compimento delle azioni programmatiche e 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.

4.1. 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.

4.2. I contenuti delle azioni programmatiche fissate per il triennio 1980-82 sono i seguenti:

a) L'azione programmatica denominata « La strutturazione organica dei presidi e dei servizi » si propone di dotare il Servizio sanitario nazionale dello strumento operativo unitario occorrente per l'assolvimento dei compiti istituzionali e, quindi, per l'attuazione delle azioni programmatiche di merito.

b) L'azione programmatica « L'estensione dell'assistenza sanitaria a tutta la popolazione e l'unificazione delle prestazioni sanitarie » è finalizzata a realizzare in concreto il principio costituzionale dell'eguaglianza dei cittadini rispetto alla tutela della salute, superando definitivamente il criterio dell'assistenza sanitaria per categorie.

c) L'azione programmatica « Progetti obiettivo » prevede un triplice ordine di interventi destinati rispettivamente:

— alla lotta alla mortalità infantile e alla tutela dell'età evolutiva;

— alla tutela degli anziani;

— alla tutela della salute dei lavoratori in ambiente di lavoro.

Lo scopo dell'azione dedicata alla tutela dell'infanzia è quello abbattere in misura consistente, entro il 1982, l'alto quo-

ziente di mortalità perinatale e infantile, che colloca l'Italia ai primi posti tra i paesi europei in questa triste graduatoria; di eliminare i forti squilibri che il fenomeno presenta tra le varie regioni italiane; e di avviare, a partire dai nuovi nati, una sistematica e organica tutela sanitaria, i cui effetti globali dovrebbero rendersi evidenti nel lungo periodo con il ricambio delle generazioni.

Con il progetto-obiettivo « Tutela degli anziani » si tenta di dare una risposta concreta e globale ad una serie di fenomeni tipici dell'epoca attuale, che vanno dal progressivo e costante invecchiamento della popolazione, alla sistematica espulsione degli anziani dalle attività produttive e sociali, all'elevato ricorso alla loro spedalizzazione o al ricovero in istituzioni assistenziali (con una forte incidenza di spesa, specie per le degenze ospedaliere), alla carenza di strutture alternative in cui queste persone possono dignitosamente vivere e occupare la propria giornata.

Il progetto obiettivo « Tutela della salute dei lavoratori in ambiente di lavoro » si propone, invece, di fornire una risposta adeguata e globale ai rischi specifici cui sono sottoposti i lavoratori in ambiente e per ragioni di lavoro, recuperando le elaborazioni culturali e le esperienze maturate nel Paese da parte di forze sociali e scientifiche ed in particolare dal movimento dei lavoratori.

E' opportuno chiarire cosa il Piano sanitario nazionale intende con il termine progetto-obiettivo. Il punto 31 del dispositivo del piano dice al riguardo:

« Si definisce progetto-obiettivo l'assunzione tra le indicazioni di piano di un impegno operativo in un particolare campo della tutela della salute, idoneo a fungere da polo di aggregazione di attività molteplici, sia proprie della struttura sanitaria — che viene mobilitata in tutte le sue componenti nel perseguimento dei fini del progetto-obiettivo — sia proprie di altri settori dell'azione pubblica, che possono rivelarsi utili anche per gli scopi di tutela sanitaria specificamente perseguiti nel periodo di validità del piano. La concentrazione intersettoriale degli impegni trova nella programmazione economica generale, nazionale e regionale, il suo momento di sintesi e di determinazione degli apporti

qualitativi e quantitativi dei vari settori, restando affidato alla programmazione settoriale sanitaria di indicare i modi in cui tali apporti possono saldarsi all'iniziativa propria del Servizio sanitario nazionale ».

In altre parole con i progetti-obiettivo il piano sanitario nazionale sollecita una concentrazione di sforzi plurisettoriali sui tre temi specifici, in modo da conseguire al termine del triennio risultati possibilmente risolutivi al riguardo.

d) L'azione programmatica: « La formazione del personale » persegue l'intento di dotare il Servizio sanitario nazionale di un numero sufficiente di operatori nelle varie qualificazioni, adeguatamente preparati allo svolgimento dei compiti previsti dalla riforma sanitaria e alla nuova logica di intervento per la promozione e la tutela della salute, nonché di rinnovare il processo di formazione degli operatori medici e non medici da impiegare nel Servizio sanitario nazionale.

e) L'azione programmatica avente ad oggetto « l'attivazione degli strumenti conoscitivi » è stata concepita come modalità per raccogliere le necessarie informazioni, occorrenti ai diversi livelli gestionali per programmare, finanziare e controllare lo sviluppo del Servizio sanitario, in relazione ai bisogni reali emergenti ed alle risorse disponibili.

Questa azione programmatica prevede l'attivazione di un sistema informativo sanitario strutturato a livello centrale, regionale e locale, con compiti di raccolta, elaborazione e valutazione sia di dati ricorrenti, sia di dati mirati, di natura epidemologica, di volta in volta selezionati in relazione alle ricerche da compiere, nonché di diffondere gli elementi informativi concernenti il S.S.N. per fini di educazione sanitaria, di valutazione e di controllo democratico e di supporto conoscitivo alle varie iniziative particolari.

L'azione prevede, altresì, l'adozione della programmazione di bilancio intesa come sistema integrato di pianificazione e di controllo dell'uso delle risorse, per la verifica degli atti gestionali non solo in termini giuridico-contabili, ma anche di attuazione dei programmi, di efficienza e di efficacia.

Particolare attenzione è riservata dal piano alle informazioni finanziarie trimestrali che le USL sono tenute a fornire alle

Regioni e queste ai Ministeri della Sanità, del Tesoro e del Bilancio, nonché alla possibilità di conoscere in tempo reale la situazione finanziaria di cassa delle USL attraverso un apposito raccordo delle tesorerie provinciali ed il sistema informativo della Banca d'Italia.

f) L'azione programmatica denominata « Le iniziative rivolte ai soggetti » consta di un ventaglio di attività (educazione sanitaria, aggiornamento professionale permanente degli operatori, coinvolgimento del personale allo sviluppo del sistema), che trovano la loro ragione d'essere nella consapevolezza che non bastano i provvedimenti legislativi, le modificazioni organizzative e gli stanziamenti di fondi per realizzare le riforme, ma che occorre anche il concorso di comportamenti coerenti da parte delle persone che costituiscono il sistema, come utenti o come operatori, e che i comportamenti umani rispondano a leggi particolari che non possono essere trascurate o disattese, ma che vanno viceversa studiate, comprese e correttamente utilizzate in senso finalizzato agli obiettivi della riforma sanitaria.

g) L'azione programmatica denominata « Le iniziative nel campo della ricerca sanitaria finalizzata » ha per scopo di promuovere il coordinamento delle attività promozionali dei vari enti pubblici che con il loro concorso finanziario sostengono la ricerca sanitaria, nonché di indirizzare le ricerche finanziate verso i temi emergenti del SSN, a cominciare dalle materie oggetto dei progetti-obiettivo prima ricordati.

h) L'azione programmatica « Adeguamento del Ministero della Sanità » ha per fine la ristrutturazione degli uffici del massimo organo amministrativo centrale. Essa trae origine, e si giustifica, con l'ampio decentramento di funzioni legislative, finanziarie e amministrative alle Regioni e agli enti locali previsto dalla legge di riforma sanitaria, in coerenza con la Riforma dello Stato di cui alla legge n. 382/75.

Per salvaguardare il carattere unitario del Servizio sanitario nazionale e assicurare uno sviluppo armonico nelle varie zone del Paese, a tale ampio decentramento deve corrispondere a livello centrale un penetrante potere di indirizzo, di coordinamento e di controllo sul risultato e sull'uso delle risorse, nonché la possibili-

tà di promuovere interventi correttivi o repressivi delle situazioni disfunzionali.

L'obiettivo da raggiungere nel triennio è quello di organizzare una amministrazione centrale attiva, motivata culturalmente e tecnicamente preparata, in grado di fungere da riferimento istituzionale per assicurare la uniformità della tutela della salute e per garantire il superamento degli squilibri territoriali.

i) L'azione programmatica: « Definizione di un sistema di indicatori socio-sanitari » ha per scopo di mettere a disposizione delle autorità di governo e della pubblica opinione uno strumento per verificare quanta parte degli obiettivi di piano viene realizzata, in periodi di tempo predeterminati, rispetto agli obiettivi fissati, alle attività svolte ed alle risorse impiegate.

l) L'ultima azione programmatica « Azioni finalizzate al risparmio » trova la sua ragion d'essere ed il suo scopo nella necessità di liberare risorse umane e finanziarie da impieghi tradizionali, antieconomici, per destinarle a nuove e qualificanti funzioni nel settore sanitario, nonché nella esistenza documentata di sprechi e di spese inessenziali, che pongono agli organi del SSN il dovere di intervenire drasticamente per porre fine a tale stato di cose, concorrendo per questa via al contenimento del disavanzo pubblico allargato.

4.3. Quanto all'entità delle risorse stanziare per attuare le 10 azioni programmatiche e per assicurare a tutta la popolazione un'organica e unitaria tutela della salute, esse ammontano per il 1980 a 15.594 miliardi di lire per spese correnti e a 446 miliardi di lire per investimenti, con un totale di miliardi 16.040 pari al 5,22% del P.I.L., calcolato quest'ultimo in 307.000 miliardi di lire secondo le indicazioni della relazione previsionale 1980, approvata dal Governo nei giorni scorsi.

Tale cifra salirà sicuramente nel corso dell'anno prossimo per effetto di alcune revisioni delle stime effettuate e di provvedimenti legislativi o contratti di lavoro definiti dopo l'elaborazione del piano sanitario.

L'uso delle risorse è vincolato per alcuni aspetti ritenuti indispensabili a garantire la governabilità economica del sistema sanitario o legati ad esigenze di uniformità del sistema stesso;

per altri aspetti, invece, le Regioni hanno ampia autonomia di decidere come impiegare le risorse. Questa soluzione si è resa preferibile a causa delle difformità delle situazioni di partenza che possono richiedere strategie differenti — e quindi uso diverso delle risorse — per pervenire ad un soddisfacente grado di uniformità nelle condizioni di tutela della popolazione.

Costituiscono vincolo per le Regioni, secondo le prescrizioni del piano sanitario:

— il rispetto del tetto di spesa costituito dalla quota di fondo sanitario nazionale assegnata a ciascuna Regione;

— la ripartizione degli stanziamenti per spesa corrente e per spese d'investimento;

— la destinazione delle risorse per investimenti (edilizia ospedaliera; presidi extraospedalieri; presidi multizonali con funzione interregionale);

— la riserva di quote minime delle spese correnti agli impieghi innovativi (educazione sanitaria, formazione e aggiornamento del personale, progetti-obiettivo, ricerca sanitaria applicata).

4.4. La gestione politica del processo programmatico è basata sulla diretta collaborazione tra Stato e Regioni (per quanto concerne la programmazione nazionale) e tra Regioni, enti locali, università, sindacati e altre forze sociali (per quanto concerne la programmazione regionale), che si esprime sia nell'istruttoria dei piani sanitari, che nella verifica dei risultati conseguiti, e nei riadeguamenti annuali del documento di piano, attraverso modalità che vanno dalla collaborazione tecnica tra gli apparati burocratici, allo scambio sistematico di informazioni e consulenze, al rapporto politico diretto del Ministro della Sanità con gli assessori regionali alla sanità, alla presenza formale dei due livelli di governo nel Consiglio sanitario nazionale.

L'approvazione dei piani sanitari, inoltre, essendo fatta con legge nazionale o regionale, è preceduta da ampi dibattiti politici del Parlamento e nei Consigli regionali e ciò è di per sé stesso garanzia di democraticità e di pubblicità del processo decisionale.

5. IL PIANO SANITARIO NAZIONALE E I LAVORI DI QUESTO PRIMO INCONTRO INTERNAZIONALE

5.1. *Gli orientamenti del piano sanitario.*

Quale « messaggio » contiene, dunque, il piano sanitario nazionale, o per dirla con il tema di questa mia relazione, quali « orientamenti » esprime il documento di piano che ho illustrato?

Sicuramente esso testimonia la volontà dell'Italia di munirsi di strumenti operativi nuovi, il Servizio sanitario nazionale e le Unità sanitarie locali, per affrontare in maniera diversa i temi della tutela della salute.

In secondo luogo, esso esprime la ferma volontà di passare da un sistema sanitario a crescita spontanea, dove la crescita è stata sinora frutto di iniziative particolaristiche, di spinte corporative, di bisogni in crescita continua anche per effetto di pressioni pubblicitarie, di informazioni carenti o distorte e di « mode sanitarie », a un sistema a sviluppo programmato, rispondente nella sua articolazione, nella sua operatività e nella sua evoluzione ad una precisa politica sanitaria, raccordata al processo di sviluppo economico e sociale del Paese.

Infine, occupandosi il piano sostanzialmente di definire l'entità e la direzione di riallocazione delle risorse finanziarie, esso esprime il proposito di rendere governabile e controllabile l'uso di queste risorse; di rendere compatibile con la situazione economica del Paese l'entità delle risorse impegnate nel comparto sanitario accrescendo la « produttività » del loro impiego; e di rendere coerenti con la linea di sviluppo economico, di recente delineata dal Governo, le indicazioni del piano.

5.2. *Il collegamento con i temi di questo primo incontro internazionale.*

Alla luce di questa ultima riflessione, l'illustrazione che ho avuto l'onore di svolgere alla vostra attenta presenza può costituire una utile introduzione ai temi specifici di questo primo incontro internazionale.

Infatti, (rinviando alle trattazioni dei relatori di merito):

— in materia di contenimento, razionalizzazione e controllo

della spesa (oggetto della prima parte degli incontri) possono risultare di qualche interesse:

a) il sistema dei vincoli di spesa e la responsabilità degli amministratori, previsti dal piano sanitario nella parte dedicata alla gestione politica del processo programmatico;

b) l'intervento « a monte » sui medici per una loro corresponsabilizzazione negli effetti economici dei comportamenti sanitari — dato che il sistema dei vincoli di spesa, operando a posteriori, su comportamenti già avvenuti non può rappresentare da solo una soluzione valida — previsto dall'azione programmatica « le iniziative rivolte ai soggetti »;

c) l'intervento sul processo di formazione delle « decisioni di spesa », attraverso la programmazione di bilancio, i controlli e i rendiconti trimestrali di cassa e le misure correttive in corso d'esercizio in caso di superamento degli stanziamenti previsto dall'azione programmatica: « l'attivazione degli strumenti informativi »;

d) il sistema delle informazioni finanziarie attraverso il SIS ed in particolare la novità della conoscenza in tempo reale della situazione di cassa delle USL, attraverso il sistema informativo della Banca d'Italia alla quale saranno collegate le banche che fungono da sportello delle tesorerie provinciali dove sono depositate le disponibilità delle USL, previsto dalla stessa azione programmatica;

e) le iniziative che configurano, nei vari campi d'intervento la lotta agli sprechi ed ai consumi inessenziali, previste dall'azione programmatica « le azioni finalizzate al risparmio ».

— In materia di integrazione dei servizi a livello di unità locali (oggetto della seconda parte degli incontri) possono risultare di qualche interesse:

a) il modello dei servizi indicato dall'azione programmatica « la riorganizzazione dei servizi » e in particolare le tematiche della ricomposizione « orizzontale » delle varie attività settoriali a livello di « distretto sanitario »;

b) l'integrazione dei servizi sanitari e sociali, così come è

auspicata e promossa dal piano, nel quadro del DPR 616 e dell'art. 25 della legge 833;

c) il superamento della concezione esclusivamente settoriale del sistema informativo locale, che non deve limitarsi solo alle notizie d'ordine sanitario.

Conclusione

Esprimo tutto il mio apprezzamento al Presidente del CNEL per la tempestività e la puntualità dell'iniziativa, che testimonia l'interesse con cui il CNEL — componente di rilievo del Consiglio Sanitario Nazionale — segue i temi della riforma sanitaria.

Auspico che forme di verifica delle rispettive esperienze nazionali possano essere ripetute più spesso, con carattere di periodicità.

Per quanto riguarda l'Ufficio della programmazione sanitaria del Ministero della Sanità, che è stato costituito solo da pochi mesi con la legge di riforma sanitaria, giudico preziosa la presente occasione, che mi consente di stabilire contatti diretti con esponenti della massima qualificazione di altri servizi sanitari, con i quali — voglio sperare — i contatti potranno proseguire, cordiali e reciprocamente proficui anche dopo questo stimolante incontro romano.

PRIMO TEMA

**POLITICHE DI CONTENIMENTO,
RAZIONALIZZAZIONE E CONTROLLO
DELLA SPESA SANITARIA PUBBLICA IN EUROPA**

Con la relazione del Prof. Coppini, Consigliere del CNEL e Presidente del Comitato Tecnico Scientifico per la Programmazione sanitaria nazionale, è stato introdotto il primo tema dell'Incontro. Il Relatore, riferendosi all'accrescersi della spesa sanitaria in misura percentuale maggiore di quella del reddito nazionale, si è posto di fronte il problema dell'efficacia e della produttività dell'assistenza sanitaria, e cioè se e come si possa in effetti raggiungere una relativa soddisfazione delle reali esigenze degli utenti. E con un esempio ha dimostrato che non è semplice giungere ad un unanime confluire di soddisfazione e di intenti.

Il Prof. Abel Smith, della London School of Economics and Political Science, ha inteso portare il suo contributo di attento studioso all'analisi delle tendenze della spesa sanitaria nei vari Paesi europei, cercando di trovare giustificazione all'incremento della spesa e sottolineando gli interventi dei Governi a breve e lungo termine per controllare i costi, senza peraltro attenuare l'efficienza dei servizi.

Il pomeriggio del giorno 9 i lavori sono stati ripresi con la presidenza del Dr. SIMONCINI, Vice Presidente del CNEL.

Il Dr. Tamburi, Direttore del Dipartimento Sicurezza Sociale dell'Ufficio Internazionale del Lavoro, ha ampliato il discorso del Prof. Abel Smith, annotando le eguali preoccupazioni degli altri Paesi non comunitari, costretti ad introdurre misure di contenimento della spesa sanitaria.

La Dr.ssa Szulc, del Ministero della Sanità e della Sicurezza Sociale Polacco, a nome del Dr. Zielinsky, Direttore Generale per l'Assistenza e la Riabilitazione dello stesso Ministero, si è intrattenuta su alcuni aspetti della programmazione finanziaria e del controllo della spesa pubblica per la sanità del Servizio Sanitario Polacco.

Il Dr. Schmieder, Direttore Aggiunto della Direzione Generale degli Ospedali e della Sicurezza Sociale di Francia, ha chiuso la serie delle relazioni della prima giornata. Il Relatore ha fornito una chiara spiegazione della Carta Sanitaria preparata dal Governo francese, a dimostrazione dell'interesse che il Governo stesso attribuisce alla migliore distribuzione degli ospedali in rapporto alle esigenze della popolazione. Ma gli ospedali costano, e non si vuole che troppi oneri ricadano sull'assicurazione di malattia: il modo migliore di gestire un ospedale è quindi un obiettivo che il Governo persegue con tenacia e volontà.

Il Presidente Simoncini ha dato quindi inizio alla discussione sul primo tema della giornata.

Sui vari aspetti trattati hanno preso la parola rappresentanti di diverse Organizzazioni.

Il Dr. Scotti, Presidente del Comitato Interassociativo per la Programmazione Sanitaria della Confindustria, ha fatto alcune considerazioni sugli aspetti tecnico-finanziari del Servizio ed in particolare ha sottolineato che l'efficienza e gli effetti di una riforma, che coinvolge una non facile e non rapida revisione culturale del problema sanitario da parte di tutta la nazione, non si può attuare dal 31 dicembre al mattino del 1° gennaio come se si trattasse dell'ora legale.

Il Prof. Delogu, dell'Istituto di Studi per la Programmazione Economica, si è richiamato alle relazioni del Prof. Coppini e del Prof. Abel Smith, evidenziando che non è facile individuare i motivi dell'accrescersi della spesa sanitaria in rapporto ad un effettivo migliore stato di salute dei cittadini. Ed ha sottolineato che in definitiva il problema si è risolto in un'affermazione della esigenza di un maggior controllo della spesa per un suo contenimento, senza peraltro che ne risulti una diminuita efficienza della tutela.

Ha auspicato, infine, nella strutturazione del Servizio, due interventi che a suo dire dovrebbero modificare l'atteggiamento di tutti nel dare e nell'usufruire dell'assistenza. Il primo relativo ad una nuova educazione sanitaria che coinvolga classe medica e cittadini. Il secondo concernente l'attività di prevenzione come approccio epidemiologico e concreto rapporto salute-società.

Il Prof. Alvaro, Docente di Statistica Economica all'Università di Roma, ha fatto un'ampia disamina della spesa sanitaria in Italia, non senza critiche ai comportamenti dei sanitari e degli utenti già appartenenti agli Istituti di Assicurazione Sociale.

Il Dr. Tavazza della S.A.G.O. (Sistema automatico governo organizzazione sanitaria) si è intrattenuto su un concetto fondamentale per l'avvio del Servizio e cioè sulla necessità di definire schemi organizzativi dei vari servizi di cui si dovrà comporre il Servizio Sanitario al fine di qualificare i livelli assistenziali. Senza questa precisa determinazione di disciplina e contenuto dei servizi non si può, a suo avviso, fissare la spesa, né tanto meno, contenerla.

Il Dr. Carra, dell'Ufficio Studi del Ministero della Sanità, si è riferito alla politica di contenimento e controllo della spesa sanitaria evidenziando una determinata situazione italiana nella quale gli squilibri di spesa dovuti alla maggiore disponibilità di mezzi e strutture hanno dato origine a più alti livelli assistenziali. E poiché la politica sanitaria vuole che si assicurino livelli uniformi di protezione per

tutti i cittadini ha chiesto, laddove in altri Paesi si sono rilevate situazioni analoghe, quali misure siano state adottate, non nascondendosi il disagio dell'avvio di politiche restrittive verso coloro che hanno di più.

Il Dr. Montoya, dell'Organizzazione mondiale della sanità, riferendosi alla relazione del Dr. Paderni sui livelli delle prestazioni sanitarie, chiede quali criteri saranno seguiti per conseguire sul piano dell'equità un uniforme livello nazionale di prestazioni che, contemporaneamente risponda ad equità relativamente all'incidenza della spesa per l'assistenza sanitaria di base in confronto con l'analogo onere dei paesi Europei.

In assenza del Dr. Paderni, il Prof. Coppini, che ha partecipato alla formulazione del piano economico sanitario, spiega come la determinazione della spesa sanitaria e l'equilibrio dei finanziamenti alle singole Regioni, per assicurare il conseguimento di un uniforme livello di prestazioni, siano stati oggetto di meditazione e discussione, anche perché si trattava di trovare una soluzione idonea ad eliminare gradualmente le forti disparità di trattamenti e di spesa preesistenti all'istituzione del Servizio Sanitario nelle varie regioni.

L'obiettivo è stato, dunque, di determinare in primo luogo la spesa globale e ciò è stato fatto valutando gli incrementi da apportare al complesso della spesa sanitaria rilevata nel 1977 per adeguarla al 1980; si è così ottenuta la somma di 16 mila miliardi. Quindi si è proceduto alla valutazione della ripartizione della somma fra le varie regioni in rapporto al numero dei propri abitanti, considerando una successione di elementi. Uno di carattere obiettivo dovuto all'esistenza nelle regioni di diverse esigenze che sono state concretate in determinati indici; differenze dovute alla diversa morbilità che si manifesta per condizioni di ambienti, di clima, di lavoro, di cultura, e di queste si è tenuto conto nella ripartizione della popolazione operata in tre grandi gruppi: quello appartenente all'infanzia, l'altro in cui si ricomprendono tutte le persone in età lavorativa, ed il terzo al quale appartengono gli anziani.

Individuati gli indici per ciascuno di questi gruppi, sono stati scelti, come ragionevolmente idonei a fornire elementi di giudizio sull'importanza dei fenomeni morbosi, i seguenti indici: per le classi infantili, l'indice di mortalità, per la popolazione adulta le statistiche relative agli infortuni sul lavoro, per gli anziani le cause di mortalità tipiche della senilità.

In tal modo si è così ripartita tra le Regioni la somma globale di L. 16.000 miliardi.

Questa situazione, però, portava a modificare l'assegnazione a ciascuna regione delle somme per l'assistenza sanitaria essendo questa ripartizione teorica notevolmente diversa dalla situazione in atto

nel 1977. Si aveva in effetti da un lato la spesa di 16.000 miliardi ripartita secondo le risultanze delle situazioni proprie a ciascuna Regione antecedentemente all'istituzione del Servizio Sanitario, dall'altro la spesa teorica calcolata secondo gli indici di rischio nelle singole classi di età. Quindi forti divari in più e in meno che richiedevano l'adozione di misure graduati per avvicinarsi alla spesa teorica e ciò è stato fatto prevedendo un periodo di sei anni per tale avvicinamento: e cioè per ogni anno alla spesa storica si detrae un sesto e si attribuisce il sesto secondo i calcoli della spesa teorica.

Naturalmente il metodo suggerito non è da considerare statico ed il tempo consentirà di valutare se gli indici sono esatti o debbono essere modificati.

Al secondo quesito del Dr. Montoya ha risposto il Prof. Abel Smith premettendo che in linea di principio i paesi, i quali hanno uno sviluppato sistema di assistenza sanitaria primaria, dovrebbero avere una minore spesa globale. In realtà ove si consideri che l'Olanda, la Danimarca, forse l'Irlanda, ma certamente la Gran Bretagna hanno sistemi portanti di medicina generale, non certo si può affermare che i loro costi globali siano diminuiti; è certo, però, che economie si sono realizzate in altri settori dell'assistenza sanitaria.

Se esistono possibilità di rendere ancora più valido il sistema di assistenza sanitaria primaria è oggetto di uno studio che si sta conducendo presso l'Università di Lovanio. Lo studio prende in esame i nove Paesi della Comunità Economica Europea ed è probabile che entro l'anno si possano conoscere i primi risultati.

In ordine al quesito posto dal Dr. Carra se esistono esempi di solidarietà tra gruppi sociali per consentire un'espansione dei servizi sanitari a favore di gruppi o di aree meno favoriti, il Dr. Tamburi fa presente che a sua conoscenza esiste un Paese, e cioè la Finlandia, il quale è riuscito, con il consenso generale e attraverso la pianificazione, a stornare dal settore ospedaliero delle somme ingenti per indirizzarle in favore dei servizi sanitari delle zone rurali. Cioè si è richiesto un sacrificio, accettato solidaristicamente, alle popolazioni urbane.

I lavori, interrotti alle ore 18, sono stati ripresi il giorno successivo, sotto la Presidenza del Dr. Simoncini, per proseguire la trattazione del primo tema sulle politiche di contenimento, razionalizzazione e controllo della spesa sanitaria pubblica in Europa.

Il Dr. Scott-Moncrieff, della Direzione Finanze del Ministero della Sanità e della Sicurezza Sociale Inglese, ha parlato dell'esperienza vissuta dal Servizio Sanitario del suo paese, il primo a sorgere in Europa appena uscita da una guerra di devastazione.

Il Relatore ha messo in evidenza come il sistema globale di protezione della salute, in un primo momento di generale soddisfa-

zione dei cittadini, sia stato riveduto alla luce dell'esperienza perché fossero meglio precisati i limiti di quanto può essere considerato come « abbastanza » ai fini di un efficace ed efficiente sistema e quindi come si sia pervenuti ad una nuova struttura che fa del medico generico il centro dell'area sanitaria nell'ambito della quale sono organizzati i diversi servizi.

Ha quindi preso la parola il Dr. Gautier, Responsabile per il Bilancio della Direzione Generale degli Ospedali del Ministero della Sanità e della Sicurezza Sociale di Francia, il quale ha fatto conoscere le esperienze in corso sul nuovo modello di formazione di un bilancio ospedaliero.

La trattazione del Primo Tema è stata chiusa con le relazioni del Dr. Crijns, Direttore della Direzione Generale Occupazione e Affari Sociali della CEE, e del Dr. Draperie, Capo del Servizio della Sicurezza Sociale della CEE.

Il Dr. Crijns, in un'ampia relazione, ha sottolineato l'importanza degli studi condotti dalla CEE sul problema che attualmente interessa tutti i Paesi della Comunità: come governare la spesa sanitaria di fronte al suo continuo accrescersi.

Il Dr. Draperie si è intrattenuto sul bilancio sociale europeo, ora alla sua seconda edizione, ed ha posto in evidenza come il problema di fondo, determinato dall'evolversi dell'ampiezza di questo bilancio, sia di trovare una risposta per i prossimi anni alle divergenze che divengono strutturali tra l'aumento delle spese per prestazioni da un lato, che sembrano avere una dinamica autonoma, corrispondendo in effetti alle esigenze di diritti acquisiti e l'evoluzione delle entrate che sono da ritenersi sempre più difficili da reperire in un insieme economico depresso.

Il Presidente Dr. Simoncini, dopo la relazione del Dr. Draperie, ha aperto la discussione.

Sono intervenuti: il Dr. Valli della FIARO che ha parlato della evoluzione dell'ospedale nella sua qualificazione in rapporto alle esigenze della medicina di fronte alle varie categorie di ammalati: di qui una diversificazione nelle strutture ospedaliere. Diversificazione che può condurre ad un ridimensionamento della spesa.

Il Prof. Mantovani, Direttore dell'Istituto di malattie infettive della Facoltà di Medicina Veterinaria di Bologna, ed il Prof. Bellani, Direttore Generale dei Servizi Veterinari del Ministero della Sanità, nel loro contributo di studio, hanno indicato l'ipotesi di una razionalizzazione della spesa pubblica veterinaria.

Il Prof. Magi, Coordinatore del Centro Studi della Federazione Nazionale Ordine dei Medici, ha parlato sul ruolo del medico nel

Servizio Sanitario, evidenziando la necessità di una giusta collocazione che veda il medico pienamente responsabilizzato a tutti i livelli decisionali.

L'Avv. Dominijanni, Assessore alla Sanità della Regione Calabria, ha incentrato il suo intervento sull'impegno delle Regioni e quindi sulla capacità della classe politica nel sapere equilibrare le esigenze, specie da parte delle Regioni più avanzate, del contenimento e razionalizzazione della spesa sanitaria con quelle poste dalla necessità di assegnare maggiori mezzi alle regioni meno sviluppate.

RELAZIONI

COPPINI

ABEL SMITH

TAMBURI

SZULC

ZIELINSKI

SCHMIEDER

SCOTT-MONCRIEFF

GAUTIER

CRIJNS

DRAPERIE

Prof. MARIO ALBERTO COPPINI: Introduzione al tema.

1. Al solo parlare di assistenza sanitaria i Ministri del Tesoro hanno un fremito, la gente comune formula accuse più o meno generiche contro i Governi ed i responsabili dei servizi, manifestando così la propria insoddisfazione, i tecnici scuotono la testa increduli sui rimedi che vengono volta a volta suggeriti.

Eppure nessun paese e nessuno dei suoi cittadini pensano anche minimamente a far macchina indietro, mentre le nazioni emergenti si affannano a formulare progetti per la istituzione o l'estensione della tutela sanitaria; poiché malgrado tutto tale tutela, generalizzata a tutta la popolazione, contribuisce ad un grande obiettivo sociale ed è, per i paesi che l'hanno realizzata, una delle conquiste più significative della seconda metà di questo secolo.

Non resta quindi che pazientemente confrontare le esperienze, raccogliere elementi di giudizio — purtroppo ancora scarsi e poco affidabili — avere fiducia nel valore del dibattito sui problemi e sulle loro cause; armarsi di un sano pragmatismo; studiare le soluzioni per l'oggi, cercando intanto di incidere sui fattori che potranno domani migliorare la situazione.

Il primo tema dell'« Incontro » vuol essere appunto una occasione per riflettere su questi argomenti con la guida delle indicazioni che ci verranno fornite dai relatori.

2. Ma, in primo luogo, la insoddisfazione degli utenti e l'aumento dei costi sono veramente una realtà?

Sull'atteggiamento di coloro che fruiscono dei servizi sanitari non è possibile purtroppo dare risposte precise. Non esiste, che io sappia, alcuna inchiesta recente e seria — del tipo ad esempio di quella assai interessante promossa dalla Direzione della previdenza sociale della CEE in materia di abbassamento

dell'età di pensionamento per vecchiaia — che ci illumini sul vero stato d'animo dei cittadini europei in questo campo.

Se si deve tener conto delle proteste che appaiono sulla stampa o che vengono sollevate soprattutto nelle assemblee sindacali, i motivi di inquietudine prevalgono, ma quasi sempre coloro che protestano costituiscono un campione distorto della pubblica opinione e forse il reale apprezzamento dei singoli è meno negativo di quanto si ritiene comunemente. In tal senso una vecchia inchiesta promossa dall'Istituto nazionale assicurazione malattia permise di acquisire indizi quasi positivi.

Resta in ogni caso un mistero perché sino ad oggi con il fiorire di tanti sondaggi su argomenti futili, nessuna iniziativa seria sia stata assunta al riguardo.

Quanto alla spesa l'informazione è assicurata almeno per i paesi della CEE dai dati raccolti nei « conti sociali » e dalle proiezioni effettuate periodicamente con il « bilancio sociale ». Non si tratta certo di dati perfetti ma sono in ogni caso i migliori disponibili.

Ecco quanto ho ricavato da una semplice elaborazione delle statistiche contenute nelle « note rapide di sicurezza sociale ».

*Incidenza percentuale delle prestazioni per la malattia
sul prodotto interno lordo*

	1970	1974	1975	1976	1977
Belgio	3,8	4,6	5,4	5,7	—
Danimarca	5,4	7,1	7,4	7,5	—
Francia	4,9	5,3	6,0	6,0	6,0
Germania	5,7	7,3	7,9	7,7	7,6
Irlanda	3,7	5,2	7,2	6,4	—
Italia	4,3	6,0	5,8	5,6	5,5
Lussemburgo	2,8	3,1	5,1	5,4	5,8
Paesi Bassi	6,0	7,6	8,2	8,2	8,3
Regno Unito	4,1	4,9	5,1	5,0	4,9

I dati si riferiscono purtroppo alla branca « malattia » ed includono quindi le prestazioni in denaro, mentre escludono forme di assistenza sanitaria a carico di altri settori della sicurezza sociale. Tuttavia, pur nella loro incompletezza le cifre mostrano chiaramente che l'accrescimento rapido del tasso di incidenza, già constatato negli anni '60, si manifesta ancora tra il 1970 ed il 1975, mentre a partire dal 1976 si ha un arresto di tale dinamica ed in qualche caso un leggero regresso.

Il problema dell'incremento delle spese sanitarie rispetto al reddito nazionale è dunque reale, anche se negli ultimi anni sembra assumere dimensioni minori, dimensioni però ugualmente preoccupanti sia per l'alto livello raggiunto ormai dai tassi di incidenza, sia per l'attuale situazione di crisi economica che condiziona ogni progresso in materia sociale.

3. Quest'ultima constatazione è certo valida di per sé per giustificare la scelta del tema e potrebbe esaurire il mio compito. Ma voglio tentare di compiere un piccolo passo sul terreno dell'analisi come contributo personale al dibattito: lo farò attraverso una serie di affermazioni — che avrebbero bisogno di essere ampiamente giustificate per evitare il rischio di essere frainteso — nell'intento di non occupare il tempo destinato alle relazioni.

Anzi spero che mi consentirete di far uso di un paragone forse banale, il quale permette tuttavia di giungere subito allo scopo.

Supponiamo che un improvviso trionfo del femminismo conduca ad un permanente rifiuto delle madri di famiglia ad occuparsi del desco domestico e che si ponga quindi l'esigenza di un pubblico servizio « fiscalizzato » per la preparazione dei pasti a tutta la popolazione. So bene che può essere proposta in alternativa la sostituzione degli uomini in tale mansione, ma concedetemi l'ipotesi che la vittoria delle donne non giunga a tanto. La cosa può essere vista con riferimento a quattro obiettivi essenziali, due di natura oggettiva e due di natura soggettiva:

primo: l'efficacia del servizio, cioè la rispondenza dei mezzi ai fini, ovvero per valermi del paragone, la fornitura a tutti gli utenti delle calorie e dei principi nutritivi a ciascuno necessari;

secondo: la produttività del servizio, ovvero la sua realizzazione con il minimo costo, per esempio, per ogni mille calorie fornite;

terzo: la soddisfazione degli utenti, o, in altri termini, l'aderenza ai gusti di ciascuno;

quarto: l'assenza di distorsioni, eufemismo con il quale indicherò genericamente la mancanza di abusi.

4. Diciamo subito che nel sistema precedente l'esperimento — quello della diretta preparazione delle vivande da parte delle madri di famiglia che possono essere considerate ai nostri fini come gli utenti — i due ultimi obiettivi, quello della soddisfazione dei singoli e dell'assenza di distorsioni, sono assicurati quasi interamente e salvo le eccezioni sempre possibili, dalla conoscenza dei gusti individuali, da una sia pur limitata libertà di scelta dei cibi ed infine dall'interesse di chi acquista e di chi vende.

Quest'ultimo meccanismo influisce invece con forza assai minore sulla produttività, poiché le conoscenze delle madri di famiglia in materia di rendimento in calorie dei vari alimenti è in genere assai scarsa.

Circa l'efficacia, il sistema per così dire « liberistico » non ne assicura certo la realizzazione nei confronti di tutti gli utenti per le ovvie discriminazioni che derivano dalle differenze di reddito, e in molti casi ciò si verifica anche per le categorie che dispongono di larghi mezzi come conseguenza di nozioni errate in materia di nutrizione e dei reali bisogni dei singoli.

Venendo al servizio pubblico si può immaginare che con uno sforzo organizzativo e con mezzi finanziari adeguati si risolvono i problemi dell'efficacia e della produttività; divengono invece assai ardui quella della soddisfazione individuale e dell'assenza di distorsioni.

5. Uscendo dalla metafora e prendendo in considerazione il Servizio Sanitario, si possono ripetere molte delle cose dette ed anche individuare alcune delle differenze che accrescono la tematica sull'argomento.

Intanto, quando ciascuno provvede alle proprie esigenze sa-

nitarie, produttività ed efficacia sono ancor meno garantite, poiché, come è noto, in materia di cure non esiste un vero meccanismo di mercato, con utente informato sulla reale capacità di chi offre i servizi e con piena libertà di scelta — quasi tutte le decisioni sono prese per il tramite di consigli altrui o del medico per quanto attiene ai farmaci ed ai ricoveri — mentre divengono più acute le discriminazioni di fronte al reddito. Neppure si può dire che la produzione dei servizi segua sempre una via razionale, condizionata come è dalla ricordata situazione degli utenti e da un sistema di prezzi controllati.

Se ora si passa ai servizi sanitari organizzati dai pubblici poteri, la soddisfazione degli utenti diviene un problema che non ha solo aspetti materiali, ma attiene a principi fondamentali della nostra società. Mi riferisco alla libertà di ciascuno di « gestire » come meglio crede la propria salute ed alla intangibilità del rapporto di fiducia tra medico e paziente.

Circa le distorsioni è facile poi rendersi conto che il servizio pubblico diviene un terreno di coltura assai favorevole.

6. Volendo riassumere questa analisi si può affermare che il vecchio sistema della medicina privata è un farmaco che assicura la soddisfazione delle classi abbienti, rendendole spesso insensibili ai problemi dell'efficacia e della produttività.

Per contro le prestazioni erogate dai servizi sanitari costituiscono « in potenza » la risposta ideale per queste due esigenze, ma richiedono maggiori mezzi finanziari, aprono la via alla insoddisfazione e alle distorsioni, comportano un impegno organizzativo di gran lunga superiore a quello necessario in ogni altro settore gestito dall'amministrazione dello Stato e degli enti locali.

Si dirà che la mia conclusione è deludente. Al contrario mi sembra di aver posto in rilievo la superiorità della soluzione pubblica — anche se sorgono molte difficili questioni — e di aver indicato esplicitamente nella programmazione, nella capacità di organizzazione, nel controllo della spesa e nella educazione degli utenti e degli operatori sanitari alla nuova realtà, le strade da percorrere.

Come tutto ciò possa farsi in concreto e nella specifica

situazione del nostro Paese non spetta a me dirlo in questa sede, anche ammesso che avessi pronte le risposte ad ogni quesito. Vorrei solo ricordare che il peggiore servizio che si può rendere ad una causa è quello di proclamare che la vittoria è a portata di mano e che con essa sarà realizzato il migliore dei mondi possibili.

Prof. BRIAN ABEL-SMITH: La politica sanitaria in Europa

La presente relazione analizza il lavoro finora svolto circa gli orientamenti della spesa per i servizi sanitari e illustra gli interventi posti in atto nei nove Paesi della C.E.E. per limitare l'incremento della spesa e chiarire le cause di variazione dei livelli di spesa e dei tassi di incremento in rapporto al passato. Al riguardo sono stati finora pubblicati due rapporti: uno sulle tendenze registratesi nella spesa sanitaria globale e l'altro rivolto in maniera specifica al consumo dei farmaci. Tali rapporti sono stati redatti da un comitato di esperti, uno per ciascun Paese. Il Sig. Illuminati è stato l'esperto italiano che ha lavorato sul rapporto generale, mentre il Sig. Scotti è stato l'esperto sui consumi farmaceutici.

Oltre al puro e semplice sommario del lavoro, si sottopongono varie ipotesi personali che necessitano di ulteriori studi e chiarimenti.

Non è soltanto in Italia che i costi dell'assistenza sanitaria sono aumentati in misura più rapida rispetto all'incremento del prodotto nazionale. Questa tendenza è riscontrabile in tutti i Paesi fortemente industrializzati. La si può osservare nell'arco del decorso trentennio, anzi, nel corso degli ultimi cinquant'anni, in quei Paesi dove sono disponibili dati attendibili. L'aumento registratosi nel periodo 1973-1975 è stato particolarmente rilevante in alcuni Paesi, in quanto la spesa per i servizi sanitari ha continuato a salire durante un periodo in cui l'incremento dell'economia nazionale si è evoluto molto più lentamente.

Tendenze della spesa per i servizi sanitari

La tendenza delle spese correnti (pubbliche e private) dal 1966, per i nove Paesi, appare nella Tabella 1. L'anno più recente

di cui sono disponibili i dati di tutti i Paesi è il 1975. Le cifre riguardano le prestazioni in natura, con esclusione di quelle in denaro. Alcuni dati, particolarmente quelli relativi al Lussemburgo, Olanda, Irlanda, e Italia, sono incompleti. Essi non sono neppure rigidamente raffrontabili, in quanto ciò che è definito servizio sanitario differisce da Paese a Paese. Dalla tabella emerge, tuttavia, la generale tendenza all'aumento.

Il più rapido tasso di incremento in rapporto al prodotto nazionale si è avuto in Irlanda, dove la percentuale di quest'ultima spesa per i servizi sanitari (esclusi gli investimenti) si è quasi raddoppiata dal 1966 al 1975, passando da 3,6% al 6,6%. Il tasso di incremento più lento si è avuto in Inghilterra e Galles. Tale tasso è stato anche lento in Danimarca. In questi due Paesi, la spesa sanitaria è limitata dal budget, in Danimarca dagli enti locali e in Inghilterra e Galles dal Governo centrale. La percentuale più alta che appare nella tabella riguarda l'Olanda che ha toccato l'8,6% nel 1976, escluso il costo dei prodotti da banco (non-prescription drugs). Subito dopo, viene la Germania con l'8% nel 1976 e quindi la Francia con il 6,7% nel 1975. Ove si aggiungono i costi in conto capitale e i prodotti da banco che risultano inclusi per l'Olanda, sia la Germania che l'Olanda mostrerebbero cifre superiori al 9% del PLN. Non meraviglia che i paesi comincino a sentirsi fortemente preoccupati dalle eventualità di dover spendere un decimo delle risorse globali per le prestazioni sanitarie. Il lavoratore che vede di dover dare l'equivalente di cinque settimane lavorative ogni anno per il solo finanziamento dei servizi sanitari, non può non rendersi conto del pesante onere fiscale e contributivo. E' inevitabile, pertanto, che un numero sempre maggiore di Paesi esaminino quale vantaggio sanitario si ottenga da un così notevole incremento di spesa.

Ragioni dell'incremento della spesa

La crescente percentuale di anziani nei vari paesi spiega solo in parte i costi in aumento. Le nuove e più costose tecniche diagnostiche e di cura hanno indubbiamente costituito un'importante causa della lievitazione dei costi, ma la loro precisa influenza nei vari paesi è dipesa dal come i budget sanitari sono stati ridotti e dalla misura dei capitali stanziati per quegli svi-

luppi che necessitano di più spazio. In vari paesi, tra cui l'Italia, la percentuale di popolazione che gode dei benefici sanitari è stata aumentata, e la gamma delle prestazioni a favore di determinate categorie di persone fruente della sicurezza sociale è stata estesa. Un ulteriore motivo comune dell'aumento dei costi è il relativo miglioramento dei compensi orari per il personale addetto ai servizi sanitari, dovuto alla settimana lavorativa corta, alla tendenza verso l'equiparazione del salario delle donne a quello degli uomini, nonché al generale aumento di interesse dei sindacati nei confronti dell'« industria sanitaria ». Oltre a tutto questo, si è avuto un aumento del numero dei medici per mille abitanti in tutti i paesi della Comunità. Questo ha portato non soltanto a ulteriori costi per i compensi ai medici, ma anche al pagamento degli esami diagnostici e delle cure che tali nuovi medici hanno autorizzato. Molti paesi hanno anche continuato ad aumentare il numero dei posti in ospedale per ogni mille persone. Questo ulteriore incremento di posti ha anche determinato costi più elevati.

La domanda che più frequentemente viene rivolta è quali miglioramenti sanitari sono stati ottenuti a fronte di un tale aumento della spesa. E' evidente che non è possibile fornire una risposta esauriente al riguardo sia per le difficoltà di determinare una misura concordata dello status sanitario, sia per l'impossibilità di tenere separati tutti gli altri cambiamenti intervenuti nelle nostre società, positivi e negativi, che influiscono sullo status stesso, da quei cambiamenti che sono dovuti ai migliorati servizi sanitari. Tuttavia, se guardiamo i tassi di mortalità per età e sesso, le prove non corroborano la deduzione che i paesi che spendono di più per i servizi sanitari beneficiano di una migliore salute. Per esempio, con questo criterio, lo status sanitario appare più elevato in Gran Bretagna dove la spesa sanitaria è relativamente bassa rispetto alla Francia e alla Germania, la cui spesa sanitaria è molto alta. Del resto un altro paese dove la spesa sanitaria è molto alta — l'Olanda — gode di un elevato status sanitario.

Nonostante tali dati siano incompleti, molti paesi stanno arrivando alla constatazione che i benefici per la salute non sono in alcun modo commisurati alla accresciuta spesa per i servizi sanitari. O almeno questa argomentazione è usata per sostenere

l'opportunità di nuove iniziative volte a controllare i costi della assistenza sanitaria. Quello che appare certo è che in molti paesi gli uomini politici sono sensibili all'opinione pubblica, che considera troppo elevato il carico fiscale e le contribuzioni per la sicurezza sociale. L'assistenza sanitaria è stata individuata come area di intervento per il fatto che i relativi costi sono saliti più rapidamente rispetto all'aumento delle risorse nazionali.

Interventi a breve termine per controllare i costi

- Tra i provvedimenti adottati dai paesi in tempi brevi per controllare i costi dell'assistenza sanitaria, il più indolore è quello della riduzione delle spese in conto capitale. Provvedimenti del genere sono stati adottati nel Regno Unito: la spesa in conto capitale, in particolare per gli ospedali, è stata ridotta del 20% in termini reali tra il 1973-1974 e il 1976-1977. Analogamente, l'Olanda ha dimezzato il valore delle licenze per nuove costruzioni tra il 1974 e il 1975 e l'Irlanda ha introdotto varie riduzioni dal 1973 al 1976. In Francia la spesa in conto capitale è ora quasi interamente limitata alla sostituzione e a migliorie di vecchi fabbricati e in Italia sono state poste delle limitazioni a nuovi progetti fin dal 1974.

Per quanto riguarda le spese correnti, i differenti sistemi di organizzazione e finanziamento dei servizi sanitari in atto nei paesi della Comunità hanno avuto, come era logico attendersi, effetti di notevole portata sul tipo di provvedimenti che gli Stati e gli enti preposti alla sicurezza sociale si sono sentiti in condizione di attuare. In Danimarca, Irlanda e Regno Unito la gran massa dei servizi sanitari sono da tempo soggetti a limitazioni budgetarie; anche in Italia si è in procinto di porre in atto un servizio sanitario nazionale con limitazione del budget. Soltanto in Danimarca e nel Regno Unito, come pure in Italia, vige per i medici generici il sistema di pagamento a quota capitaria o altra variante di tale sistema, per prestazioni rese a tutta o a quasi tutta la popolazione. A prescindere da altre influenze intese a ridurre i costi, i pagamenti con tale sistema fanno sì che il costo possa essere previsto di anno in anno: almeno un numero maggiore di atti o di servizi non porta a maggiori pagamenti. Il controllo può essere più rigido se il numero dei medici

autorizzati a svolgere attività generica nel settore pubblico viene regolato centralmente, come in Danimarca.

Nei servizi su base assicurativa, dove le professioni chiave sono pagate per ciascuna visita o su base di un onorario per ogni prestazione, e dove gli ospedali sono pagati sulla base di posto occupato/giorno, è molto più difficile prevedere i costi mentre di controllo non è il caso neppure di parlare. Sono questi i modelli di pagamento vigenti in gran parte dei paesi della Comunità. I provvedimenti a breve termine che i paesi possono adottare per controllare i costi, sono intesi a ridurre l'incremento dei pagamenti giornalieri agli ospedali, come avviene in Belgio, in Germania, in Francia e in Olanda. Nel settore politicamente più delicato della remunerazione professionale, vengono usate tre vie. Una è quella di ricorrere a tecniche statistiche per individuare i professionisti che risultano fornire prestazioni in eccesso, e di informarli del fatto con o senza minaccia di sanzioni. Un altro approccio, usato in Germania, consiste nel cercare di ottenere un accordo sull'incremento dei pagamenti globali a titolo di onorario per l'anno seguente, con l'implicita minaccia che ogni aumento in più rispetto a quello concordato può portare a una proporzionale riduzione dei livelli di compenso. Il terzo approccio consiste nel negoziare le variazioni degli incentivi previsti nella struttura del compenso, così da scoraggiare una eccessiva erogazione di prestazioni sia diagnostiche che di altro genere: in altri termini, pagare di più per la visita e meno per ciò che il medico fa o autorizza di fare. Tutti e tre i suddetti approcci vengono correntemente usati sia singolarmente che in combinazione.

Un quarto approccio, che può essere usato in qualsiasi sistema di organizzazione dei servizi sanitari, consiste nell'aumentare la quota di costi a diretto carico del paziente. Ciò può essere fatto semplicemente spostando i costi dal settore pubblico a quello privato; o l'obiettivo può essere quello di modificare il comportamento del paziente o quello del medico, in considerazione che i costi generali da quest'ultimo vanno direttamente a gravare sul paziente. Meno radicale è il sistema di aumentare la misura della partecipazione al costo da parte del paziente — o con oneri a percentuale o a importo fisso. I principali bersagli dell'aumentata partecipazione al costo da parte del paziente sono

stati i prodotti farmaceutici, le prestazioni odontoiatriche e quelle oculistiche. Queste ultime due sono presumibilmente scelte in quanto molte esigenze sanitarie in questo campo sono, entro certi limiti, dilazionabili, e non implicano, in genere, l'abbandono del lavoro o di altre normali attività lavorative. Per esempio, la Germania ha introdotto il pagamento di un importo fisso per ogni medicinale prescritto, la Francia ha introdotto una nuova categoria di medicine cosiddette di « comfort » (quali i lassativi), per le quali il paziente deve pagare il 60%, mentre la Danimarca, al pari del Regno Unito, ha aumentato l'onere a carico del paziente per le prestazioni dentarie e oculistiche. In Belgio, tuttavia, è stato introdotto un maggiore onere a carico del paziente per l'assistenza in ospedale dal diciannovesimo giorno di degenza: il precedente più basso onere giornaliero viene ripristinato dal 40° all'89° giorno di degenza. Tali oneri sono giustificati in termini di « risparmi domestici ». Un onere giornaliero per l'assistenza ospedaliera è stato proposto in Olanda per singole persone, ma la proposta non è passata in Parlamento.

Va incidentalmente notato che alcuni sistemi di imputazione di oneri o di partecipazione ai costi possono determinare effetti negativi. Se vengono imposti pesanti oneri per il trattamento fuori l'ospedale, e nessun onere per la cura in ospedale, ciò può indurre i medici a cercare di ospedalizzare un maggior numero di pazienti. L'effetto globale sui costi di assistenza sanitaria può essere quello di aumentarli anziché di abbassarli.

Il consumo dei medicinali è particolarmente regolamentato nell'ambito comunitario, e la regolamentazione si è orientata verso una maggiore rigidità negli ultimi sei anni. Il consumo totale dei prodotti farmaceutici ha rappresentato una percentuale in decremento nel costo dei servizi sanitari in tutti quei paesi per i quali si dispone di dati. I margini ai dettaglianti sono regolamentati in tutti e nove i paesi, ed esistono speciali elenchi di medicinali prescrivibili in regime di assicurazione di malattia, che possono essere vincolanti, come in Belgio, Danimarca e Italia, o solo con valore di raccomandazione, come in Francia, Germania e Olanda. Esistono anche, in alcuni paesi, norme che specificano le quantità che possono, o dovrebbero, essere prescritte. I profitti o i prezzi sono controllati nella maggior parte dei paesi, esclusi la Germania e l'Olanda, e in molti paesi le

vendite promozionali sono limitate in una quantità di modi diversi. Per esempio, la misura in cui si possono inviare campioni ai medici è controllata in gran parte dei paesi, e l'importo della spesa ammessa come costo è controllata all'atto del computo dei prezzi e dei profitti. Ciò che i medici esattamente prescrivono viene esaminato in tutti i paesi della Comunità, con l'eccezione del Belgio. Sia in Irlanda che nel Regno Unito, vengono visitati i medici le cui prescrizioni appaiono a un primo esame eccessive.

Uno dei maggiori risultati dello studio sul consumo dei prodotti farmaceutici è stata la misura in cui il numero delle prescrizioni per ciascun paziente variava da paese a paese della Comunità, e in effetti variava anche il numero annuo delle visite a ciascun paziente. Tali variazioni possono essere in parte dovute alle norme e agli usi dei vari paesi, e queste norme e usi necessiterebbero di un attento esame. Per esempio, fino a che punto le limitazioni sulle quantità prescrivibili in una sola visita influiscono sul numero delle visite e sul numero delle prescrizioni? Fino a che punto la necessità del rinnovo di certificati di inabilità al lavoro influisce sul numero delle visite e, attraverso queste, sul numero delle prescrizioni? Confido che sarà possibile, in un qualche momento, esaminare questi problemi.

Le cifre relative al numero delle prescrizioni sono riportate nella Tabella 2. Purché le differenze non siano dovute a ragioni amministrative, esse possono essere spiegate in modi diversi. E' forse possibile trovare una correlazione con la religione e con la temperatura: i paesi più caldi e quelli più cattolici mostrano un tasso più elevato di prescrizioni. D'altro canto la cifra per l'Irlanda è alta in rapporto alla sua temperatura media. L'interpretazione più ovvia è che tale tasso è in rapporto al sistema di pagamento dei medici che forniscono la prima assistenza. Senza eccezioni, i tre paesi con il più basso numero di prescrizioni pagano i loro medici con il sistema a quota capitolaria: la Danimarca, l'Olanda e il Regno Unito. Ciò concorda con l'osservazione in Italia che i medici dell'INAM, pagati a quota capitolaria, prescrivevano meno di quelli pagati a notula.

Sarebbe interessante conoscere se il numero delle visite cambia parallelamente a quello delle prescrizioni. Può darsi che vi siano più visite iniziate con medici pagati a prestazione, o che i

pazienti si sentano meno inibiti quando sanno che ogni visita comporta il pagamento di un onorario ai medici stessi. Quanto al numero delle prescrizioni, si può affacciare l'ipotesi che in generale i medici si sentono in obbligo di dare « validità » alla visita fatta al paziente « donando » a questi una ricetta, salvo nei casi in cui una ricetta non è chiaramente prevista. Questo settore, nel suo insieme, dovrebbe essere ulteriormente esaminato su base internazionale.

Che insegnamenti può avere tutto ciò per l'Italia? Forse la conclusione più importante è quella più ovvia. Laddove i servizi sanitari hanno un budget limitato è molto più facile per i paesi esercitare il controllo dei costi, ove vogliano farlo. Ma è probabilmente ancora più importante, nei tempi lunghi, la circostanza che un sistema impostato sul budget renda assai più facile sostenere il concetto della priorità per le ulteriori spese sanitarie, sia che tali spese si caratterizzino geograficamente (per es., consentire spese extra a particolari regioni o aree), per settori (per es., dare impulso all'assistenza primaria anziché all'assistenza secondaria e terziaria), o per tipo di cliente (per es., i bambini, gli anziani o gli infermi di mente).

Controllo dei costi nel lungo periodo

Ma cosa dire quando si tratta di tempi più lunghi? Non è soltanto in Italia che gli aspetti dell'organizzazione e del finanziamento dei servizi sanitari vengono posti sempre più in discussione. C'è, per esempio, una crescente preoccupazione in quasi tutti i paesi che se ne avvalgono, circa gli effetti del pagamento agli ospedali di una tariffa fissa giornaliera, e ciò a causa degli incentivi che essa crea per gli ospedali, i quali vengono indotti a trattenere i pazienti più a lungo del necessario. Esperimenti di sistemi alternativi di pagamento sono stati effettuati in Germania, e attualmente sono in corso in Francia; il problema inoltre è oggetto di studio in Belgio, Lussemburgo e Olanda.

Mentre il sistema di pagamento per singola prestazione ai professionisti è ritenuto non modificabile nei paesi che lo usano ancora, esistono preoccupazioni circa le conseguenze del fatto che i pazienti si rechino direttamente dagli specialisti che esercitano nella comunità e non hanno accesso ai posti di ospedale. Se un paziente deve essere ricoverato in ospedale, un medico diverso

(spesso della stessa specializzazione) deve assumersi il compito dell'assistenza del paziente, e questi comincia col prescrivere gli stessi esami diagnostici che erano stati già effettuati dallo specialista che il paziente aveva in precedenza consultato. Allo scopo di ridurre la duplicazione del lavoro che l'ente sanitario deve pagare, si cerca di incoraggiare, in Germania, lo sviluppo di attività che non prevedono il ricovero in ospedale, nel caso di specialisti che hanno accesso agli ospedali, e di attività che prevedono il ricovero in ospedale, nel caso di specialisti che esercitano nell'ambito della Comunità.

C'è una generale tendenza a cercare di mettere a punto e potenziare modelli di assistenza alternativi per i pazienti che non necessitano delle costose apparecchiature esistenti nei policlinici. Tali modelli alternativi includono istituti residenziali con personale in numero ridotto e con attrezzature meno elaborate — case di cura (in Danimarca, Germania, Francia e Olanda), istituti per gli anziani (Belgio e Francia) e istituti per i bambini fisicamente e mentalmente handicappati (Francia). Ulteriore impulso è stato dato all'assistenza dei pazienti nelle loro abitazioni in Danimarca come anche nel Regno Unito, e nuove iniziative per incrementare tali servizi si stanno adottando in Belgio. C'è anche la tendenza generale a potenziare la funzione degli ospedali diurni. Oltre a ciò un nuovo impulso si sta dando alla medicina preventiva, in quanto sembra essere un modo più efficace in rapporto al costo per migliorare lo status sanitario. Qualora tali istituti si dimostrino efficaci, è probabile che essi riescano a prorogare la necessità di prestazioni sanitarie. Va tuttavia considerato il fatto che la necessità di spesa può risultare maggiore nei tempi lunghi in relazione all'invecchiamento della popolazione ed alle malattie degenerative proprie della vecchiaia, che rappresentano una voce di costo elevata nella prestazione dell'assistenza sanitaria.

Viene sempre di più ammesso — in forza dell'esperienza — che ogni ulteriore posto di ospedale messo a disposizione tende ad essere usato. Pertanto un numero sempre maggiore di paesi sta deliberatamente programmando di ridurre la disponibilità di posti letto nella speranza che ciò porti a più brevi degenze dei pazienti e che riduca i ricoveri in ospedale, non necessari, o che possano essere evitati. Tali iniziative vengono attuate parallelamente a quelle intese a creare alternative meno costose all'esi-

stenza dei policlinici. Dieci anni fa la Francia e il Regno Unito soltanto disponevano di un piano ospedaliero nazionale. Attualmente tutti e nove i paesi hanno messo a punto programmi ad hoc. La facoltà di dare l'approvazione definitiva ai programmi spetta al Governo centrale di tutti e nove i paesi, eccetto la Germania, dove tale facoltà è esercitata da ciascun « Land ». Fa parte del processo di programmazione degli ospedali il controllo delle cosiddette « apparecchiature mediche pesanti », che costituiscono strumenti implicanti elevati costi di gestione. Un attento controllo su di esse viene attuato sia nel Belgio che in Francia. Molti paesi hanno in programma una riduzione generale dei posti in ospedale per 1000 persone, in considerazione della revisione delle proiezioni di popolazione che mostrano una tendenza verso il basso. La chiusura « tout court » di ospedali presenta difficoltà di natura politica in tutti i paesi, per via delle ripercussioni sull'occupazione e anche a motivo dell'aspirazione delle comunità locali di avere propri ospedali. Pertanto, per gli ospedali in eccesso si tende a riconvertire gli stessi in modo da adattarli ad altri usi anziché chiuderli. Il Regno Unito è forse andato più in là degli altri paesi in fatto di chiusura di ospedali. Nel triennio 1974-1976, sono stati chiusi, in Inghilterra, 134 ospedali, anche se in piccole dimensioni per la maggior parte.

Viene sempre più riconosciuto che un aumento del numero dei medici per mille abitanti può influire in maniera assai considerevole sul costo dei servizi sanitari, in quanto un tale aumento genera più esami diagnostici e un maggior numero di procedure terapeutiche, oltre al costo del pagamento di altri medici per le loro prestazioni. Ne consegue che la tendenza ad ampliare l'istruzione medica, che si era avvertita nel decennio 1960-1970, si è ora trasformata in un orientamento inteso a ridurla. Le scuole mediche hanno ridotto il numero degli studenti ammessi a frequentarle (in Irlanda), mentre in Olanda sono stati fissati contingenti per l'ammissione degli studenti alle scuole mediche (1972), che hanno ridotto il numero delle immatricolazioni del 5%. In Danimarca, le immatricolazioni sono state ridotte del 20% nel 1975. In Francia e in Germania, la riduzione della « produzione » di medici viene attuata elevando lo standard degli esami effettuati dagli studenti nei primi anni del corso.

Necessità di ulteriore lavoro

Il lavoro compiuto a tutt'oggi nell'ambito comunitario è servito ad aprire il campo ai raffronti tra i differenti paesi. Ancora più prezioso è stato lo scambio di esperienze a livello nazionale. Un ulteriore lavoro è in corso sui modelli organizzativi dell'assistenza primaria e sui raffronti tra i provvedimenti in campo medico attuati nei nove paesi. E, naturalmente, è stato pubblicato un utilissimo rapporto sui costi ospedalieri in un numero limitato di paesi. La Comunità ha tuttavia ridotto le risorse. Né il suo scopo è puramente e semplicemente quello di operare come un organismo di ricerca, particolarmente in un'area in cui la competenza della Commissione è tutt'altro che chiaramente definita.

Comunque potrebbe essere utile concludere fornendo alcuni esempi di ulteriore lavoro che può sembrare remunerativo, indipendentemente dall'organismo che fosse disposto a finanziare il lavoro stesso.

Primo: è necessario migliorare e aggiornare i dati sui costi dell'assistenza sanitaria approfondendo le variazioni nell'ambito compreso dalle statistiche predisposte da fonti nazionali.

Secondo: è necessario accertare in quale misura le differenze nelle percentuali di PNL destinato ai servizi sanitari rappresentano quantità differenti di servizi effettivi. Per esempio, se il « gap » percentuale tra le entrate mediche medie e tutte le entrate medie è maggiore in un paese rispetto a un altro, ciò può rappresentare un motivo per addivenire a una più elevata spesa percentuale di PNL per i servizi sanitari. Oppure il costo amministrativo per la riscossione del denaro e per il pagamento dei fornitori può essere assai più alto in un paese che non in un altro.

Terzo: occorre guardare al rinnovo e alle sostituzioni degli ospedali come ad un possibile motivo di diversi costi di gestione. Per esempio, la maggioranza degli ospedali tedeschi e olandesi fu costruita dopo la seconda guerra mondiale, mentre in Inghilterra due terzi degli edifici ospedalieri furono costruiti prima di essa.

Quarto: debbono operarsi attenti raffronti circa l'utilizzazio-

ne di ospedali, il numero di pazienti, inclusi il numero di ricoveri e la durata delle degenze, in considerazione del fatto che alcuni paesi più di altri hanno in programma l'aumento della percentuale di posti letto per mille abitanti. In concomitanza a tale raffronto si dovrebbe effettuare uno studio sulla distribuzione dei medici, in quanto ciò potrebbe rappresentare un fattore causale.

Quinto: occorre indagare circa gli effetti prodotti sui costi dall'aumentato rapporto medici/pazienti. Naturalmente, molto dipenderà da dove essi sono ubicati.

Sesto: vanno approfonditi i sistemi di compenso ai medici, nonché gli effetti conseguenziali sull'uso delle risorse.

Questo elenco è tutt'altro che esaustivo. La selezione s'è basata su due criteri. Vuole in primo luogo chiarire e migliorare i dati già raccolti, in secondo luogo, studiare altre ipotesi atte a spiegare il passato e quindi a meglio programmare il futuro. Il problema che incombe sulla nostra società è come dare valore al denaro speso per i servizi sanitari — valore in termini di una migliore salute e di una più elevata qualità di vita per tutti i popoli d'Europa. Sono convinto che questo problema riceverà una sempre maggiore attenzione durante gli anni ottanta e novanta.

Tabella 1

I costi correnti dei Servizi Sanitari (tasse incluse) quale percentuale del Prodotto Lordo Nazionale (1966 e 1975)

	1966	1975
BELGIO	—	6,2
DANIMARCA	3,8	6,1
GERMANIA OCC.	4,8	8,0
IRLANDA	3,6	6,6
FRANCIA	5,1	6,7
ITALIA	3,2	5,2
LUSSEMBURGO (1)	(2,1)	(3,5)
OLANDA (2)	—	(8,4)
INGHILTERRA e GALLES	4,3	5,4

1. Solo assicurazione contro le malattie.
2. Esclusi i medicinali che non richiedono ricetta.

Tabella 2

	Medicinali prescrivibili per persona per anno (1975, a meno di diversa indicazione)	Sistemi di pagamento ai medici interessati
Belgio	9	Compenso per prestazione
Danimarca	6,9 (1976)	Quota capitaria
Germania	11 (1973)	Compenso per prestazione
Irlanda (1)	10	Compenso per prestazione
Francia	10,5	Compenso per prestazione
Italia (2)	21	Compenso per prestazione
Olanda	4,5 (1974)	Quota capitaria
Inghilterra e Galles	6,3	Quota capitaria

1. In base ai Programmi generali di prestazioni mediche.
2. Per medici pagati a notula, come avveniva per l'INAM.

Dott. GIOVANNI TAMBURI in collaborazione con il **Dott. G. PERRIN**: Contributo dell'Ufficio Internazionale del lavoro.

Introduzione

Il nostro contributo al dibattito odierno riguardante l'aumento del costo delle cure mediche e la possibilità di controllarne l'evoluzione verrà a porsi in un contesto leggermente diverso da quello degli altri oratori più qualificati, con lo scopo di affrontare sia le tecniche di pianificazione che i metodi di razionalizzazione o di controllo delle spese sanitarie.

Innanzitutto ci proponiamo di inquadrare l'evoluzione storica che ha portato all'affermazione del diritto alla salute nelle società industriali ed alla sua realizzazione attraverso la generalizzazione dei sistemi di assicurazione sociale e l'istituzione di un servizio pubblico, cioè del Servizio Sanitario Nazionale.

Passeremo poi ad esaminare la prevedibile reazione del « consumatore » dei servizi sanitari, cioè del cittadino, sia esso un individuo malato o in individuo sano.

Da ultimo, passeremo in rassegna le contraddizioni che derivano dall'approccio globale atto a garantire la salute di tutti i cittadini attraverso un servizio pubblico.

Il contributo dell'Ufficio Internazionale del Lavoro comprenderà anche alcuni brani di raccomandazioni di recente formulate da una riunione di esperti riguardanti l'aumento del costo delle cure mediche di previdenza sociale (Ginevra, maggio 1977), aventi per scopo misure concrete e reali atte a deviare le attuali tendenze di crescita degli oneri dei regimi sanitari, cosa di cui gli altri oratori non hanno parlato.

Diritto alla salute e previdenza sociale

Per meglio comprendere l'evoluzione che ha portato in alcuni paesi all'istituzione di un servizio sanitario nazionale, dobbia-

mo innanzitutto restituire alla previdenza sociale il merito di aver preparato il riconoscimento del diritto alla salute, creando un diritto alle cure mediche nel quadro dei regimi classici di assicurazione-malattia, il cui modello iniziale risale al primo ordinamento fissato dalla legge tedesca del 15 giugno 1883. L'avvento di un tale ordinamento rappresentò una considerevole innovazione nella storia della protezione sociale, rispetto ai precedenti sistemi di assistenza ai malati indigenti, poiché fissava il diritto alle cure per alcune categorie meno favorite della popolazione e stabiliva le modalità istitutive per la sua realizzazione attraverso l'assicurazione sociale. Naturalmente, all'inizio tali regimi avevano una concezione ed un'estensione forzatamente limitate, in quanto restavano tributari delle ristrette capacità della medicina di allora e ne potevano beneficiare solo i lavoratori salariati di condizioni modeste, restando salvo il ricorso sussidiario all'assistenza sociale. La progressiva estensione di questi regimi a nuove categorie di lavoratori, poi ai membri delle loro famiglie a seguito dell'accrescersi delle esigenze familiari di protezione sociale, in conformità agli orientamenti delle convenzioni (n. 24 e n. 25) adottate dalla Conferenza Internazionale del Lavoro nel 1927 e dedicate all'assistenza-malattia nell'industria e nell'agricoltura non ha cambiato radicalmente il carattere parziale di tali regimi, derivante dalle sue limitazioni tecniche e giuridiche.

A seguito della seconda guerra mondiale vi è stata una duplice rivoluzione medica e sociale che ha permesso di dare alla salute un nuovo diritto. L'importanza di tale rivoluzione non poteva mancare d'influenzare profondamente i tradizionali metodi di organizzazione delle cure mediche prestate dalla previdenza sociale, come era stato previsto fin dal 1944 dalla Conferenza Internazionale del Lavoro, allorché adottò la raccomandazione n. 69 sull'organizzazione delle cure mediche, che enunciava il passaggio dai regimi di assicurazione-malattia ai servizi sanitari pubblici. L'ulteriore evoluzione di questi servizi nei paesi sviluppati è ben lungi dall'essere terminata, ma è chiaro che deriva da fattori preponderanti associati agli effetti del progresso scientifico e tecnico sulla medicina e al mutarsi dei valori sociali.

Il radicale cambiamento manifestatosi nell'era contemporanea pressappoco simultaneamente sia riguardo alle capacità

mediche che ai valori sociali era necessario per dare un fondamento al diritto alla salute, fondamento che resta privo di senso quando vengono a mancare una o l'altra di queste condizioni principali.

Il progresso delle scienze chimiche e biologiche e il perfezionamento dei metodi diagnostici e di cura hanno trasformato la medicina da un'arte consolatoria in una scienza attiva ed apprezzata.

E' inutile ricordare qui i progressi che hanno portato all'ospedale moderno, vera officina al servizio della salute, le grandi trasformazioni verificatesi nell'arsenale farmaceutico, od anche il crescente tecnicismo della pratica medica.

Per quanto riguarda i valori sociali relativi alla salute, in parte si spiegano con il riconoscimento dell'efficacia considerevole della medicina moderna. Ma partecipano anche al processo generale di trasferimento delle aspirazioni individuali e collettive allo « Stato sociale », chiamato così per l'allargamento delle sue responsabilità in materia di protezione, come la socializzazione dei rischi imposta da società in cui la previdenza risponde ad un bisogno generale e prioritario. Queste aspirazioni sono dunque particolarmente vive nel settore sanitario, considerato elemento essenziale della qualità della vita, che non dipende più soltanto da un destino biologico, ma anche da sperimentate tecniche di prevenzione e di cura. Il costo del settore sanitario impone il ricorso all'aiuto finanziario della collettività tramite meccanismi di solidarietà presi a prestito dall'assicurazione o dalla fiscalità. Non è quindi da sorprendersi se il diritto alla salute è stato la prima manifestazione della generale tendenza all'universalizzazione della protezione sociale che ha caratterizzato il Rapporto di William Beveridge del 1942 sull'assicurazione sociale ed i servizi ad essa connessi, come pure la Dichiarazione di Filadelfia sugli scopi e gli obiettivi dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro (n. 7), la raccomandazione n. 67 sulla garanzia dei mezzi di sussistenza e la raccomandazione n. 69 già citata sulle cure mediche, anche esse adottate dalla Conferenza Internazionale del Lavoro del 1944. Malgrado ciò, la convergenza delle tendenze all'universalizzazione della protezione sociale che è l'ispiratrice di tutti questi testi non vieta di riconoscere la specificità dei problemi

organizzativi delle cure mediche, che giustificano disposizioni separate.

Da queste tendenze concomitanti al progresso medico ed alla generalizzazione delle garanzie sociali è derivato il più originale dei diritti sociali, il diritto alla salute, la cui vocazione all'universalità assume con particolare evidenza ruoli di primaria importanza. L'ambiziosa ed ingenua formulazione di tale diritto, che fa parte del Preambolo della Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, bene spiega i profondi e confusi motivi che sono alla base delle rivendicazioni nell'intenzione pubblica. Anche se considerata in una dimensione più ridotta, che impone allo Stato l'obbligo di mezzi non soltanto relativi all'igiene ambientale, ma anche atti ad assicurare a tutti un'uguale possibilità di ricorso ai mezzi preventivi e terapeutici della medicina, l'affermazione del diritto alla salute ha finito per porre l'organizzazione delle cure mediche nella sfera della politica sociale sotto il controllo del potere pubblico.

La previdenza sociale e la professione medica che rappresentano nella concezione tradizionale i due interlocutori principali di qualsiasi regime di assicurazione-malattia, hanno dovuto conformarsi a questa rivoluzione medica e sociale e cercare di esaudire le aspirazioni dell'opinione pubblica cristallizzatesi sul diritto alla salute.

Per quanto riguarda la previdenza sociale, l'adattamento sembrava essere relativamente semplice, poiché sarebbe bastato allargare progressivamente il campo dell'applicazione dei regimi di assicurazione-malattia a tutti i membri della collettività nazionale per soddisfare le esigenze di tale diritto. Ma in realtà la soluzione è apparsa più delicata per ragioni tecniche, finanziarie o politiche, ragione per cui a tutt'oggi non tutti i paesi avanzati hanno raggiunto un identico grado di estensione di protezione in caso di malattia a tutta la popolazione. Per coloro che non hanno ancora realizzato l'universalizzazione di tale diritto, i regimi obbligatori di assicurazione-malattia proteggono tutti i lavoratori salariati e la maggior parte dei lavoratori indipendenti. Ciò nonostante, nella maggior parte di questi paesi, la tendenza all'universalizzazione del diritto è contrassegnata dal riconoscimento di un diritto derivato per tutti i componenti della famiglia dei

lavoratori assicurati, l'ammissione delle categorie non protette obbligatoriamente all'assistenza volontaria e l'intervento sussidiario dei regimi di assistenza sociale.

Da questi provvedimenti ne deriva una protezione del diritto alla maggior parte della popolazione, che talvolta comprende la quasi totalità della popolazione residente, come in Belgio, in Francia e in Svizzera, senza tuttavia poter garantire l'effettiva estensione all'insieme dei cittadini.

In compenso vi sono paesi che hanno spinto l'estensione dei loro regimi di assicurazione-malattia fino a coprire l'intera popolazione con un regime obbligatorio di assicurazione nazionale. Ciò si è verificato in Finlandia, Norvegia e Svezia, resta tuttavia il fatto che il regime di assicurazione nazionale può essere limitato al solo settore non ospedaliero, come avviene ad esempio in Finlandia dove il settore ospedaliero costituisce un servizio sanitario pubblico parziale. A parte l'effettiva universalizzazione della protezione che rappresenta la peculiare caratteristica di tali regimi, l'assicurazione nazionale si differenzia dall'assicurazione sociale per la completa dissociazione del diritto alle cure mediche dall'obbligo del pagamento di contribuzioni, in modo tale che i contributi delle persone assicurate, uniti a quelli degli imprenditori ed alle sovvenzioni pubbliche, costituiscono un elemento di finanziamento e non un fondamento del diritto, divenuto in tal modo pieno ed assoluto. Ma i regimi di assicurazione nazionale mantengono un punto in comune con i regimi di assicurazione-malattia, nella misura in cui garantiscono il libero accesso alle persone assicurate al sistema di distribuzione delle cure mediche senza un intervento diretto nell'organizzazione di tale sistema, al quale si tengono in larga parte estranei. In tal modo questi regimi limitano il loro rapporto alla socializzazione del costo delle cure mediche. Milioni di europei sono coperti da questo genere di regimi, se ne mostrano apparentemente soddisfatti e non sembrano reclamare dallo Stato la gestione diretta della loro salute.

In altri paesi infine l'universalizzazione del diritto è avvenuta in modo del tutto diverso, con la creazione di un vero e proprio servizio pubblico di cure mediche, generalmente conosciute sotto il nome di servizio sanitario nazionale. Tale appella-

tivo assume carattere preponderante se si considera che questi servizi finanziati principalmente od esclusivamente con fondi pubblici, costituiscono un'organizzazione nazionale di cure mediche gratuite che, salvo la compartecipazione ad alcuni oneri, solitamente per i prodotti farmaceutici, sono in grado di gestire direttamente il sistema di erogazione delle cure, considerato il principale strumento della politica sanitaria nazionale. Questi servizi possono avere un certo numero di varianti, specialmente tra i Paesi dell'Est in cui esistono forme più radicate, ed i paesi dell'Ovest, di cui il Regno Unito rappresentò il primo modello occidentale di servizio sanitario nazionale. Ma ciò che è possibile trovare in tutti i paesi è la stessa concezione di servizio pubblico e l'organizzazione razionale di distribuzione delle cure su scala nazionale.

E' comunque necessario rendersi conto delle enormi difficoltà pratiche che un paese moderno incontra per l'organizzazione e la gestione efficace di un servizio pubblico sanitario nazionale. Va sottolineata la complessità dei meccanismi da porre in essere, e i legami tra i diversi livelli: nazionale, regionale, locale. Lo Stato è quindi portato ad assumersi una responsabilità che per la portata e le implicazioni tecniche e finanziarie va ben al di là di quella che può essere la gestione o l'organizzazione dell'istruzione nazionale.

Va notato che paesi che avevano adottato il sistema di servizio pubblico stanno ora cercando di perfezionare i meccanismi introducendo alcune varianti o adottando soluzioni miste (in alcuni paesi dell'Est ad esempio si consente che alcuni medici possano curare i pazienti privatamente, mentre in Finlandia il servizio pubblico copre soltanto il settore ospedaliero, e le cure ambulatoriali ed altre prestazioni sono coperte da un sistema di assicurazione).

Nei servizi sanitari nazionali, sono le autorità responsabili che determinano con scelte deliberate il limite delle prestazioni e delle cure, inducendo i medici ad esercitare la loro professione entro limiti finanziari ben definiti. Nei paesi che hanno generalizzato la protezione con metodi di assicurazione, è possibile riscontrare che provvedimenti come la « budgettizzazione » globale ed il controllo delle prestazioni fornite hanno portato ad un « razionamento attraverso l'offerta ».

L'opinione pubblica di fronte ai sistemi sanitari

Qualunque sia il sistema adottato per dare un contenuto al « diritto » alla salute, l'organizzazione delle cure mediche non può disinteressarsi delle aspirazioni dell'opinione pubblica, che esprimono il punto di vista degli utilizzatori del sistema sanitario. Non va certo tralasciato il fatto che l'espressione di queste aspirazioni cela una certa ambiguità, poiché l'opinione pubblica di solito è divisa tra malati veri e propri e malati in potenza, il cui atteggiamento nei confronti della medicina è profondamente diverso. Inoltre, l'incertezza che accompagna il passaggio da un sistema tradizionale ad un sistema d'organizzazione moderno si manifesta negli atteggiamenti contraddittori dell'opinione pubblica che vanno da una concezione del medico-consigliere a quella del medico-tecnico. Mentre non si è ancora spento quel sentimento di timoroso rispetto nei confronti di colui da cui dipende la salute o la vita, sempre più spesso viene contestata la sua competenza, come lo prova l'aumento dei processi riguardanti la responsabilità medica. In questo caso la contestazione pone in evidenza non tanto un fatto generale di società, quanto la frustrazione di un bisogno che il medico odierno trova più difficile da soddisfare e che consiste nella creazione di un rapporto personale in cui la fiducia e la confidenza possano amalgamarsi in modo tale da permettere al medico di svolgere una funzione di assistenza psicologica che nessuno più svolge e che è minacciata dal progresso della specializzazione e dal deteriorarsi delle condizioni di lavoro.

Tuttavia, l'espressione spontanea dell'opinione pubblica non lascia alcun dubbio sull'orientamento delle sue preferenze per quanto riguarda le finalità generali del sistema sanitario. Nel contempo, l'affermazione del diritto alla salute e il mito di Stato-provvidenziale si fondono per incoraggiare le speranze dell'opinione pubblica. Ma è significativo il fatto che la gratuità delle cure non sempre corrisponde ad una rivendicazione chiaramente formulata da parte degli interessati, che sembrano sopportare meglio gli oneri finanziari di una partecipazione alle spese che non le complesse formalità amministrative legate al sistema di rimborsi o le carenze di servizi mal organizzati.

In una certa parte dell'opinione pubblica, la maggioranza delle preoccupazioni ha carattere di semplicità e di buon senso, poiché riguardano la garanzia di cure di qualità, alle quali non sia di ostacolo la carenza di introiti, nel quadro di un'organizzazione che tenga conto della dignità del paziente, sia nei confronti del medico che dell'istituto responsabili, e delle condizioni atte a salvaguardare l'aspetto personale ed umano nell'apporto terapeutico, allorché si fa ricorso all'assistenza medica.

La possibilità di ottenere servizi efficienti, economici e di buona qualità dipende da molti fattori e deve sottoporsi a limitazioni che devono essere valutate indipendentemente dal sistema di organizzazione delle cure mediche che è stato scelto. Una prima contraddizione si manifesta nelle tendenze concomitanti alla personalizzazione delle cure ed alla socializzazione dei rischi e degli oneri per malattia. In realtà la salute è al tempo stesso un bene individuale e sociale, senza prezzo per l'individuo, ma di costo sempre maggiore per la società. Questa prima contraddizione è quella che in larga parte domina il conflitto latente tra la professione medica e la previdenza sociale, che necessariamente lo rendono vitale con le loro convinzioni e le loro missioni rispettive. Una seconda contraddizione oppone il progresso rapido delle conoscenze e delle tecniche mediche, in materia di ricerca e di applicazione, alle difficoltà finanziarie che impediscono la generalizzazione dei vantaggi a tutti coloro che dovrebbero beneficiarne. Questa seconda contraddizione giustifica la rivolta del medico, privato dell'impiego delle sue conoscenze ed obbligato a scegliere coloro che stanno per morire, ad onta del diritto alla salute, mentre l'effettiva responsabilità di una simile scelta spetta ai pubblici poteri che decidono la ripartizione dei crediti. Una terza contraddizione infine si riferisce agli sforzi crescenti rivolti dalle società industriali alla lotta contro la malattia e all'insufficiente attenzione prestata all'influenza patogena delle loro tecniche, dei loro modi di vita, dei loro valori e del loro difetto d'integrazione organica. Quest'ultima contraddizione aiuta a comprendere come la medicina, trascinata dal ritmo del progresso, meglio armata e meglio equipaggiata, resti pur sempre priva di presa sui fattori sociali che « fabbricano » i malati o alimentano le malattie.

La consapevolezza di queste contraddizioni permette la ricerca di nuove forme di organizzazione delle cure mediche, che rifiutino la tentazione dei modelli monolitici cari alla generazione precedente ed esigano una vasta apertura verso l'innovazione e la sperimentazione.

* * *

Estratto dalla relazione d'esperti dell'Ufficio Internazionale del Lavoro sull'aumento del costo delle cure mediche

Alcuni esperti, che l'Ufficio Internazionale del Lavoro ha riunito a Ginevra nel 1977 (vedi riunione d'esperti sull'andamento del costo delle cure mediche riguardanti la previdenza sociale: Rapporto, Documento RCMC/1977/D,12, Rev.), dopo aver preso in esame le tendenze e le cause del crescente aumento delle spese per le cure mediche riguardanti la previdenza sociale hanno espresso alcune considerazioni ed osservazioni per una futura politica; tra queste vi sono quelle che vi illustriamo qui di seguito.

L'esame delle politiche tendenti ad una utilizzazione più razionale, e quindi più economica, delle risorse sanitarie — che dovrebbe portare ad un equilibrio ragionevole tra la domanda e l'offerta di servizi — dovrebbe essere intrapreso ponendo in evidenza innanzitutto il contesto allargato nel quale attualmente si situano i sistemi di previdenza sociale ed anche i sistemi di prestazioni sanitarie. Bisogna convenire innanzitutto che le spese sanitarie sono influenzate da parecchi fattori derivanti dal modo di vita, dalle condizioni di lavoro, dallo sviluppo economico, dal livello culturale, etc. Ne deriva che le misure correttive miranti alla riduzione delle spese sanitarie ed al miglioramento dello stato di salute non possono limitarsi al settore sanitario, ma riguardano anche altre politiche, come quella degli alloggi, dei trasporti, del tempo libero, dell'urbanizzazione, della pubblica istruzione ecc.

In questo contesto allargato, molto degli esperti hanno rilevato che la questione del miglioramento delle condizioni di lavoro e di vita acquista un'importanza primordiale. Il problema ha quindi due aspetti ben distinti: da un lato, il miglioramento delle

condizioni di lavoro che dovrebbe tradursi in un aumento di sicurezza, una riduzione dei rischi professionali, delle tensioni, della stanchezza e delle frustrazioni, tutti fattori che provocano disturbi delle condizioni di salute. Dall'altro, una maggiore prosperità e l'aumento del tenore di vita con tutti i suoi effetti provocano altri disturbi ed altre malattie la cui cura non è certamente meno costosa. E' stato riscontrato che alcuni disturbi non dovrebbero essere considerati necessariamente come il risultato diretto di una scelta personale — ad esempio l'alcolismo tra i giovani disoccupati. Per quanto sia difficile fare un bilancio esatto, in termini di spese sanitarie, di questa evoluzione verificatasi nei paesi industrializzati, si è riconosciuto che, qualunque sia il costo, il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro ha carattere prioritario soprattutto per le categorie meno favorite.

Un altro esempio dell'importanza di altre politiche per i programmi sanitari e di previdenza sociale è costituito dall'istruzione. Se la formazione universitaria ed anche post-universitaria dei medici e del personale medico ausiliario non si estende anche agli aspetti economici e sociali del settore sanitario, come sembra si stia verificando in parecchi paesi, gli interessati sono costretti ad entrare nel sistema sanitario e a lavorarvi senza la formazione generale necessaria per adempiere appieno alle loro funzioni sociali; inoltre, l'insufficiente consapevolezza del costo della loro attività può comportare ed in effetti comporta, spese che in altro modo sarebbero evitabili. Esiste quindi un margine di miglioramento considerevole nella formazione del personale sanitario ed anche un oggettivo fabbisogno d'informazione da parte di coloro che sono preposti alle decisioni e del grande pubblico sui vantaggi e gli svantaggi delle diverse azioni mediche — poiché tutti dovrebbero contribuire a ridurre quello che sembra essere un crescente entusiasmo per la tecnologia di punta.

Sul capitolo del costo e dell'efficacia comparata, gli esperti sono stati unanimi nel mettere in evidenza l'importanza delle cure primarie rispetto ai trattamenti ospedalieri, costosi e « sofisticati ». Molto ci sarebbe da dire nei confronti di un orientamento verso trattamenti che hanno bisogno di minori risorse o in altre parole di un più basso livello tecnico di cure. La funzione del medico generico andrebbe rivalutata tenuto conto del ruolo

chiave che egli merita di svolgere; per il raggiungimento di tale obiettivo, i regimi di previdenza sociale dovrebbero fornire appropriati incentivi finanziari nel corso dei negoziati tariffari con le diverse professioni mediche ed eliminare ogni incentivo in senso contrario. La formazione universitaria non dovrebbe penalizzare gli studenti che non desiderano specializzarsi; al contrario, l'istruzione e la formazione professionale dei medici generici dovrebbero essere ampliate per permettere loro di svolgere con competenza le loro molteplici funzioni e di avere uno statuto e possibilità di guadagno che non siano inferiori a quelle di alcuni specialisti.

Dr.ssa KRYSZYNA NOWAK-SZULC (*): Programmazione finanziaria e controllo della spesa per la sanità in Polonia.

A nome del dottor Zielinski ho il piacere di presentarvi alcuni aspetti della programmazione finanziaria e del controllo delle spese per la sanità pubblica in Polonia.

Il dottor Zielinski vi ha fatto pervenire la relazione nella sua interezza. Presumo che alcuni termini usati in questa relazione e propri della lingua polacca, possano prestarsi a malintesi quando tradotti in altra lingua.

Permettetemi, pertanto, di spiegare alcuni di tali termini onde rendere l'argomento più chiaro:

1) - Dal 1975, il territorio polacco è stato suddiviso in 49 unità amministrative chiamate « voivodships ».

2) - La persona preposta alle « voivodships » è chiamata in Polacco « voivod ». Il voivod esercita la sua funzione attraverso l'ufficio della voivodship.

Il dipartimento dell'assistenza sanitaria e dell'assistenza sociale fa parte integrante dell'ufficio della voivodship.

3) Nella relazione appare il termine « Consigli Popolari delle « Voivodships ». Tali consigli possono essere considerati il parlamento della voivodship locale.

Ritornando alla relazione, vorrei proporre una breve introduzione alle principali questioni ivi presentate.

La prima parte tratta degli assunti di carattere generale relativi al sistema integrato di assistenza sanitaria adottato in

(*) Capo della Sezione Riabilitazione Medica del Dipartimento della Pubblica Igiene e Riabilitazione, Ministero dell'Igiene e dell'Assistenza Sociale, Polonia. Intervenuta in sostituzione del Dott. Stefan Zielinski.

Polonia nel 1975. La struttura di tale sistema nel suo assieme consiste di tre livelli organizzativi:

— livello di comunità, chiamato nella relazione « livello primario »;

— livello di « voivodship », e

— livello regionale.

Il centro integrato di assistenza sanitaria e sociale è stato stabilito a livello di comunità. In questa relazione esso è chiamato « complesso di assistenza sanitaria ».

L'integrazione organizzativa del Centro di assistenza sanitaria e sociale riguarda i seguenti istituti di assistenza medica e di assistenza sociale:

— ospedale

— policlinici specialistici

— unità dei servizi di emergenza

— policlinici di assistenza sanitaria primaria

— policlinici di assistenza sanitaria del lavoro - stabilimenti e interstabilimento

— asili nido

— ospedali per bambini (bambini fino ai 3 anni)

— case per pensionati

— assistenza non residenziale per gli anziani

— centro di assistenza sociale.

Queste unità organizzative — quali sono state più sopra menzionate — creano complessi funzionali, quali il complesso di assistenza medica primaria; il complesso di assistenza medico specialistica, il complesso diagnostico, e il complesso dei servizi sociali. Maggiori dettagli su questo argomento saranno forniti dal dottor Zabicki di Nowa Huta, Polonia.

Il secondo livello organizzativo è quello della « voivodship ». Va detto che a questo livello, l'integrazione organizzativa non comprende tutti gli istituti di assistenza sanitaria.

Le istituzioni integrate a livello di « voivodship », sono:

— Ospedale Integrato di « Voivodship » e

— Complesso di Assistenza Sanitaria Specialistica.

L'Ospedale integrato di « voivodship » consiste in:

- policlinico
- cliniche ambulatoriali specialistiche di « voivodship »
- reparto diagnostico
- reparto servizi di emergenza
- reparto ricerche metodologiche e statistiche
- centro di « voivodship » per i servizi sociali
- centro di addestramento di « voivodship » per il personale medico
- reparto amministrazione
- reparto economico
- reparto tecnico.

Il complesso di assistenza sanitaria specialistica consiste in:

- ospedale specialistico
- clinica specialistica ambulatoriale
- reparto ricerche metodologiche e statistiche
- reparto amministrazione ed economico
- reparto tecnico
- altri reparti specifici relativi alla specialità.

Istituzioni non integrate a livello di « voivodship » sono le seguenti:

- ospedali specialistici di « voivodship »
- sanatori
- stazione epidemiologica sanitaria di « voivodship »
- stazione di « voivodship » per le donazioni di sangue, nonché speciali istituti di assistenza sociale quali:
- case per gli ammalati cronici
- case per i bambini mentalmente ritardati.

I compiti principali degli istituti di assistenza sanitaria creati a livello di « voivodship », sono quelli relativi alla erogazione di assistenza specialistica supplementare in relazione alle attività dei centri sanitari a livello di comunità.

Il massimo livello organizzativo è quello regionale. Questo livello è formato da ospedali didattici e di cliniche mediche accademiche (ossia universitarie) e da cliniche degli istituti di ricerca medica, che sono alle dirette dipendenze del Ministero della Sanità e dell'Assistenza Sociale.

Oltre ai loro compiti didattici e scientifici, tali organismi erogano prestazioni terapeutiche e di consulenza nel settore delle specializzazioni non disponibili a livello di « voivodship ». Il territorio della regione comprende numerose « voivodship ».

Vorrei ora introdurre brevemente i problemi economici. E' un compito parecchio difficile per un medico presentare dei problemi di carattere economico, specialmente quando deve presentarli a degli economisti.

Vorrei dire, in primo luogo, che in Polonia sono stati elaborati due tipi di programma. I programmi per lo sviluppo socio-economico del paese e i programmi budgetari.

I programmi socio-economici vengono messi a punto in una prospettiva quinquennale e annuale, laddove i programmi budgetari coprono un solo anno. I programmi in prospettiva si attuano attraverso programmi quinquennali. Il programma socio-economico quinquennale è la somma degli stessi programmi delle « voivodships » e dei Ministeri.

Il programma dello sviluppo dell'assistenza sanitaria fa parte integrante del programma socio-economico nazionale, che fissa, in termini globali, la gamma della rete dei servizi sanitari, i progetti di investimento, le consegne di attrezzature e gli aumenti di manodopera ripartiti per professioni.

Il finanziamento in Polonia dell'intero sistema di assistenza sanitaria e sociale viene effettuato a valere su un programma budgettario statale di cui, oltre allo stanziamento di bilancio centrale, i programmi budgetari delle « voivodships » rappresentano la fonte prevalente. Non esistono altre forme di finanziamento del sistema di assistenza sanitaria e sociale.

Quale comparto del programma budgetario nazionale, il programma budgetario sanitario, in conformità con i compiti in materia sanitaria programmati, definiti e di essenziale importan-

za, viene predisposto dalle singole unità sanitarie sulla base delle linee orientative generali fornite dalle autorità centrali, nonché di dettagliate raccomandazioni da parte delle autorità di « voivodeship ».

Il programma budgettario sanitario è soggetto a controllo e a coordinamento a livello di « voivodship » e centrale, e, conseguentemente, alla autorizzazione definitiva del Parlamento.

Il programma di budget comprende i seguenti indici e le seguenti normative usate nell'ambito del sistema sanitario:

a) il numero medio di personale impiegato in tutto l'arco dell'anno e alla fine dell'anno (medici, personale paramedico-economico-amministrativo e altro),

b) i fondi per salari, riscontrati il salario medio, e i salari medi dei singoli gruppi di lavoratori,

c) il numero dei pazienti ospedalizzati, il numero di pazienti (per posto-letto/giorno) e l'utilizzazione media dei posti-letto di ospedale all'anno (tasso di occupazione),

d) il numero di consultazioni ambulatoriali, la percentuale delle visite a domicilio,

e) il numero di ambulanze mobili di emergenza, per giornate lavorative,

f) il numero delle protesi dentarie,

g) le norme di spesa per: prodotti farmaceutici, misure diagnostiche, nutrizione e altri mezzi usati nelle attività correnti interessate, per un posto-letto/giorno.

Subito dopo il termine dell'anno di bilancio, ciascuna unità sanitaria rende conto degli indici programmati e delle normative di bilancio, e analizza anche tutti gli altri elementi connessi ai costi e al grado di efficienza conseguito.

Tale analisi economica rappresenta una misura routinaria annuale a tutti i livelli.

Il controllo corrente delle spese e dei costi dei vari tipi di prestazioni sanitarie consiste, per esempio, in:

— analisi effettuata ogni dieci giorni o mensilmente dei prodotti medicinali usati, dei costi di trattamento, a seconda di

dove il consumo dei medicinali e il trattamento si è verificato, con i fornitori presenti;

— analisi trimestrale o mensile della misura in cui sono stati eseguiti i servizi programmati, e i relativi costi;

— analisi permanente degli effettivi organici e dei fondi per i salari, utilizzati;

— vengono effettuate analisi comparative delle prestazioni erogate, analoghe o simili, presso unità sanitarie dello stesso tipo.

Le spese correnti presentate in questa relazione per l'assistenza sociale e per quella sanitaria nel programma budgettario dello Stato, includono spese relative a istituti subordinati al Ministero della Sanità e dell'Assistenza Sociale e al Ministero dei Trasporti, come principali utenti del fondo relativo.

Le spese correnti globali per l'assistenza sanitaria e per l'assistenza sociale, in milioni di zloty, sono aumentate dal 27.4 nel 1971 al 64.1 nel 1978.

Il tasso di incremento delle spese tra il 1970-71, relativamente più basso se raffrontato ad altri periodi, è dovuto all'aumento dei prezzi dei medicinali alla fine del 1970.

L'ultima questione è il sistema di controllo delle spese, in Polonia, per l'assistenza sanitaria.

Il controllo di tali spese viene effettuato sia dagli enti di Stato, sia dagli organismi che rappresentano la società.

Un ruolo importante nel sistema di controllo statale è svolto dall'Ufficio Superiore di Controllo. Gli obiettivi di questo Istituto sono il controllo delle attività economiche, finanziarie, organizzative e amministrative degli istituti preposti alla assistenza sanitaria. Il controllo finanziario dello Stato è di pertinenza del Ministero delle Finanze, del Dipartimento dell'Economia del Ministero della Sanità e della Assistenza Sociale, e delle sezioni o divisioni finanziarie degli uffici delle « voivodships ».

Il controllo delle spese per l'assistenza sanitaria e per l'assistenza sociale viene anche effettuato dalle relative commissioni parlamentari e dai consigli popolari delle « voivodships ».

Alla fine della relazione, il dr. Zielinski indica alcune aree di attività di assistenza sanitaria che sono fonte dei costi più elevati, e raccomanda alcune soluzioni per ridurli.

Dott. STEFAN ZIELINSKI: Programmazione finanziaria, controllo e gestione budgetaria della spesa sanitaria in Polonia (*).

Nella Repubblica Popolare Polacca il diritto all'assistenza sanitaria è uno dei diritti essenziali di tutti i cittadini ed è chiaramente definito e garantito dalla Costituzione.

Lo Stato assicura l'adempimento delle sue responsabilità nel campo dell'assistenza sanitaria a tutti i cittadini includendo i compiti di tale assistenza nei programmi nazionali di sviluppo socio-economico, e creando un sistema omogeneo ed amministrativo su scala nazionale per l'erogazione dell'assistenza sanitaria e della sicurezza sociale.

Una struttura organizzativa a tre livelli dell'amministrazione dell'assistenza sanitaria è stata creata in Polonia nel 1975. Contemporaneamente si è istituito anche un sistema corrispondente di servizi locali, di voivod (provincia) e regionali, di assistenza sanitaria e di sicurezza sociale. Ognuno dei tre livelli organizzativi integra i singoli elementi di assistenza sanitaria e di sicurezza sociale, al fine di dare vita ad un unico centro amministrativo, finanziario e deliberante in materia di personale.

Livello locale di base

Questo livello fornisce servizi di assistenza sanitaria di base e di sicurezza sociale, ivi inclusi i servizi ospedalieri, che vengono offerti per cinque specialità principali, i servizi ambulatoriali e quelli di emergenza. I Centri di assistenza sanitaria, i cui servizi sono diretti ad una popolazione da un minimo di 30.000 fino ad un massimo di 150.000 abitanti, sono le unità amministrative del sistema di assistenza sanitaria per il livello di base.

(*) Testo della Relazione illustrata dalla Dott.ssa Szulc.

Assistenza sanitaria ambulatoriale di base/pronto soccorso.

Questo tipo di assistenza viene fornito ai membri delle comunità rurali presso i centri sanitari dei paesi; mentre gli ambulatori distrettuali assicurano l'assistenza a tutti coloro che vivono in aree urbane. I suddetti ambulatori forniscono i servizi di medicina generica, pediatria, ginecologia e stomatologia, espletati dagli specialisti con l'assistenza delle infermiere e degli assistenti sociali della comunità. Ambulatori specifici, istituiti all'interno delle varie industrie, assicurano l'assistenza medica agli impiegati di tali industrie. Questi ambulatori aziendali si occupano soprattutto di profilassi e, limitatamente, anche degli aspetti terapeutici dell'assistenza medica. L'assistenza specialistica viene offerta dagli ambulatori ospedalieri specializzati e dalle guardie ospedaliere, come ulteriore ampliamento dell'assistenza sanitaria di base.

L'assistenza specialistica abbraccia le specialità principali, come, per esempio, medicina interna, chirurgia, ginecologia e ostetricia, pediatria, e, sempre più spesso, psichiatria.

Tutte le funzioni diagnostiche, terapeutiche, amministrative e finanziarie sono concentrate e centralizzate nel complesso sanitario integrato (ZOZ).

Secondo livello: Livello di voivodship

A questo livello si forniscono servizi di sicurezza sociale e di assistenza medica specialistica complementari a quelli previsti nei zoz. Tali servizi specialistici hanno un'ampiezza molto limitata, e la richiesta per questo tipo di assistenza altamente specialistica è relativamente bassa. La competenza territoriale delle voivodships, è di più zoz. Il numero di tali zoz dipende dalla popolazione della voivodship stessa.

Gli Ospedali Integrati della Voivodship, in cui si fondono tutti gli elementi dell'assistenza ambulatoriale ed ospedaliera offerta dai servizi sanitari che coprono l'intera voivodship, rappresentano le unità organizzative del sistema di assistenza sanitario per il livello della voivodship.

I suddetti Ospedali comprendono i padiglioni ospedalieri, gli

ambulatori specialistici e i reparti di emergenza. Sia gli zoz che gli Ospedali Integrati di Voivodship sono soggetti direttamente all'amministrazione locale.

Terzo livello: Livello Regionale

Questo livello assicura i servizi di assistenza sanitaria, assistenza terapeutica e specialistica alla popolazione di una regione che comprende varie voivodship, per le seguenti specialità: oncologia e radioterapia, cardiocirurgia, trapianti, endocrinologia, ecc., che non sono presenti negli Ospedali Integrati della Voivodship.

Queste funzioni vengono affidate ai dipartimenti ed alle cliniche universitarie delle Accademie Mediche, oltre i loro compiti scientifici ed educativi. Le Accademie devono risponderne direttamente al Ministero della Sanità e della Sicurezza Sociale.

Le attività terapeutiche delle Accademie Mediche vengono svolte nelle cliniche universitarie. Queste ultime hanno un'organizzazione diversa da quella di altri tipi di ospedali, i cui fini sono il risultato dei compiti pluridirezionali delle Accademie Mediche polacche.

Il sistema organizzativo polacco del servizio sanitario si basa sulla programmazione, permettendo quindi un armonico sviluppo dei servizi sanitari in relazione con le necessità della popolazione, i progressi tecnico-scientifici e quelli socio-economici della nazione.

Le previsioni, che includono ipotesi ed aspettative riguardo allo sviluppo di determinati settori e livelli dell'assistenza sanitaria, svolgono un ruolo chiave all'interno di questo sistema. Come risultato di tali previsioni, è stato elaborato il documento: « Programma per lo sviluppo dell'assistenza sanitaria e della sicurezza sociale in Polonia fino al 1990 ». Il documento è stato approvato dal Governo Polacco e, successivamente accettato dal Sejm*, il massimo organismo legislativo dello Stato. Il programma indica gli obiettivi chiave ed i compiti principali delle attività del servizio sanitario e della sicurezza sociale, fino all'anno 1990.

Il programma verrà attuato per mezzo di piani quinquennali, che indicano inoltre i fini da raggiungere in determinati anni. I piani dello sviluppo del servizio sanitario sono parte integrante del piano economico nazionale. I piani quinquennali indicano in termini generali i progetti di investimenti, la consegna di attrezzature e forniture, gli aumenti della forza-lavoro, divisi secondo le professioni, ed anche i fondi finanziari stanziati per l'assistenza sanitaria.

Il programma quinquennale nazionale getta le basi per lo sviluppo di piani quinquennali simili in ciascuna voivodship. Gli schemi di piani quinquennali per le voivodships devono essere approvati dal voivode (**), mentre quelli del piano quinquennale nazionale sono approvate dal Seym. Nel corso delle discussioni su questi schemi di piano quinquennale, si possono apportare le modificazioni necessarie, sia per il piano delle voivodship, che per quello nazionale. Prima di ottenere l'approvazione, il progetto viene esaminato dalle Commissioni sanitarie e della sicurezza sociale dei Consigli del Popolo di ogni voivodship e del Seym della Repubblica Popolare Polacca.

I piani annuali, che sono parte dei piani quinquennali, si basano sugli indici fissati dal Governo. Questi indici includono: spese per l'assistenza terapeutica e per le forniture alimentari agli ospedali; salari medi, costi d'esercizio delle attrezzature sanitarie, in relazione ad un certo numero di posti-letto, od al numero dei pazienti assistiti negli ambulatori. Gli indici vengono usati per decidere i bilanci degli istituti sanitari responsabili davanti alle voivodship o, direttamente, al Ministro della Sanità e della Sicurezza Sociale.

Senza considerare i suddetti indici, i voivodes possono stanziare ulteriori fondi dal capitale della voivodship, al fine di aumentare sufficientemente i fondi per le attività terapeutiche, i cibi, o per altre spese dovute ai costi d'esercizio delle attrezzature sanitarie. Una voce importante nel bilancio sanitario della voivodship è rappresentata dalle sovvenzioni destinate a finanziarie, in par-

(*) Il Parlamento della Repubblica Popolare Polacca.

(**) Governatore della Provincia.

te, i medicinali prescritti dai medici degli ambulatori. I pazienti ricoverati ricevono tutti i servizi sanitari gratis.

Gratis sono anche i consulti medici, le analisi cliniche ed altri servizi simili, nell'ambito dell'assistenza medica ambulatoriale.

I pazienti partecipano soltanto per il 30% al costo dei medicinali prescritti dai medici, mentre il restante 70% è finanziato dal bilancio dello Stato. I medicinali sono completamente gratis per gli invalidi ed pensionati.

I bilanci approvati diventano legge e sono quindi obbligatori per tutti. Sulla base dei bilanci approvati, le banche aprono le dovute linee di credito per gli istituti sanitari, e controllano se le spese dichiarate corrispondono alle varie voci dei bilanci: salari e stipendi, acquisto di rifornimenti, medicinali, attrezzature, costo dei cibi per i pazienti ospedalizzati, ecc. Il controllo attuale della direzione finanziaria e di altri aspetti finanziari nel quadro delle attrezzature sanitarie viene svolto dai dipartimenti ad hoc, sia del Ministero della Sanità e della Sicurezza Sociale, che dell'amministrazione locale. Il Dipartimento del Controllo Finanziario ed il Dipartimento dell'Economia si occupano, per conto del Ministero della Sanità e della Sicurezza Sociale, di questo problema. Nella voivodship, le stesse funzioni sono espletate dalle Sezioni Sanitarie e della Sicurezza Sociale e dal Settore Finanziario dell'Amministrazione della voivodship. Si hanno anche delle verifiche da parte di ispettori preparati a tale scopo.

Il controllo finanziario viene integrato da quello operativo e delle prestazioni, che prende in considerazione anche i problemi connessi all'utilizzazione dei fondi stanziati per determinati compiti sanitari. Questo tipo di controllo viene effettuato tramite un'ispezione specializzata, disposta dal Ministero della Sanità e della Sicurezza Sociale nei campi più importanti dell'assistenza sanitaria. Il suddetto controllo copre tutti e tre i livelli del servizio sanitario. L'ispezione specializzata di solito è compito di istituti accademici specializzati. Questi istituti valutano i servizi sanitari dal punto di vista del loro raggio di azione, qualità ed efficacia, dando così la possibilità alle amministrazioni sanitarie di ogni livello di soppesare il rapporto costo/beneficio di servizi sanitari già in atto o in via di attuazione.

A parte il controllo finanziario svolto dall'amministrazione statale, le spese per l'assistenza sanitaria vengono esaminate anche da apposite commissioni degli organismi che rappresentano le comunità locali e la società intera. Tali commissioni sono: la Commissione del Seym per l'Educazione Sanitaria e Fisica e le Commissioni sia della voivodship che delle popolazioni dei distretti e delle città. Queste commissioni si incontrano per lo meno due volte all'anno per discutere i problemi attinenti alla direzione finanziaria. E' importante precisare che le suddette commissioni esaminano ed approvano i bilanci proposti dal Ministero della Sanità e della Sicurezza Sociale, ed anche dall'Amministrazione della voivodship. Inoltre, esse controllano anche i risultati del bilancio. L'Ufficio Superiore di Controllo svolge un ruolo speciale nell'ambito del controllo su tutte le attività socio-economiche. E' infatti l'agenzia di Stato che svolge le sue funzioni di controllo ogni qualvolta ne viene fatta richiesta da parte del Cancelliere del Seym, Presidente del Consiglio di Stato e Capo del Governo. Il controllo esercitato dall'Ufficio Supremo di Controllo riguarda soprattutto le attività economiche, finanziarie ed amministrative dell'amministrazione statale. Esso si estende anche ad altre unità ed imprese, cooperative ed organizzazioni civili, ivi inclusi gli istituti sanitari di tutti i livelli e di tutti gli organismi dell'amministrazione statale, che si occupano di problemi di assistenza sanitaria. L'Ufficio Superiore di Controllo e le sue conclusioni sono di notevole importanza per l'ulteriore miglioramento delle attività del servizio sanitario nazionale e della sua direzione finanziaria.

Le interazioni tra prestazioni e disponibilità di risorse finanziarie e la necessità di applicare metodi di analisi finanziaria nell'amministrazione del servizio sanitario hanno dato luogo alla creazione di sezioni amministrative e/o finanziarie specializzate, o di dipartimenti, nelle strutture organizzative degli istituti sanitari.

I compiti di tali sezioni o dipartimenti comprendono la redazione di progetti di piani socio-economici per i servizi sanitari e la forza lavoro, progetti di piani finanziari, controllo della attuazione di tali piani e la messa a punto di analisi finanziarie. E' importante notare che nella maggior parte degli istituti sanitari

il vice-direttore viene eletto allo scopo preciso di controllare la giusta esecuzione dei suddetti compiti.

A parte la collaborazione che allo stato presente esiste tra le sezioni amministrative e finanziarie e i dipartimenti medici degli istituti di assistenza sanitaria, le sessioni del Consiglio degli istituti di assistenza sanitaria offrono un'ottima possibilità per scambiare opinioni e compiere valutazioni periodiche.

Il Consiglio è l'organo consultivo e si riunisce per lo meno quattro volte all'anno. Le sue riunioni sono dedicate alla presentazione di proposte e commenti, ed anche alla formulazione di programmi di lavoro per gli istituti di assistenza sanitaria, con il dovuto accento sulle considerazioni finanziarie.

Si è dovuto applicare un metodo di questo tipo, poiché i servizi sanitari polacchi sono in continua espansione ed anche perché i programmi di profilassi di massa sono diventati sempre più importanti. Lo screening di massa dei neonati ha come scopo l'individuazione precoce della oligofrenia; la prevenzione di massa delle carie; le vaccinazioni, l'assistenza sanitaria negli ambienti scolastici e di lavoro; radiografie periodiche del torace e, recentemente, controlli medici particolareggiati, effettuati ad un intervallo di due anni per i bambini in età prescolare, e ad un intervallo di quattro anni per i bambini in età scolare. Quanto elencato finora rappresenta solamente un panorama selezionato dei programmi profilattici di massa. Controlli medici per tutti coloro che hanno compiuto il quarantesimo anno di età saranno introdotti l'anno prossimo.

Lo screening di massa, che copre i bambini e la popolazione giovane, e che sarà ulteriormente ampliato nel prossimo futuro, includendo anche gli adulti, permette l'individuazione precoce delle malattie e dei loro sintomi. Tale attività viene quindi integrata nell'intero sistema dell'assistenza sociale, che comprende i servizi terapeutici e di riabilitazione, sia ospedalieri che ambulatoriali. Questi fattori, ulteriormente ampliati dalla grande disponibilità dei servizi di assistenza sanitaria e dal graduale affinamento della consapevolezza sociale nella cultura sanitaria, determinano richieste in rapido aumento ed aspettative per la rispondenza alle necessità sanitarie della società. Questa tendenza

viene rafforzata dal constatato invecchiamento della popolazione polacca.

Tutto ciò non richiede soltanto lo stanziamento di maggiori fondi per l'assistenza sanitaria, ma anche che tali fondi siano usati nel modo migliore possibile.

I fondi per l'assistenza sanitaria sono aumentati notevolmente negli ultimi anni. Nel solo periodo 1970-1976 le spese per l'assistenza sanitaria si sono raddoppiate.

Le spese del bilancio dello Stato per l'assistenza sanitaria sono state, nel 1978, di 64.100 milioni di zloty, un aumento, quindi, di circa il 140% rispetto ai dati del 1970.

Il tasso di aumento delle spese per l'assistenza sanitaria viene indicato nella Tavola seguente:

Spese per l'assistenza sanitaria previste dal bilancio dello Stato

Anno	Spese per l'assistenza sanitaria (zloty, milioni)	Tasso di crescita 1970 = 100
1970	26.881	100,0
1971	27.437	102,1
1972	31.712	118,0
1973	37.265	138,6
1974	42.919	159,7
1975	47.739	177,6
1976	53.595	199,4
1977	58.296	216,9
1978	64.100	238,4

Fonte: Annuari statistici Ufficio Nazionale dei Censimenti.

Il programma governativo per lo sviluppo dell'assistenza sanitaria fino all'anno 1990, pone l'accento in primo luogo sulla profilassi. Abbiamo già citato degli esempi di tale attività profilattica. L'esperienza finora accumulata indica che questi sforzi mostrano i migliori risultati in rapporto ai costi. Si ha quindi un'ulteriore conferma dei vantaggi dell'applicazione delle analisi

finanziarie ed economiche, nell'ambito dell'amministrazione del servizio sanitario.

La crescita continua dei costi dell'assistenza sanitaria richiede un ulteriore miglioramento dei metodi dell'analisi economica, soprattutto per mezzo della precisazione di principi e criteri di carattere scientifico, a cui le valutazioni economiche si dovranno informare. Si dovrebbe dedicare un'attenzione speciale a quelle aree di attività del servizio sanitario che causano i costi di esercizio più alti. Una maggiore collaborazione tra le funzioni finanziarie e mediche di queste aree contribuirà ad un notevole miglioramento sia dell'assistenza sanitaria, che dei risultati finanziari.

Le suddette aree includono:

— Riduzione dei costi di cura per i pazienti ricoverati: tale scopo verrà raggiunto grazie, in primo luogo, ad una degenza più breve, ma anche ad una migliore preparazione dei pazienti per la cura in ospedale da parte del medico richiedente il ricovero. Il miglioramento dei metodi diagnostici e delle procedure ospedaliere è anch'esso volto allo stesso fine.

— Riduzione dei costi dei medicinali: potrà ottenersi con una migliore conoscenza della farmacologia clinica da parte dei medici, tramite dei corsi di aggiornamento. Si potranno anche nominare dei farmacologi clinici negli istituti di assistenza sanitaria più grandi. Tali misure offrono notevoli possibilità di ridurre in maniera considerevole spese inutili.

— Lo sviluppo ed il miglioramento dell'assistenza sanitaria di base e l'eliminazione, in casi ingiustificati, della richiesta dei servizi sanitari specialistici più cari.

Si dovrebbe anche cercare di integrare altre attività del servizio sanitario, al fine di creare un unico centro decisionale, amministrativo e finanziario, fungente da centro per gli istituti di assistenza sanitaria a livello locale.

Non considerando ora l'attuazione degli sforzi suddetti, i progressi futuri di quest'area dipendono essenzialmente dal miglioramento della consapevolezza che i medici dovrebbero avere

delle conseguenze finanziarie di determinati metodi di cura. In effetti, ciò dovrebbe dare luogo ad una diffusa applicazione dei metodi e delle procedure che uniscono i maggiori benefici ai costi più bassi, sempre osservando la condizione ultima che vede il paziente come colui che dovrebbe sempre avvantaggiarsi di ogni nuovo metodo e procedura.

Tutti questi fattori potrebbero avere un'influenza decisiva sulla salute pubblica, soprattutto tramite una cosciente partecipazione da parte degli operatori sanitari alla programmazione degli obiettivi ed al controllo delle spese, dovute al conseguimento di tali fini. L'autocontrollo di questi operatori potrebbe contribuire notevolmente al controllo previsto dall'amministrazione statale e dall'autorità comunale, nonché alla semplificazione dell'amministrazione degli istituti di assistenza sanitaria.

Mr. ERIC SCHMIEDER: Controllo budgetario della spesa pubblica in Francia

I. INTRODUZIONE

1.1. La natura specifica del bene « salute »

In un'opzione economica classica, la scelta di un investimento è decisa secondo il criterio di razionalità pura. Si tratta di aumentare la produzione con i costi più bassi. Sotto questo punto di vista le rispettive voci del bilancio relativo all'operazione, spese di investimento o di gestione, assumono poca importanza; importa invece il risultato finale. L'accertamento del risultato, sotto forma di prodotto valorizzabile, è pertanto un elemento essenziale per la valutazione di un progetto. Questo non vale, però, quando si tratta del bene « salute ». Il risultato dei programmi sanitari, degli interventi diagnostici e terapeutici, non è valorizzabile. A causa di questo carattere e vista l'importanza che la società attribuisce alla salute dei suoi membri, la salute è considerata un bene collettivo, che può essere, secondo i casi, come « puro » o « divisibile »: e le modalità di scelta degli investimenti cambiano quando si ricorre all'uno o all'altro di questi due caratteri.

1.2. La salute considerata come un bene collettivo « puro »

In questo caso è impossibile instaurare un rapporto tra un programma e i suoi risultati sulla salute della popolazione e soprattutto attribuire tali risultati a un determinato beneficiario. Questa situazione è riscontrata in tutti i grandi servizi statali: giustizia, difesa nazionale, ecc. Gli esempi concreti dimostrano la necessità di includere in questo gruppo alcuni programmi che non sono necessariamente di natura sanitaria ma che hanno

ripercussioni importanti sulla salute: la realizzazione di reti di scarico e depurazione delle acque usate, le campagne informative contro il cancro, le affezioni cardiache, ecc. E' necessario ricordare che in alcuni casi esiste un beneficiario apparente ma che il beneficio maggiore è a favore della collettività; p.e. nel caso di programmi di vaccinazione. Questo caso che sembra particolare è in realtà generalizzabile se si applica il seguente ragionamento: ogni intervento sanitario permette di migliorare le condizioni della popolazione attiva e può essere analizzato come un vantaggio di « produzione », portando quindi alla considerazione di detti interventi come « investimenti umani » che migliorano l'attività della società nel suo complesso.

Questo atteggiamento, che considera la salute come un bene collettivo puro, porta alla realizzazione di procedimenti a carattere normativo, come la pianificazione. In Francia, quest'ottica è seguita da due azioni:

- a) Il Piano, ove la pianificazione del settore sanitario è trattata come un « sotto-aggregato » dell'economia francese.
- b) La Carta Sanitaria, che riguarda specificamente i posti letto degli ospedali e le attrezzature in generale.

1.3. *La salute considerata come un bene collettivo divisibile*

E' il caso più corrente di un individuo che riceve una prestazione sanitaria. Questa prestazione mantiene il carattere « collettivo » perché risponde a ciò che poc'anzi abbiamo definito come « investimento umano ». Essendo però divisibile, permette alcuni calcoli classici di redditività a livello micro-economico. Nel sistema, l'ospedale appare come il bene privilegiato di questa impostazione. Comunque, dato che l'Amministrazione Centrale delega alle Regioni la scelta dei crediti d'investimento, questa impostazione è applicabile anche a livello regionale.

Il seguito di questa relazione riguarderà quindi quattro livelli decisionali: il Piano, la Carta Sanitaria, la Regione e l'Ospedale.

II. LA PIANIFICAZIONE FRANCESE E IL SISTEMA SANITARIO

2.1. *La finalità del Piano*

Il Piano francese è indicativo e non vincolante. La sua funzione principale è quella di informare il Governo e i vari partners economici che partecipano ai lavori sulle condizioni di uno sviluppo armonioso dell'economia. Il rapporto del Piano costituisce quindi l'innovazione dei grandi equilibri macro-economici, Produzione Interna Lorda, Formazione Lorda del Capitale Fisso e Consumo; e ciò per tutti i settori dell'industria e dei servizi.

Per i settori che dipendono più specificamente dallo Stato, come la Sanità, il Piano propone prognosi di Formazione Lorda del Capitale Fisso su un periodo di 5 anni. Spesso il Governo adotta queste previsioni come obiettivi della sua politica economica a medio termine.

2.2. *La portata del Piano francese e l'attività sanitaria*

Il Piano francese si trova di fronte ad una contraddizione interna per quanto concerne la parte dell'investimento e del funzionamento nel settore sanitario. Infatti il costo del funzionamento del sistema sanitario è approssimato per la parte del suo valore aggiunto nel P.I.B. (Prodotto Interno Lordo). Questa parte è in continuo aumento e gli ospedali tendono ad aumentare i costi più rapidamente degli altri componenti del settore sanitario. Ciò significa che la loro crescita è molto rapida e che è necessario prevedere un rallentamento. D'altronde, visto che gli indici dell'aspettativa di vita e della mortalità infantile toccano il loro limite massimo, questa crescita sembra poco rispondente a un risultato reale. La parte del reddito nazionale attinente alla sanità viene pertanto analizzata come un onere a carico dell'economia francese piuttosto che a carico del valore aggiunto. Appare infatti necessario prevedere un trattamento differenziato delle risorse dedicate ai settori sanità e istruzione nei modelli di pianificazione. Si dovrebbe tener conto dell'aspetto « costo di funzionamento », considerando però tali risorse come un investimento di secondo grado: « investimento umano ».

Un metodo provvisorio per affrontare il problema posto sarebbe quello di attenersi al livello dei mezzi di investimento. Si potrebbe stabilire l'obiettivo di un patrimonio ospedaliero di età media costante che renderebbe necessaria una contabilità del patrimonio degli investimenti.

III. LA CARTA SANITARIA

3.1. Realizzazione e funzioni

La Carta Sanitaria è stata istituita con la legge ospedaliera del 31 dicembre 1970 e il suo modo di funzionamento è stato precisato nel decreto dell'11 gennaio 1973.

La Carta Sanitaria istituisce una vera e propria pianificazione ospedaliera e si basa su tre livelli, rappresentati ciascuno da una Commissione:

1) La Commissione Nazionale dell'Attrezzatura Sanitaria (Commission Nationale de l'Equipement Sanitaire).

2) La Commissione Regionale dell'Attrezzatura Sanitaria (Commission Régionale de l'Equipement Sanitaire).

3) Il Settore Sanitario.

Quest'ultimo è l'entità geografica di base della Carta. La sua creazione concretizza la dimensione della Carta.

La finalità di questa struttura è quella di rivedere la Carta ogni cinque anni, cioè di stabilire i limiti globali di Formazione Lorda del Capitale Fisso nel Piano a livello dell'insieme dei territori.

A questo scopo, la struttura precedente ha realizzato la Carta Sanitaria proponendo indici di bisogno che assumono un carattere normativo di plafond da non superare. Questi indici sono i seguenti:

- Medicina 2,5‰;
- Chirurgia 2‰;
- Maternità 0,6‰.

Sono stati determinati anche gli indici per attrezzature sanitarie, come i reni artificiali.

Questi indici si applicano a tutti gli ospedali, indipendentemente dal loro carattere pubblico o privato.

3.2. *Discussione*

Il principale interesse della Carta è quello di aver permesso la realizzazione di una struttura coerente di pianificazione, con la partecipazione di tutti gli interessati, dalle professioni sanitarie ai rappresentanti politici. Sono quindi presenti tutte le condizioni per una buona coordinazione. Si può però constatare che la realizzazione attuale, a livello dei collegamenti, risulta contemporaneamente da una valutazione e da un atteggiamento « politico » delle varie istanze. Senza dubbio, saranno necessari numerosi scambi tra il livello nazionale e il settore prima che gli elementi regolatori funzionino correttamente.

Tra gli elementi regolatori figurano alcuni studi tecnici necessari sui rapporti tra investimenti e funzionamento, a livello nazionale e regionale.

A livello nazionale appare necessario iniziare studi che permettano di comprendere meglio l'innovazione del flusso degli investimenti e del funzionamento. Esistono già alcuni modelli che danno un quadro del comportamento di queste grandi masse finanziarie. I lavori sono indispensabili prima dell'emanazione di norme. In particolare, è necessario indagare a fondo sull'ipotesi dell'aumento dell'età media del patrimonio.

A livello regionale è necessario effettuare programmi precisi per farsi un'idea del costo e dei vantaggi delle diverse opzioni possibili. Le tecniche di programmazione degli obiettivi rispondono molto bene a queste esigenze.

IV. *LA REGIONE*

La Regione ha un ruolo importante, e questo ruolo tende a rafforzarsi. Abbiamo già spiegato che la « Commission Régionale de l'Équipement Sanitarie » partecipa all'elaborazione della Carta Sanitaria e quindi alla determinazione dei bisogni relativi ai

posti letto e alle attrezzature pesanti degli ospedali pubblici e privati.

Nel quadro della politica di decentramento, l'amministrazione centrale delega alla Regione la decisione di ripartire i crediti di finanziamento approvati. La Regione partecipa quindi alla determinazione dei bisogni e decide sul finanziamento. Può quindi influenzare direttamente le realizzazioni secondo le loro priorità.

Ma attualmente esiste una distinzione notevole. Se la regione è dotata di poteri importanti a livello delle attrezzature, conosce poco del funzionamento. Infatti l'approvazione dei bilanci degli ospedali è di competenza dei dipartimenti. Nell'ottica di un buon coordinamento degli investimenti e dei crediti per il funzionamento, è necessario poter effettuare un collegamento tra i due settori. Ciò dovrebbe spettare ai « gruppi regionali di analisi e gestione degli ospedali », in corso di realizzazione.

E' necessario notare che la Regione « Ile-de-France », comprendente la città di Parigi e la regione parigina e quindi molto importante, si è dotata di un organo di studio: l'Osservatorio Regionale della Sanità (Observatoire Régional de la Santé) e ha effettuato uno studio dettagliato sulla localizzazione più auspicabile degli ospedali nella Regione, assumendo come criterio il tempo di raggiungimento dell'istituto più vicino. E' pensabile che anche altre regioni istituiscano uffici di studio analoghi.

V. L'OSPEDALE

L'ospedale pubblico possiede autonomia giuridica e, nella storia, è stato il realizzatore degli investimenti. Attualmente è ancora l'ospedale a prendere l'iniziativa dell'investimento ma ricorre a livelli decisionali superiori con la richiesta delle autorizzazioni necessarie.

5.1. *Descrizione del sistema*

La contabilità delle spese di investimento e di gestione è divisa in due settori diversi, con regole rigorose per quanto concerne la loro comunicazione. La sezione dell'investimento è

alimentata dalla gestione, unicamente sotto forma di ammortamenti calcolati sulla base di regole contabili rigorose. Le altre risorse della sezione « investimento » sono le sovvenzioni e i prestiti. Possono esistere anche risorse provenienti dalla vendita del patrimonio eventualmente in possesso dell'ospedale, ma questo caso diventa sempre più raro. L'ospedale ha quindi un patrimonio e può calcolare il suo margine di autofinanziamento.

Il finanziamento tipico degli immobilizzi e delle attrezzature pesanti è realizzato secondo lo schema seguente:

1) Sovvenzione dello Stato delegata alla Regione da 20 a 40%.

2) Prestito senza interesse delle Casse di Previdenza Sociale (gli interessi si ritrovano comunque nei prezzi per giornata che vengono fatturati) fino a 40%.

3) Il resto:

— sovvenzioni di altri organismi pubblici (Regioni, Dipartimenti, Comuni);

— prestito della Cassa Depositi;

— autofinanziamento (risorse degli ammortamenti).

Si noti che per ottenere 2) e 3) è necessario aver ottenuto 1) e che questo primo accordo è effettuato soltanto se l'ospedale si conforma alle regole precisate nei precedenti paragrafi: Carta Sanitaria e Regione.

Per le altre attrezzature l'ospedale non deve ottenere autorizzazioni e agisce come vuole. Può stipulare mutui, cercare sovvenzioni, ecc... Ma nel caso dell'informatica deve ottenere la autorizzazione della Commissione Nazionale dell'Informatica (Commission Nationale de l'Informatique) anche per un terminale leggero (informatica decentrata).

5.2. *Funzionamento del sistema*

E' necessario precisare due delle più importanti funzioni del sistema.

Quando la durata permessa per l'ammortamento è più breve dei prestiti effettuati per l'ottenimento di un'attrezzatura, la si-

tuazione spinge l'ospedale ad investire per rimborsare i suoi prestiti.

La parte delle attrezzature ottenute con sovvenzione è ammortizzabile. Anche l'ottenimento di una sovvenzione dà l'avvio a un effetto moltiplicatore dell'investimento. In realtà si osserva che gli ospedali nuovi hanno una sezione di investimento ben dotata e che devono continuare ad investire per alimentarla. Invece i vecchi ospedali assistono a una riduzione inevitabile della loro sezione degli investimenti.

Questi due elementi hanno inevitabilmente un effetto moltiplicatore dell'investimento e sono essenzialmente inflazionistici. E' però necessario precisare che la pratica dell'ammortamento, grazie alla contabilità analitica, permette di calcolare prezzi di costo esatti. Evidentemente ciò non vale per i paesi con circuiti finanziari d'investimento isolati perché gli ospedali non effettuano ammortamenti e i prezzi di costo perdono il loro significato economico. Purtroppo gli ospedali francesi, che devono tenere la contabilità analitica, si servono dei prezzi del giorno necessari per il bilancio. Molto raramente li usano per razionalizzare la scelta dei loro investimenti.

In questa ottica, una recente istruzione del Governo invita gli ospedali a giustificare i loro investimenti dimostrando che sono « neutri » in rapporto alle spese di gestione. Questa neutralità significa che il confronto dei bilanci aggiornati delle due operazioni — con o senza l'investimento progettato — ha un effetto nullo, o favorevole, sui costi di gestione. Anche se questo metodo poggia unicamente sulla comparazione dei costi, si può pensare che in un paese dotato di un rilevante patrimonio di attrezzature tale impostazione possa costituire un criterio a breve termine. In Francia rappresenta l'inizio di un adattamento della politica governativa alla situazione attuale.

VI. CONCLUSIONE

Questa conclusione comprenderà due parti: una prospettiva sul sistema sanitario francese e le sue conseguenze sull'evoluzione.

6.1. *Le tendenze generali dell'ultimo quarto di secolo*

Si constata che negli ultimi 25 anni si sono manifestate due tendenze generali nel sistema sanitario francese e più particolarmente nell'ospedale.

La prima è costituita da una crescita fenomenale, la cui realizzazione è stata possibile grazie alla crescita economica. Il fatto nuovo è che il ritmo di questa crescita diminuisce inevitabilmente e potrebbe anche annullarsi.

La seconda tendenza consiste nella sensibile diversificazione all'interno dell'ospedale dove le professioni e le specializzazioni mediche si sono moltiplicate.

Si può ritenere che di fronte alla diminuzione della crescita la razionalizzazione del sistema sanitario diventerà sempre più imperativa e che la diversificazione sarà un mezzo privilegiato di tale razionalizzazione. Infatti — come si constata in biologia — le civiltà e i sistemi socio-economici si adattano ai limiti diversificandosi.

6.2. *L'ospedale francese di fronte a una diversificazione senza crescita*

Nel corso degli ultimi anni la Francia ha realizzato delle importanti riforme: la realizzazione di una struttura di pianificazione partecipata per gli immobilizzi e le attrezzature pesanti e la realizzazione della Carta Sanitaria, insieme alla delega dei crediti di finanziamento alle regioni. Create le strutture, devono essere avviati gli studi che permetteranno un appoggio tecnico necessario alla razionalizzazione delle scelte d'investimento.

A livello ospedaliero sarà necessario prevedere il modo di alimentazione della sezione di investimento per annullare i fattori negativi del moltiplicatore di ammortamento. La contabilità analitica attuale dovrà servire alle scelte decentrate delle attrezzature modeste. Saranno possibili i calcoli micro-economici classici.

In un Paese in cui il patrimonio di attrezzature è già rilevante, sembra che la nozione di neutralità nei confronti dell'utilizzazione dell'investimento possa essere interessante e permettere la

diversificazione. Dovrebbe essere potenziata con una sorveglianza dell'età media allo scopo di evitare un invecchiamento.

Resta comunque il fatto che tali metodi permettono di avvicinarsi all'optimum economico. Solo un progresso nel metodo di misurazione del risultato finale degli interventi relativi allo stato di salute della popolazione sarà in grado di assicurarlo.

BIBLIOGRAFIA SOMMARIA

- « Le choix des investissements » P. MASSE, *Finance et Economie appliquée*, Dunod 1968, 501 pagine.
- « Les investissements hospitaliers » B. MAJNONI D'INTIGNANO, coll. *Economie et Santé* 1976, 348 pagine.
- « Interacting Modeling of Health Care Delivery Systems » R.B. FETTER, *Proceeding of the Colloquium on Systems Theory and Scientific Management of Public Utilities*, gennaio 1975, pp. 102-116.
- « Long ranger planning in Mental Health » R.J. HUNTER e J.E. SCHNEE, *Management science*, vol. 12 N. 12, 1966, pp. B 519-524.
- « Financing Public Hospital in Ontario: a Case study in rationing of Capital Budgets » H.W. JACKMAN, *Management science*, vol. 20 n. 4, dicembre 1973, parte 2, pp. 645-655.
- « Decentralization of the Capital Budgeting authority » M. SHARON, *Management science*, vol. 25 n. 1, gennaio 1979.

(7) Legge e regolamenti:

- Legge ospedaliera del 31 dicembre 1970
- Decreto n. 73-54 dell'11 gennaio 1973
- Circolari n. 159 del 9-5-1973
- DGS/52/PR2 del 12-2-1974
- n. 87 del 25-3-1974
- n. 204 del 12-6-1974
- n. 83 PR2 del 24-1-1975
- n. 199 del 6-5-1975
- n. 155 del 15-4-1975
- n. 48 TR2 del 4-2-1975
- n. 133 dell'1-4-1975
- n. 316 del 6-6-1976
- n. 592 PC2 del 13-7-1976.

Mr. W. SCOTT MONCRIEFF: La spesa sanitaria pubblica in Gran Bretagna

L'Organizzazione del servizio sanitario nazionale in Inghilterra

1. Il Servizio Sanitario Nazionale (NHS) — come il suo stesso nome lo dice — è un servizio nazionale controllato e finanziato, con l'esclusione di taluni oneri a carico dei pazienti, dal Dipartimento della Sanità e della Sicurezza Sociale (DHSS). Il Servizio è organizzato, in Inghilterra, su due livelli, Regioni e Aree, ciascuno controllato da Autorità all'uopo nominate (in Scozia e nel Galles l'organizzazione è leggermente differente). Le Aree sono, a loro volta, suddivise in un certo numero di distretti, gestiti da équipes di funzionari amministrativi distrettuali (talune Aree hanno un solo distretto). Alcune sono designate come Aree di Insegnamento in quanto comprendono ospedali, collegati alle università, per la preparazione ed il tirocinio dei medici. Il finanziamento dei servizi è in larga parte diviso tra l'Ospedale, i Servizi Sanitari di Comunità e i Servizi dei Medici di Famiglia; esiste anche un certo numero di servizi, su scala relativamente ridotta, che sono direttamente controllati dal DHSS.

Per l'anno finanziario 1979-80 il Parlamento ha approvato lo stanziamento delle seguenti somme lorde per i sottoindicati servizi:

	milioni di sterline
Ospedali e Servizi sanitari di Comunità	5.231
Servizi dei Medici di Famiglia	1.532
Servizi forniti dal Centro	248
	<hr/>
	7.011

L'89% di tale spesa viene coperta dalle entrate fiscali, il 10%

dalle contribuzioni del NHS e l'1% dagli oneri a carico dei pazienti e da proventi di varia natura.

2. Il rapporto tra il DHSS e il NHS è regolato dalla legge 1977 sul Servizio Sanitario Nazionale. La legge affida vari compiti al Segretario di Stato; nelle grandi linee, tali compiti consistono nello « svolgere continuativamente in Inghilterra un'azione di promozione di un servizio di vasta portata inteso a garantire miglioramenti:

- a) nella salute fisica e psichica della popolazione del paese,
- b) nella prevenzione, diagnosi e cura delle malattie,

e a fornire o assicurare a questo scopo efficienti servizi in conformità alla suddetta Legge ».

Al Segretario di Stato spetta altresì il compito di fornire determinati servizi specifici « nella misura che egli ritiene necessaria per far fronte ad ogni ragionevole esigenza »; tali servizi includono gli ospedali e altri locali dove accogliere i pazienti; servizi medici, di odontoiatria, di assistenza e di ambulanza; mezzi e attrezzature per l'assistenza alle donne incinte e in allattamento, e dei bimbi in tenera età; mezzi e attrezzature per la prevenzione delle malattie; altri mezzi e attrezzature necessarie per la diagnosi e la cura delle malattie; e infine, mezzi ed attrezzature per la pianificazione familiare.

3. Per consentire al Segretario di Stato di svolgere questi compiti, gli sono conferiti ampi poteri. In linea di massima, tuttavia, i poteri e i compiti del Segretario di Stato vengono esercitati, in suo nome e conto, in Inghilterra, da 14 Autorità Sanitarie Regionali (Regional Health Authorities-RHAs) e da 90 Autorità Sanitarie Locali (Area Health Authorities-AHAs). Il Segretario di Stato è responsabile verso il Parlamento dello sviluppo in grandi linee dei servizi sanitari oltre che del funzionamento, in particolare, di tali servizi. All'atto pratico, naturalmente, nessun Segretario di Stato o Dipartimento del Governo centrale può avere le necessarie conoscenze per amministrare i servizi locali con sufficiente sensibilità e duttilità; donde la necessità di delegare quanto più possibile i compiti di gestione dei servizi agli enti locali. Ma poiché il Segretario di Stato è responsabile della erogazione dei servizi, egli ha il potere di dare diret-

tive alle Autorità sulle funzioni che esse esercitano e sulla maniera in cui devono svolgere tali funzioni. Tuttavia, per ragioni di opportunità o di necessità pratica, talune funzioni del Servizio Sanitario Nazionale sono controllate dal Centro, quali lo sviluppo dell'edilizia ed i suoi orientamenti, i contratti e forniture, i servizi di amministrazione e talune funzioni di consulenza.

L'ospedale ed i servizi sanitari di comunità

4. Tali servizi offrono assistenza nella fase acuta della maternità, nelle lunghe degenze ed in materia psichiatrica e geriatrica. I servizi sanitari di comunità e l'ospedale assorbono circa il 75% dei fondi stanziati per l'assistenza sanitaria; di questi circa i tre quarti vengono spesi per gli stipendi al personale. I servizi suddetti occupano circa un milione di unità lavorative a tempo pieno, ivi compresa un'enorme varietà di personale tecnico, amministrativo, professionale, impiegatizio ed ausiliario. Segue la consistenza dei gruppi principali:

Infermiere ed ostetriche	340.758
Medici ed odontoiatri	33.492
Personale ausiliario	172.791
Amministrativo ed impiegatizio	99.037
Professionale e tecnico	54.117
Lavori e manutenzione	25.341
Personale Servizi di Ambulanza	17.402
	<hr/>
Totale (equivalente a tempo pieno - anno 1977)	742.938

La dimensione e la composizione di tale forza di lavoro è limitata dall'entità dei mezzi finanziari nonché dalla disponibilità di idoneo personale. Nell'ambito di tali limiti, il livello e la distribuzione della forza di lavoro è la somma delle unità formanti il personale, determinata dalle singole Autorità Sanitarie. L'approvazione del Centro nei riguardi delle persone che entrano a far parte del personale è limitata e determinati posti per medici e odontoiatri.

Servizi del medico di famiglia

5. Tali servizi vengono forniti da assuntori indipendenti, da medici di famiglia, da farmacisti, da dentisti, da ottici. Il loro numero è di circa 50.000, come risulta dal seguente prospetto:

Medici generici	22.327
Odontoiatri generici	11.784
Farmacisti generici	9.604
Servizio oftalmico generico	7.299
	<hr/>
Totale (anno 1977)	51.014

I pazienti, salvo numerose eccezioni, sono tenuti a partecipare al costo dei farmaci, di cure dentarie, di occhiali. I Servizi del Medico di Famiglia incidono sui fondi per le prestazioni sanitarie nella misura del 21%. Circa la metà di tale percentuale è destinata quale compenso per i servizi dei medici e l'altra metà per la fornitura di medicine e protesi.

Servizi centrali

6. I servizi gestiti centralmente comprendono una quantità di voci relativamente piccole, per esempio ospedali speciali, servizi di laboratorio, ricerca e sussidi per gli invalidi, per citarne quattro tra i più importanti. Nell'insieme, tali servizi incidono per il 4% sui predetti fondi.

Sviluppo del servizio

7. I servizi — per uno sviluppo avvenuto nel tempo — sono distribuiti in maniera sperequata sul territorio nazionale: ne consegue che la misura di accesso all'assistenza sanitaria dipende dalla località di residenza degli utenti. Si sta lentamente cercando di modificare tale stato di cose attraverso finanziamenti che privilegino le zone carenti del paese. Vi sono anche degli squilibri in fatto di assistenza sanitaria per differenti gruppi di pazienti. In particolare, i servizi per i malati di mente e per gli handicappati psichici necessitano di miglioramenti e vi sono forti pressioni di servizi per acuti da parte di un numero sempre crescente di anziani. Il DHSS riesamina periodicamente le priorità e fornisce

orientamenti alle Autorità Sanitarie circa i servizi che potrebbero essere forniti nell'ambito della spesa globale. Ciò tiene conto, per esempio, delle variazioni demografiche, dei progressi della medicina, delle tendenze in fatto di durata della degenza/occupazione dei posti, nonché delle esigenze di carattere generale (p. es. la legislazione per l'igiene e la sicurezza del lavoro) ed anche degli auspicabili cambiamenti nella linea politica.

I miglioramenti vengono valutati — a livello nazionale — mediante analisi concernenti la spesa e l'attività. A livello regionale vengono valutati con il sistema di programmazione, che impone alle Autorità sanitarie di presentare ogni quattro anni un « Piano Strategico », contenente le modalità di utilizzo dei mezzi finanziari e di manodopera che si renderanno disponibili, allo scopo di realizzare le proprietà, e di sviluppare e riassegnare i servizi nell'arco di una decina d'anni. Le Regioni inoltrano anche al Dipartimento « Rapporti Annuali di Programmazione » dai quali risultano i progressi nell'attuazione della loro strategia. L'introduzione del Sistema di Programmazione, i Piani Strategici a lungo termine, e le Relazioni Annuali di Programmazione, dovrebbero, nel loro assieme, migliorare la possibilità per il Dipartimento di controllare le modalità di utilizzazione da parte dell'NHS delle risorse finanziarie.

Finanziamento centrale

8. Fin dagli anni sessanta il Governo ha curato una Rassegna della Spesa Pubblica, che stabilisce gli obiettivi della spesa stessa per i cinque anni seguenti. Il Governo si rende edotto, sotto il profilo macro-economico, di quanto può permettersi di spendere in totale. Nei limiti di questa cifra totale, esso provvede ai programmi dipartimentali, tenendo conto delle priorità, dei progetti demografici e di altre tendenze a tali elementi collegate. I singoli dipartimenti preposti alla spesa pubblica dividono quindi i propri stanziamenti tra i loro sotto-programmi. Ogni anno, i programmi quinquennali, rivalutati per effetto dell'inflazione, vengono portati avanti, e vi si apportano dei ritocchi alla luce degli sviluppi interni ed esterni.

Limiti di danaro contante

9. La Rassegna della Spesa Pubblica di cui si è detto nel

precedente paragrafo, viene condotta sulla base di prezzi costanti in modo da poter raffrontare il volume programmato dei servizi da un anno all'altro. Tuttavia, stante il periodo di sostanziale inflazione, il Governo provvede ogni anno a incrementare la cifra a disposizione, così da coprire il previsto tasso di inflazione per i cinque anni successivi. Le Autorità responsabili della spesa dovranno poi contenere gli esborsi di denaro contante entro i relativi limiti fissati. Nel caso l'effettiva inflazione superasse quella prevista, le Autorità (A.H.A.) dovranno ridurre il volume dei servizi forniti e/o reperire i mezzi per migliorare l'efficienza, così da non superare il limite di spesa. Limiti di spesa sono rigorosamente applicati alle Autorità Sanitarie che gestiscono gli Ospedali e i Servizi Sanitari di Comunità, e ai servizi centrali. I Servizi del Medico di Famiglia non sono tuttavia soggetti a limiti di denaro contante, in quanto trattasi di servizi che debbono essere in grado di far fronte alle richieste. Questo potrebbe apparire come un impegno senza limiti precisi, ma vi sono in effetti delle limitazioni funzionali che si esplicano attraverso il controllo dei compensi ai medici e del prezzo delle medicine. Esistono anche degli stretti controlli sulla forza di lavoro medica, sia nei riguardi del numero di studenti ammessi alle scuole di medicina, sia nei riguardi del numero dei medici generici.

Stanziamenti a favore dell'autorità sanitaria

10. Ogni anno, la somma globale a disposizione dell'Autorità Sanitaria, per far fronte ai costi di gestione, viene ripartita tra le 14 Autorità Sanitarie Regionali in Inghilterra e non viene accantonata alcuna riserva. La politica seguita è quella di incrementare gli stanziamenti a favore delle Regioni più carenti allo scopo di portarle ai livelli di quelle meglio attrezzate, ma ciò va fatto procedendo con lentezza in quanto, nel presente clima economico, scarsi sono i fondi addizionali che è possibile attendersi per tale scopo. In effetti, non può considerarsi praticabile il proposito di operare tagli radicali a scapito delle regioni più attrezzate per reperire i fondi a favore di quelle più carenti. Le Autorità Sanitarie Regionali seguono una analoga procedura per gli stanziamenti alle loro Aree, che, a loro volta, devono finanziare i loro Distretti. E' parte importante della filosofia relativa alla gestione del Servizio Sanitario Nazionale, che le Autorità incaricate goda-

no di considerevole libertà nella gestione, onde possano tener conto delle situazioni locali. Tale filosofia comporta che esse abbiano la facoltà di spendere i loro mezzi finanziari nel modo che ritengono migliore, e il Dipartimento cerca di minimizzare le limitazioni poste in essere dal Centro circa il modo di spendere il denaro.

Assegnazione di fondi in c/capitale alle autorità sanitarie

11. La politica relativa alla assegnazione di fondi in conto capitale è concettualmente simile a quella dello stanziamento dei capitali di gestione, in quanto si propone di ridurre gradatamente le disparità esistenti tra le Regioni. Le Regioni stabiliscono i loro programmi di utilizzo di capitale proporzionalmente ai mezzi finanziari disponibili. I più importanti progetti che comportano immobilizzi di capitale sono controllati e finanziati dalle Autorità Sanitarie Regionali, e soltanto una percentuale di essi viene sub-assegnata alle Aree.

Finanziamento dei servizi del medico di famiglia

12. I medici di famiglia, i dentisti, i farmacisti e gli ottici sono pagati dai Comitati dei Medici di Famiglia (Family Practitioner Committees - FPC), che amministrano i servizi dei medici di famiglia per conto delle Autorità Sanitarie Locali (A.H.As.). I pagamenti ai medici e agli ottici vengono decisi dai Comitati dei Medici di Famiglia, in rapporto alle loro prestazioni. Nel caso dei dentisti, i pagamenti sono effettuati su autorizzazione del Comitato Stime Dentarie, che approva il trattamento considerato necessario dal dentista. I pagamenti ai farmacisti vengono effettuati su autorizzazione dell'Autorità di tariffazione delle prescrizioni, che è responsabile del controllo e della fissazione del prezzo delle medicine.

Invio di danaro contante

13. Le Autorità Sanitarie Regionali e Locali inoltrano settimanalmente al Dipartimento richieste di contante per far fronte alle loro esigenze di capitale di gestione e di immobilizzo nonché ai pagamenti a favore dei Servizi dei Medici di Famiglia. Il Dipartimento usa tali richieste come base per il finanziamento quotidiano alle Autorità. Al fine di mantenere al livello minimo il

flusso di contante, il Dipartimento provvede, sulla scorta dei dati che le Autorità gli fanno pervenire, affinché l'imposta sul reddito e i contributi di previdenza sociale e pensionistici gravanti sui dipendenti del Servizio Sanitario, siano versati al centro, ogni mese, per conto delle stesse Autorità.

Controllo dei salari

14. Come detto in precedenza, circa tre quarti della spesa per l'Ospedale e i Servizi Sanitari per la Comunità, e circa metà della spesa per i Servizi Sanitari per la Comunità, e circa metà della spesa per i Servizi dei Medici di Famiglia, vanno per il pagamento degli stipendi e dei salari che sono oggetto di trattativa, a livello nazionale ed esiste al riguardo un ben consolidato meccanismo. Gli organi preposti alle trattative salariali sono noti come Whitley Councils. Un Consiglio Generale prende in considerazione le questioni relative a tutto il personale del Servizio Sanitario Nazionale di qualsiasi professione o occupazione: le condizioni generali di impiego (diverse dal salario) e consimili questioni di applicazione generale, quali i permessi per motivi particolari e l'indennità chilometrica per l'uso dell'auto. Otto Consigli Funzionali, ciascuno incaricato di un particolare gruppo di personale, stabiliscono la paga e le condizioni di lavoro solo per quel gruppo di personale. I Consigli Funzionali sono:

- Amministrativo
- Personale ausiliario
- Infermiere e Ostetriche
- Ottico
- Farmaceutico (farmacisti di ospedale)
- Professionale e Tecnico (A)
- Professionale e Tecnico (B)
- Personale Ambulanze.

Tutti i Consigli sono costituiti da due settori: un Settore Direzione e un Settore Personale. I Settori Direzione sono costituiti da rappresentanti delle Autorità Sanitarie — i legali datori di lavoro del personale — e da Dipartimenti Sanitari che sono addetti alle paghe. I Settori Personale comprendono funzionari

delle organizzazioni del personale che rappresentano la categoria interessata. Poiché tutto il denaro per il Servizio Sanitario Nazionale proviene da fondi governativi, gli eventuali accordi raggiunti dal Consiglio non possono entrare in vigore fino a quando non siano stati approvati dal Segretario di Stato.

15. Il livello dei compensi dei medici di ospedale e di famiglia nonché dei dentisti, viene determinato su raccomandazione di un Organo di esame indipendente, mentre quello dei farmacisti, degli imprenditori e di talune categorie artigianali, viene determinato a seguito di trattative tra il Dipartimento della Sanità e gli organi rappresentativi del personale in questione.

Controllo della spesa delle autorità sanitarie

16. Il Dipartimento riceve da ciascuna Autorità responsabile della spesa, in periodi specificati nel corso dell'anno, dei rendiconti in cui sono fornite previsioni sulla situazione dei servizi con limite di contante. Inoltre, ogni Autorità invia mensilmente rendiconti circa gli effettivi importi dei pagamenti effettuati e del denaro incamerato localmente durante il mese precedente, sia per quanto riguarda i servizi a contante limitato, sia per i Servizi dei Medici di Famiglia. Tali dati, insieme a quelli ottenuti dalle richieste settimanali di danaro contante, vengono usati dal Dipartimento per controllare la spesa durante l'anno.

Economia nell'amministrazione

17. Nel corso degli ultimi anni, il Dipartimento centrale ha esercitato un controllo sulle spese di amministrazione. Sul piano nazionale circa il 5/6% delle disponibilità globali del Servizio Sanitario Nazionale è stato speso nel 1976 per l'amministrazione, e i Ministri hanno invitato le Autorità a ridurre tali spese a non oltre il 5,25% per il 1980. Al momento, esistono chiare indicazioni che tale politica sarà coronata da successo: oltre 3000 posti di lavoro in amministrazione sono stati già eliminati senza — riteniamo — che si siano verificati inconvenienti per il servizio sanitario.

Controllo contabile

18. Le Autorità Sanitarie sono tenute — ope legis — a tenere una contabilità che deve essere controllata da revisori dei conti

nominati dal Segretario di Stato a ciò delegato dalla legge. I compiti previsti dalla legge sono quelli di dichiarare che la contabilità è regolare e, di conseguenza, che i sistemi finanziari su cui essa si fonda sono corretti. Ciò rende necessario l'esame della sicurezza del sistema nei confronti di frodi, e deve garantire che i dati che appaiono nella contabilità rispecchiano le operazioni finanziarie delle Autorità. Inoltre, i revisori contabili, che sono membri del personale del Dipartimento della Sanità e della Sicurezza Sociale, esaminano il modo in cui le Autorità procedono nella gestione e riferiscono al Segretario di Stato sulle possibilità di ridurre i costi o di aumentare l'efficienza dell'operato delle Autorità stesse. Tali rapporti sono inviati alle Autorità perché si regolino in conformità, e la loro azione è controllata dal Dipartimento della Sanità e della Sicurezza Sociale.

Responsabilità contabile

19. I fondi spesi dalle Autorità Sanitarie sono stanziati con voto del Parlamento, e come tali se ne deve dare conto al Parlamento stesso. Sebbene alle Autorità sia concessa grande discrezionalità nell'erogazione delle spese, il Funzionario Contabile del Dipartimento, che è anche il Capo della Pubblica Amministrazione del Dipartimento, è tenuto a rispondere di tali spese dinanzi al Parlamento. La funzione di controllo e revisione contabile descritta nei precedenti paragrafi è pertanto essenziale, perché il Funzionario Contabile acquisisca la convinzione — e a sua volta ne dia piena assicurazione al Parlamento — che i fondi stanziati dal Parlamento sono stati spesi in maniera corretta per i fini per i quali sono stati assegnati.

M. D. GAUTIER: Tecniche budgetarie ed articolazione del bilancio nel quadro della carta sanitaria in Francia

I. IL SISTEMA ATTUALE DI FINANZIAMENTO E LE DIFFICOLTA' INCONTRATE

Per comprendere le attuali difficoltà del sistema di finanziamento ospedaliero, è necessario distinguere due livelli di analisi:

- l'analisi a livello nazionale,
- l'analisi a livello ospedaliero.

1.1. Il sistema a livello nazionale

Due aspetti essenziali caratterizzano l'attuale sistema. Si tratta di un sistema finanziario in squilibrio i cui circuiti di finanziamento sono complessi.

1.1.1. Lo squilibrio economico e finanziario

Questo squilibrio è comune a tutti i paesi industrializzati. Non è quindi necessario insistere su questo punto. Molto rapidamente, le grandi tendenze constatate dal punto di vista micro-economico sono le seguenti:

Prima del 1973 la crescita del Prodotto Interno Lordo a prezzi costanti oscillava tra 5 e 6% mentre le spese degli ospedali pubblici del 10-12% per anno. Questo scarto, anche se rilevante, è stato accettato dal Governo e dai partners sociali.

Dopo il 1973 la crescita del Prodotto Interno Lordo a prezzi costanti ha subito un rallentamento di almeno il 3% mentre le spese degli ospedali pubblici hanno subito un rallentamento del 10%.

Si deve quindi dedurre una forte rigidità e una riduzione dei tassi di crescita delle spese ospedaliere.

A livello di evoluzione economica, naturalmente, questo scarto ha avuto ripercussioni sul livello di finanziamento delle spese a carattere sanitario e sociale. Per quanto concerne la crescita delle risorse del regime di assicurazione contro le malattie — al livello corrente del franco — si prevede una crescita di circa l'11% nel 1979 mentre le spese degli ospedali pubblici dovrebbero superare il 18%.

1.1.2. *La complessità dei circuiti di finanziamento* (Cfr. tabella 1)

Nel sistema attuale, le entrate dell'ospedale sono costituite dalle tariffe. La tariffa più importante è il prezzo per giornata di degenza che rappresenta più del 90% delle entrate degli ospedali pubblici. Le altre tariffe applicate all'ospedale sono atti professionali a carattere medico e para-medico la cui nomenclatura unitaria è fissata su base nazionale.

La complessità dell'attuale circuito di finanziamento attiene essenzialmente a delle cause storiche. Infatti nel 1945 la copertura del rischio sanitario della popolazione era inferiore al 50% della popolazione stessa. La tendenza attuale è del 100% dato che sono state prese misure per coprire l'intera popolazione (disoccupati, artisti, clero, ecc...). In un sistema in cui la concessione dei diritti richiedeva il versamento di una quota erano necessarie procedure amministrative molto gravose. Attualmente queste procedure permangono benché l'intera popolazione sia coperta. Tale situazione è dovuta alla molteplicità dei regimi di assicurazione contro le malattie, che hanno contribuenti particolari e condizioni di versamento di quote e di coperture differenti.

Sotto il punto di vista dell'ospedale, ogni regime risponde soltanto dei contribuenti e tratta con ciascun malato, mentre oltre il 75% delle entrate ospedaliere proviene, in ultima analisi, da forme di assistenza sociale.

Il sistema si complica quando intervengono terzi-paganti, soprattutto per i malati ricoverati in ospedale, con lo scopo di scaricare l'impiego di costi temporanei rilevanti ma che appesantisce le formalità amministrative.

A questo quadro è necessario aggiungere l'applicazione di un cosiddetto « ticket moderatore » a carico del malato, che viene effettuata in alcuni casi.

Per finire, è necessario ricordare che l'ospedale pubblico è soggetto alle regole della Contabilità Pubblica e che, di conseguenza, assume la veste di « contabile », appartenente al Ministero delle Finanze, che tiene i conti dell'ospedale (spese ed entrate).

La Tabella 1 cerca di dare un'idea della complessità del sistema.

Con un tale sistema, è logico che il tecnico raccomandi la semplificazione dei circuiti finanziari; per esempio il « corto-circuito » del malato contribuente, affinché l'ospedale riceva direttamente i versamenti delle Casse di assicurazione contro le malattie.

1.2. Il sistema a livello dell'ospedale

Come ricordato, più del 90% delle entrate in gestione dell'ospedale provengono dal prezzo per giornata a carattere tariffario, fissato a partire dai costi previsti di ogni istituto cui si aggiungono i risultati degli esercizi precedenti e in particolare il riporto automatico dei deficit e delle eccedenze di gestione.

L'ospedale è quindi interessato ad aumentare le sue entrate per effettuare spese supplementari, mentre le Autorità politiche locali (il Sindaco è il Presidente del Consiglio di Amministrazione dell'ospedale che si trova nel comune) e altri sono più sensibili all'aumento del prezzo per giornata che all'aumento della massa del bilancio. Questo meccanismo a carattere inflazionistico sarebbe responsabile in gran parte degli squilibri ricordati al paragrafo 1.1.1.

Ma l'autonomia giuridica e di gestione degli ospedali pubblici equilibra la tendenza centralizzatrice dell'amministrazione parigina, che difficilmente può creare un collegamento tra il prezzo per giornata e la massa di bilancio. (Ad eccezione dei 26 centri ospedalieri regionali e universitari, la cui retta giornaliera è approvata negli uffici).

1.3. Conclusione: gli obiettivi politici di una riforma

In seguito a quanto esposto sopra, sembrerebbe necessario effettuare una riforma del finanziamento delle spese di gestione degli ospedali pubblici. Gli obiettivi principali sono i seguenti:

1° - Governare l'aumento delle spese di ospedalizzazione, che tendono a crescere più rapidamente delle altre spese sanitarie.

2° - Nel governare tale aumento si dovrebbe comunque assicurare la qualità delle cure ospedaliere erogate ai malati.

3° - Questa riforma dovrebbe semplificare gli attuali circuiti di finanziamento.

Data la complessità dei problemi posti e l'importanza delle questioni politiche e finanziarie in gioco, è stato deciso di effettuare esperienze finalizzate e differenziate del finanziamento.

II. LE ESPERIENZE DELLA RIFORMA DEL FINANZIAMENTO OSPEDALIERO IN FRANCIA

Prima di spiegare le modalità delle esperienze effettuate, è necessario passare in rassegna i modi di finanziamento prevedibili.

2.1. I possibili sistemi di finanziamento

La tabella 2, sulle principali opzioni di un sistema di finanziamento ospedaliero, passa in rassegna i casi possibili nei Paesi industrializzati. E' possibile una convalida pragmatica di questa tabella:

5 + 2 traduce il sistema francese attuale

4 + 2 traduce il sistema tedesco attuale

9 traduce il sistema attuale del Quebec
fino al 1977.

2.2. Le esperienze effettuate in Francia (Cfr. Tabella 2)

Per fare la scelta sono state decise due opzioni:

a - Governare le spese per una migliore conoscenza del costo del malato attraverso la fatturazione. Ciò conduce alla sperimentazione del sistema del « prezzo per giornata dettagliato » sotto due forme:

Esperienza (6), in cui la fattura del malato comporta:

- un forfait d'ammissione unico,
- un prezzo per giornata di soggiorno nell'ospedale,
- un prezzo per giornata di cure diverse per ciascuna disciplina medica dell'ospedale.

Esperienza (6) - (1) in cui la fattura del malato presenta, oltre agli elementi precedenti, la fatturazione degli interventi medici al prezzo di costo.

b - Governare la spesa per il controllo diretto della massa di bilancio dell'istituto, conservando l'autonomia di gestione degli ospedali: caso (8) della Tabella 2. « Bilancio globale con bilancio di servizio ».

Questa esperienza, che apporta un cambiamento d'ottica rilevante nel sistema del finanziamento ospedaliero francese, richiede uno sviluppo particolare.

III. L'ESPERIENZA DEL BILANCIO OSPEDALIERO GLOBALE IN FRANCIA

3.1. I fondamenti dell'esperienza

Allo scopo di prevedere una procedura per governare la spesa di gestione al livello ospedaliero, la nuova procedura di bilancio e di finanziamento è stata basata su alcune considerazioni:

a) La crescita dei costi nel sistema sanitario si scompone per ordine di importanza in: (1)

Densità delle cure.

Retribuzioni e prezzi.

Attività.

Nell'esperienza, questi fattori sono stati trasferiti sul piano micro-economico.

(1) Gli studi internazionali concordano su questa struttura. Cfr. particolarmente: Mac Kinsey Research Department. « International Health Costs and expenditures: an Hors d'Oeuvre », di R. MAXWELL 1975. Studio relativo agli anni 1955-1968.

b) Nell'ospedale coesistono due funzioni essenziali:

— la funzione di gestione delle spese assicurate dal Direttore che ha quindi una responsabilità a carattere generale sull'insieme dell'istituto;

— la funzione medica di ogni capo di Centro di responsabilità, che risponde dell'attività medica nel suo servizio.

E' stato, quindi, realizzato un sistema d'informazione che « incrocia » queste due funzioni e permette di coordinare l'insieme delle decisioni. Questo sistema ha per base il « Bilancio per Centro di responsabilità ».

c) E' necessario avere un controllo diretto sulla massa del bilancio e quindi poter disporre di somme finanziarie operative dal punto di vista delle spese dell'assicurazione contro le malattie: da cui deriva la nozione di sistema finanziario globale dell'ospedale. Questo sistema è chiaramente collegato a obiettivi finanziari precisi. Con questo accorgimento e con il sistema d'informazione dei bilanci per centro di responsabilità ci si riallaccia alle tecniche di gestione della Direzione « per obiettivi » (2).

3.2. *La procedura di bilancio sperimentata*

Cronologicamente si svolge in quattro tempi:

1) Discussione tra i capi dei centri di responsabilità medica, sotto forma di « bilancio di servizio », che comprende le previsioni di attività, gli effettivi del personale, dei consumi e degli atti (Cfr. Allegato 1).

(2) Cfr. in particolare:

- « M.B.O. goes to work in the public Sector » di Rodney H. BRADY, Howard Business review, marzo-aprile 1973.
- « M.B.O. in government organisations can it really work? » di Manoharl, Bathia, Journal of Systems Management, settembre 1978.
- « Une expérience de DPO dans l'administration française » di Maurice HAMON, Revue Française de gestion, novembre-dicembre 1976.
- « M.B.O. effectiveness in Canadian and United States government » di Raymond F. PELISSIER, Management big Objectives, vol. 6 n. 5.
- « M.B.O.: a backward glance » di George S. ODIORNE, Business Horizons, ottobre 1978.

2) Traduzione dei mezzi suddetti in valore finanziario secondo i centri di responsabilità. Per ciascun centro, le cause di variazione in rapporto all'esercizio precedente sono scomposte secondo:

- l'attività,
- le densità delle cure,
- le retribuzioni e i prezzi (Cfr. Allegato 2).

Le somme ottenute per ogni centro di responsabilità sono aggiunte e costituiscono la dotazione globale di bilancio dell'ospedale.

3) Questa dotazione è sottoposta al giudizio della Commissione Medica, che raggruppa i Capi del Centro di Responsabilità. Il Consiglio di Amministrazione, presieduto dal Sindaco del Comune, delibera per approvare la proposta di dotazione.

4) Queste proposte sono sottoposte all'autorità di tutela, per l'approvazione.

E' importante notare che questa procedura comporta tre « effetti regolatori » (Cfr. Allegati 1 e 2).

— L'Amministrazione Centrale dà istruzioni normative all'inizio di ciascun anno finanziario. Queste sono dunque conosciute all'istituto sin dall'inizio della procedura di formazione del bilancio.

— Il primo tempo permette di adeguare le proposte della direzione e quelle dei Capi dei centri di responsabilità medica.

— Il terzo tempo permette l'adeguamento delle proposte dei Capi di centri di responsabilità medica tra di loro.

3.3. *L'analisi del Conto Amministrativo (risultati della gestione)* (Cfr. Allegato 3).

Il Conto Amministrativo, o risultato di gestione dell'esercizio, presenta gli scarti in rapporto al bilancio secondo gli stessi centri di responsabilità. Il bilancio si scompone sulla base delle seguenti variazioni:

- Attività,
- Densità delle cure,
- Retribuzione e prezzo.

Questa presentazione permette un'analisi delle cause dei risultati di gestione dell'istituto. L'autorità di tutela può allora accettare o rifiutare spese supplementari.

La stessa scomposizione, constatando gli scarti in rapporto al Conto di gestione dell'esercizio precedente, permette di giudicare l'ospedale rispetto ai suoi obiettivi a medio e lungo termine.

3.4. *La procedura di finanziamento sperimentata*

La dotazione di spesa, determinata secondo la procedura dei paragrafi 2. e 3.2., permette di calcolare la parte di dotazione che dovrà essere finanziata dai regimi di assicurazione contro le malattie. Allora l'ospedale può essere finanziato con versamenti mensili. Questa procedura è evidentemente più semplice dell'incasso di una fattura per malato sulla base dei prezzi per giornata.

IV. *CONCLUSIONE PROVVISORIA DELL'ESPERIENZA DI RIFORMA DEL FINANZIAMENTO OSPEDALIERO*

4.1. *Premessa alle conclusioni*

Prima di ricordare i punti positivi, è necessario fare due importanti riserve:

— Dato che l'esperienza è iniziata nel 1978, non è ancora possibile trarre conclusioni circa gli effetti delle procedure realizzate sul comportamento degli agenti. Infatti sono necessari più esercizi per cogliere le modifiche di comportamento che possono intervenire. E da questo cambiamento si può attendere l'effetto maggiore sul governo delle spese.

— L'esperienza è stata effettuata in tre istituti. Quindi non sono possibili conclusioni circa la sua realizzazione nel complesso del sistema ospedaliero francese. Un campione rappresentativo di ospedali francesi dovrebbe permettere di passare dalla sperimentazione a un programma di sviluppo che consenta la generalizzazione della procedura.

4.2. I risultati

Malgrado queste due importanti riserve, sono già stati acquisiti risultati positivi.

4.2.1. A livello della determinazione delle spese di bilancio

— E' possibile conservare l'autonomia decisionale degli ospedali con la determinazione di una dotazione globale direttamente operativa dal punto di vista delle spese dell'assicurazione contro le malattie.

— Le tecniche della Direzione « per obiettivi » ben si applicano negli ospedali dove esiste la tradizionale suddivisione per Centri di responsabilità: il servizio e/o la divisione delle responsabilità sono già effettivi.

— Alle scelte finanziarie quantitative corrispondono scelte mediche difficilmente quantificabili allo stato attuale. L'esperienza ha dunque dimostrato che, per chiarire le decisioni mediche, il mezzo più realistico è costituito da una procedura epidemiologica interna (ad opera dei medici dell'istituto) dell'attività medica ospedaliera, del tipo della ricerca clinica applicata con lo scopo dell'autoregolazione delle decisioni mediche. Questa procedura dovrà tener conto dell'efficacia e dei risultati dell'attività medica nel suo ambiente.

4.2.2. A livello del finanziamento mensile

— L'ospedale ha semplificato notevolmente l'incasso delle entrate, diminuendo in maniera considerevole la fatturazione al malato.

— La situazione della tesoreria è migliorata, l'incasso dei versamenti mensili si effettua a priori.

— In definitiva, il sistema libera il gestore dell'ospedale dalle preoccupazioni delle entrate e l'obbliga a interessarsi alla giustificazione e alla realizzazione delle spese.

TAB. 1 - CIRCUITO DI FINANZIAMENTO DEL SISTEMA FRANCESE DI ASSICURAZIONE CONTRO LE MALATTIE

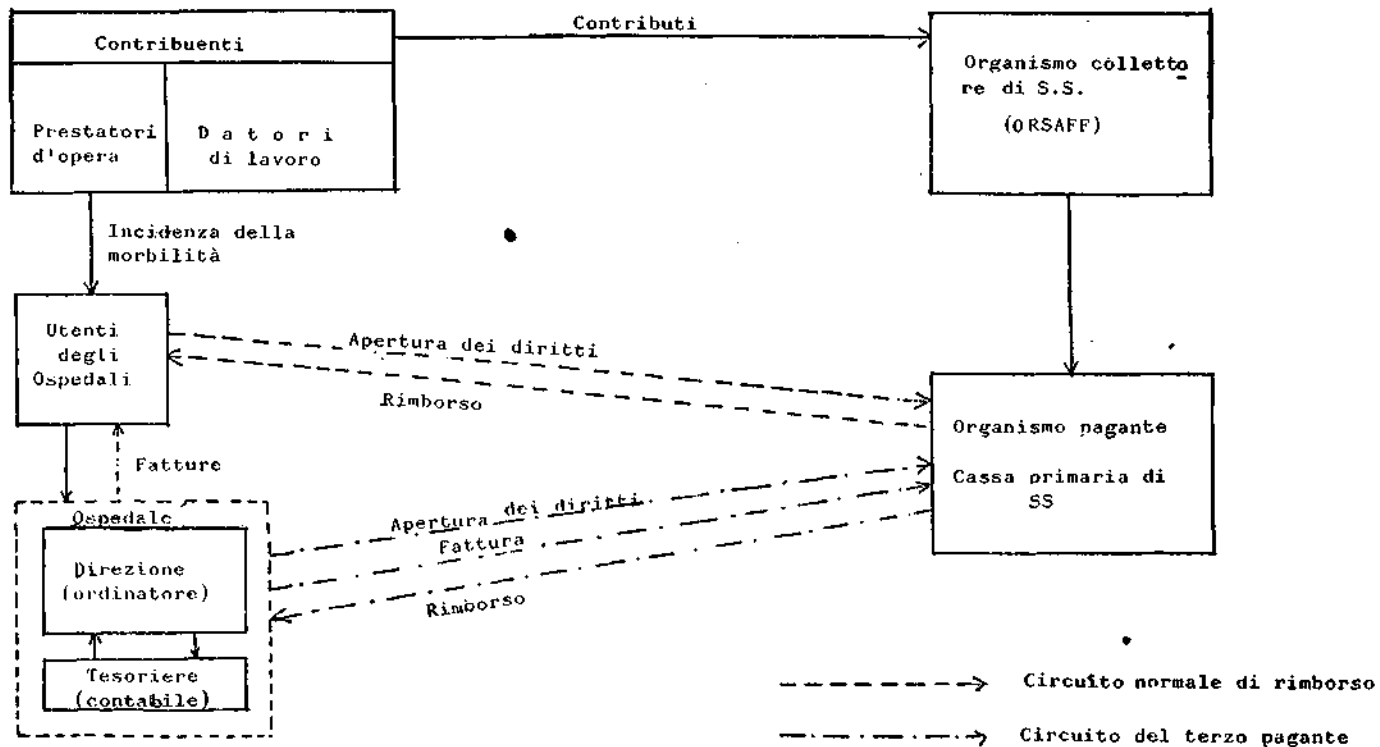
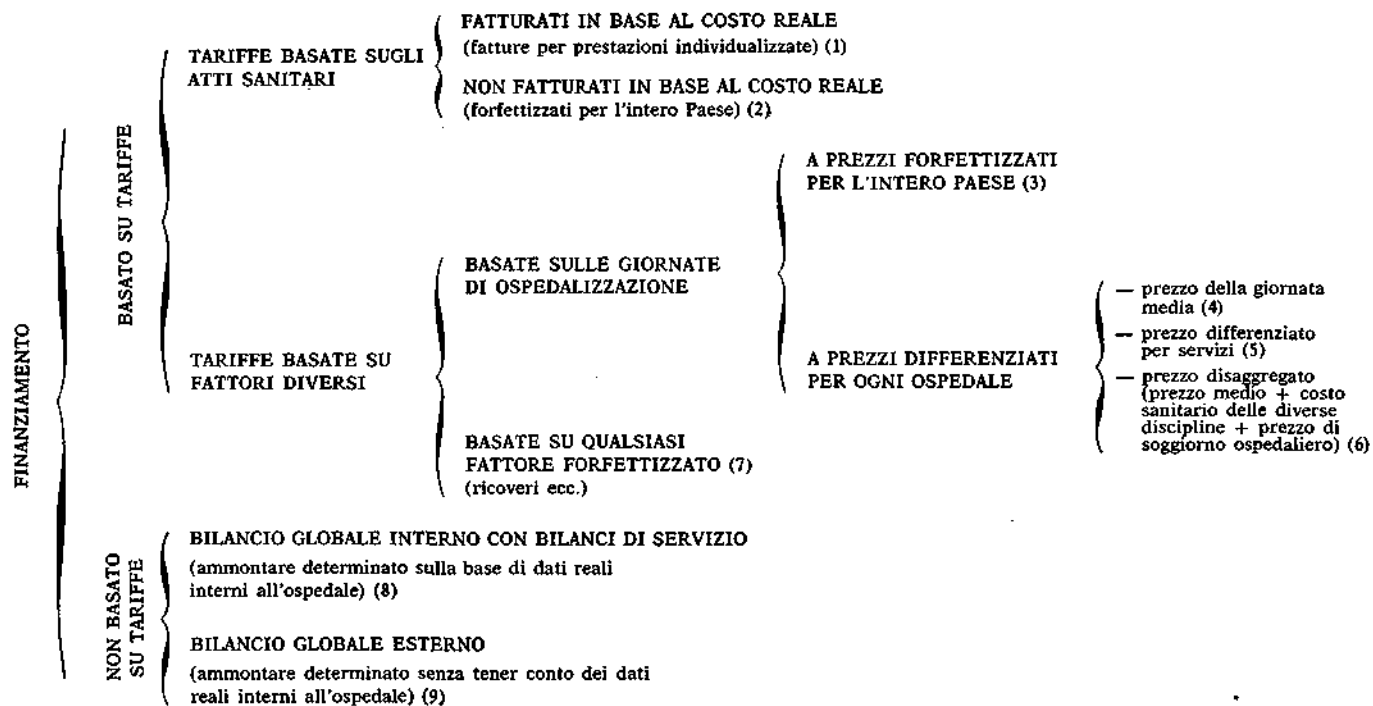


Tabella 2



BUDGET DU SERVICE:

EXERCICE 1979

I. ACTIVITE	1972	1973	1974	1975	1976	1977	Prév. 1978	Prév. 1979	Ten- dance	Coéff. (*)
1.1. Entrées	1.489	1.522	1.572	1.423	1.202	1.167	1.326	1.200	1.162	(-0,76) x 1.385
1.2. Présents le 1er janvier	51	58	59	51	48	48			-- 1.330	
1.3. Malade traités	1.540	1.580	1.631	1.474	1.254	1.215	1.374			
1.4. Durée moyenne de séjour	16,71	16,63	13,92	14,38	16,00	16,07	14,14	14,14		
1.5. Journées	24.885	25.317	21.882	20.461	19.230	19.934	19.430		17.165	(-0,90) x 21.534
Lits occupés	77	79	60	56	53	53	53		-19.500	

* Coefficient de corrélation et moyenne.

II. DENSITE DE PERSONNEL

Par entrée:	1972	1973	1974	1975	1976	1977	Prév. '78	Prop. 1979	Ten- dance
2.1 - ½ jour. Médecins vacations hebdo.	0,38	0,37	0,57	1,04	1,29	1,34	1,14		
2.2 - Personnes-mois total			0,4121	0,4636	0,5490	0,5551	0,5204		
Personnel encadrement			0,0152	0,0168	0,0199	0,0205	0,0181		
Personnel qualifié			0,1450	0,1686	0,1996	0,1953	0,1697		
Personnel moins qual.			0,2519	0,2782	0,3295	0,3393	0,3326		
Par lit occupé:									
Vacations hebdomadaires	0,14	0,14	0,29	0,51	0,57	0,57	0,55		
Personnel encadrement			0,03	0,03	0,04	0,04	0,04		
Personnel qualifié			0,37	0,41	0,41	0,41	0,36		
Personnel moins qualifié			0,58	0,61	0,64	0,69	0,68		
Personnes-mois total			0,98	1,05	1,09	1,14	1,08		

III. DENSITE DE CONSOMMATION MEDICALE par entréé

Allegato 1/b

	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	Prop.	Ten- dance	Coéff.
3. 1. Nombre de B labo hémato-séro-bact.	128,63	157,02	161,39	216,28	244,38	217,17	185,82	200	186,26	(-0,63) x 215
3. 2. Nombre de B labo de biochimie	284,00	94,98	372,34	469,61	575,53	549,33	520,36	534	534,79	
3. 3. Nombre de B labo anatomie-path.	2,57	13,35	21,87	19,45	39,14	25,56	29,41	26	26,11	(0,42) x = 27
3. 4. Nombre de K E.E.G.	15,76	17,78	20,50	23,55	31,22	31,44	23,00	23	26,94	(-0,039) x = 27
3. 5. Nombre de K E.C.G.	9,03	8,95	9,90	11,50	13,08	12,33	10,18	12,6	12,62	(0,63) x = 10,71
3. 6. Nombre de K pneumo- phtisiologie	0,35	0,29	0,44	0,37	0,35					
3. 7. Nombre de K radiologie	0,64	0,29	0,35	1,05	1,77	1,03	1,13	1,13		
3. 8. Nombre de Z radiologie	37,04	36,50	43,44	46,14	52,76	54,85	39,22	45	47,36	(0,60) x = 47,28
3. 9. Nombre de Z isotopes		0,24	0,13	0,77	1,76	0,41	0,30	0,30		
3.10. Nombre de Z phtisiologie	0,41	0,82	1,34	0,85	0,75					
3.11. Petit matériel médic. et hosp.	29,36	39,26	23,10	26,69	44,92	37,93	39,05	41	41,64	(0,49) x = 34,75
3.12. Produits pharmaceutiques	87,74	139,28	104,37	99,04	124,77	116,37	77,73	95	93,67	(0,31) x = 104
3.13. Autres stocks utilisés	18,77	11,88	10,01	11,15	9,62	14,38	13,73	14	14,05	moy.
3.14. Prestations de service	39,17	57,82	75,65	146,91	212,84	313,58	289,21	325	348,27	(0,72) x = 271,8
3.15. Autres charges	141,07	128,09	197,45	200,13	359,80	412,18	397,21	420	427,14	(0,69) x = 389

IV. PERSONNEL

Allegato 1/c

	1972	1973	1974	1975	1976	1977	Prév. '78	Prop. '79	Tendance	Coéf. moy.
4.1. Demi-journées médecins	11	11	17,34	28,50	30	30	29,13	30		
— Chef de service	11	11	11	11	11	11	11	11		
— Adjoint										
— Assistant			6,34	11	11	11	10,13	11		
— Attachés				6,5	8	8	8	8		
— Internes	(21)	(21)	(21)	(21)	(21)	(21)	(21)	(21)		
4.2. Effectif présent du personnel non médical			54	55	55	54	57,5			
— Encadrement			2	2	2	2	2			
— Qualifié			19	20	20	19	18,75			
— Moins qualifié			33	33	33	33	36,75			
4.3. Effectif absent du personnel non médical			2,97	2,59	2,93	2,64	4,55			taux absent
— Encadrement			(5,03)	(4,39)	(5,05)	(5,50)				5,07
— Qualifié			0,10	0,09	0,10		0,05			6,15
— Moins qualifié			1,11	1,01	1,11	1,10	1,25			5,92
			1,76	1,49	1,72	1,54	2,25			
ACTES CONSOMMES										
4.5. Nombre de B consommés	618.225	703.871	873.411	1.003.495	1.032.585	924.216	975.000			
— Bactério-séro-hématologie	191.525	238.985	253.705	307.767	293.742	253.434	246.000	240.000		
— Biochimie	422.870	444.561	585.321	668.248	691.793	640.952	690.000	640.000		
— Anatomie-pathologie	3.830	20.325	34.385	27.680	47.050	29.830	39.000	31.200		
4.6. Nombre de K consommés	38.378	41.554	49.013	51.888	55.792					
— E.E.C.	23.460	27.060	32.220	33.510	37.530	36.690	30.500	27.600		
— E.C.G.	13.448	13.624	15.560	16.368	15.720	14.388	13.500	15.120		
— Pneumologie	515	435	690	520	420					
— Radiologie	955	435	543	1.490	2.122	1.500		1.356		

Segue allegato 1/c

	1972	1973	1974	1975	1976	1977	Prév. '78	Prop. '79	Ten- dance	Coéf.
4. 7. Nombre de Z consommés	55.775	57.171	70.440	67.960	66.434					
— Radiologie	55.159	55.551	68.128	65.652	63.442	64.007	52.000	54.000		
— Isotopes	—	370	200	1.100	2.110	480	400	360		
— Pneumol.	616	1.250	2.112	1.208	902					
CONSUMMATIONS MEDICALES										
4. 8. Petit matériel médical	37.824,28	43.820,91	31.118,71	38.936,48	47.475,42	40.582,39	46.780	} 49.200		
4. 9. Petit matériel hospitalier	5.887,80	15.935,26	5.187,03	3.306,54	4.113,31	3.680,70	5.000			
4.10. Produits pharmaceutiq.	130.638,03	211.976,58	163.985,36	140.932,77	149.978,09	135.801,93	133.000		114.000	
4.11. Autres stocks utilisés	27.950,28	18.086,92	15.728,04	15.863,08	11.564,18	16.703,38	18.200		16.800	
4.12. Prestations de service	58.321,79	87.997,62	118.919,32	209.055,32	255.835,34	365.943,37	383.500		390.000	
AUTRES CONSUMMATIONS										
4.13. Autres charges	210.059,29	194.949,73	310.397,02	284.784,17	432.475,78	481.010,07	526.700			
4.14. Journées repas	21.994	26.313	22.888	22.263	20.670	24.474	27.800			
4.15. M3 chauffés	5.720	5.720	5.720	2.976	2.976	2.976	2.976			
4.16. Heures ouvriers	1.978	912	1.369	715	777	1.104	950			
4.17. Poids de linge lavé	15.000	40.000	48.000	51.000	64.500	56.500	64.200			
4.18. Pharmacie	103.952,96	109.545,74	109.335,99	105.206,31	118.362,70	99.686,08	109.650			
4.19. Ecoles	37.620,24	42.841,65	36.122,00	83.556,72	116.861,24	86.452,19	67.408			
4.20. Administration	248.382,61	307.690,76	350.683,01	479.208,78	618.576,34	719.696,91	235.270			

V. CAPACITE

Segue allegato 1/c

	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	Prop. 1979	Ten- dance	Coéff.
5.1. Postes médecins	22	22	22	28	30	30	30	30		.
Internes	(21)	(21)	(21)	(21)	(21)	(21)	(21)	(21)		
5.2. Effectif théorique total			60	60	60	61	62	62		* 15 IDE Jo
— Encadrement			2	2	2	2	2	2		3 IDE Nui
— Qualifié			19	19	19	20	21*	21		3 sec.
— Moins qualifié			39	39	39	39	39**	39		** 29 ASH Jo
5.3. Lits budgétaires	83	83	71	71	71	71	71	71		8 ASH Nui
5.4. Taux d'occupation	93,39	95,02	84,44	78,95	74,40	75,38	74,98			2 Br.

PROPOSITIONS BUDGETAIRES PAR SERVICE

Libellés	Centres d'activité		
I. ACTIVITE	menurée on:	entrées	entrées
C.A.A. 1978		1.370	1.415
S.P. 1979		1.310	1.400
<hr/>			
II. DENSITES FINANCIERES			
C.A.A. 1978			
— Personnel		2.729,92	2.586,57
— Consommations		280,07	345,58
B.P. 1979			
— Personnel		3.035,15	2.628,32
— Consommations		221,38	256,44
<hr/>			
III. C.A.A. 1978			
<i>Total dépenses directes brutes</i>		4.198.964,37	4.228.508,76
— Dépenses de personnel		3.740.000,00	3.660.000,00
. Médical		180.000,00	260.000,00
. Non médical		3.560.000,00	3.400.000,00
— Dépenses de consommations		383.700,00	489.000,00
— Autres dépenses			
. Déficit crèche et dépenses infor- matique			
. Frais financiers		20.808,91	20.808,91
. Amortissements		54.455,46	58.699,85
<hr/>			
IV. VARIATION DE DEPENSES			
1) Incidence de la variation d'acti- vité:			
— sur dépenses de personnel	—	163.795,20	— 38.798,55
— sur dépenses de consumma- tions	—	16.804,20	— 5.183,70

2) Incidence de la variation des densités:		<i>Segue allegato 2</i>
— sur dépenses de personnel	+ 397.231,30	+ 58.450,00
— sur dépenses de consommations	— 76.883,90	— 124.796,00
Sous-total dépenses de personnel	+ 3.973.436,10	+ 3.679.651,45
Sous-total dépenses de consommations	+ 290.011,90	+ 359.020,30
3) Incidence de la variation des rémunérations et des prix:		
— sur dépenses de personnel	405.290,48	375.324,45
— sur dépenses de consommations	25.521,05	16.955,01
<hr/>		
V. DEPENSES PREVISIONNELLES		
— DE PERSONNEL	4.378.726,58	4.054.975,90
— DE CONSOMMATIONS	315.532,95	390.614,08
— AUTRES DEPENSES		
· Déficit crèche et dépenses informatique		
· Frais financiers	17.273,65	17.273,65
· Amortissements	55.002,03	56.697,99
<hr/>		
VI. TOTAL DEPENSES BRUTES	4.766.535,21	4.519.561,62
<hr/>		
VII. PROGETTES EN ATTENUATION	173.000,00	157.000,00
<hr/>		
VIII. TOTAL DEPENSES NETTES	4.593.535,21	4.362.561,62
<hr/>		
IX. TOTAL DEPENSES NETTES		
<hr/>		
X. DOTATION GLOBALE		
<hr/>		
— POURCENTAGE VI/III	+ 13,52	+ 6,88
<hr/>		

Libellées	Centre d'activité	K	100 K	entrée	entrée	entrée
I ACTIVITE						
B.P. 1978		200.000	40.000	1.303	1.200	2.100
C.A. 1978		200.802	37.925	1.284	1.172	2.004
Ecart		+ 802	- 2.075	- 19	- 28	- 96
II TOTAL DEPENSES DIRECTES BRUTES						
B.P. 1978		2.469.675,00	1.302.375,00	5.373.402,67	1.486.590,00	1.427.510,00
C.A. 1978		2.550.766,53	1.309.329,46	5.142.367,99	1.341.038,72	1.339.742,37
Ecart total		+ 81.001,53	+ 6.934,46	- 231.034,48	- 145.531,28	- 87.767,63
B.P. corrigé		2.510.136,30	1.323.258,37	5.458.846,79	1.510.546,51	1.450.006,03
Ecart corrigé		+ 40.630,23	- 13.926,91	- 316.478,80	- 169.487,79	- 110.263,68
<i>Personnel médical</i>						
E.P. 1978				177.200,00	109.000,00	
C.A. 1978				175.410,37	105.835,95	
Ecart				1.789,63	- 3.164,05	
B.P. corrigé				179.925,34	110.676,42	
Ecart corrigé				- 4.514,97	- 4.840,47	
<i>Personnel non médical</i>						
B.P. 1978		1.863.290,00	1.095.875,00	4.517.950,00	1.113.000,00	1.296.530,00
C.A. 1978		1.910.708,98	1.103.492,48	4.301.354,51	937.538,36	1.222.443,55
Ecart		+ 42.418,98	+ 7.617,48	- 216.595,49	- 175.461,64	- 74.086,05
B.P. corrigé		1.897.024,30	1.112.729,56	4.587.436,07	1.130.117,94	1.315.470,63
Ecart corrigé		+ 13.684,68	- 9.237,08	- 286.081,56	- 192.579,56	- 94.026,68
<i>Consommations</i>						
B.P. 1978		601.385,00	206.500,00	678.252,67	264.590,00	130.980,00
C.A. 1978		640.057,55	205.836,98	665.603,11	297.684,41	117.290,42

Segue allegato 3

Ecart	+	38.672,55	—	683,02	—	12.649,56	+	33.094,31	—	13.681,58
B.P. corrigé		613.112,00		210.528,81		691.485,38		269.752,15		133.535,42
Ecart corrigé	+	26.945,55	—	4.691,83	—	25.882,27	+	27.832,26	—	16.237,00
III DENSITES FINANCIERES CORRIGEES										
<i>Personnel médical</i>										
B.P. 1978 corrigé						138,0854		92,2303		
C.A. 1978						136,6125		90,3037		
Ecart						—	1,4729	—	1,9266	
<i>Personnel non médical</i>										
B.P. 1978 corrigé		9,4851		27,8182		3.520,6723		941,7630		626,3908
C.A. 1978		9,5154		29,0967		3.349,9646		799,9474		959,3034
Ecart	+	0,0303	+	1,2785	—	170,7077	—	141,8176	+	332,4128
<i>Consommations</i>										
B.P. 1978 corrigé		3,0656		5,2632		530,6872		224,7935		63,5883
C.A. 1978		3,1875		5,4275		518,3825		253,9970		58,5321
Ecart	+	0,1219	+	0,1643	—	12,3067	+	29,2035	—	5,0562
IV ORIGINE DES ECARTS										
1) <i>Ecart prix-remuneration</i>										
— Personnel médical						2.725,34	+	1.676,42		
— Personnel non médical	+	28.734,30	+	16.854,56	+	69.486,07	—	17.117,94	+	19.940,63
— Consommations	+	11.727,00	+	4.028,81	+	13.232,71	+	5.162,15	+	2.555,42
Total	+	40.461,30	+	20.883,37	+	85.444,12	+	23.956,51	+	22.496,05
2) <i>Ecart densité</i>										
— Personnel médical						1.891,20	—	2.257,98		
— Personnel non médical	—	6.084,30	+	48.487,11	—	219.188,69	—	166.210,23	+	666.154,85
— Consommations	+	24.486,93	+	6.231,07	—	15.799,21	+	34.226,40	—	10.132,52
Total	+	18.402,63	+	54.703,01	—	236.879,10	—	134.241,80	+	656.022,33
3) <i>Ecart activité</i>										
— Consommations	+	2.458,62	—	10.922,90	—	10.083,06	—	6.294,22	—	6.104,43
V RECETTES EN ATTENUATION										
Depenses nettes		44.609,28		309.189,23		180.568,12		6.210,51		7.738,75
		2.506.157,25		1.000.140,23		4.961.799,87		1.334.848,21		1.332.003,62

Mr. LEO CRIJNS: Il controllo delle spese sanitarie nei paesi della Comunità Europea

Introduzione.

Il mio compito è quello di trattare il problema del controllo delle spese sanitarie dal punto di vista della previdenza sociale in quanto sono il Direttore della Previdenza Sociale presso la Commissione delle Comunità Economiche a Bruxelles (1).

La base di questa relazione è data da tre studi condotti dai miei collaboratori in cooperazione con esperti indipendenti, studi che sono stati appena pubblicati nella Serie « Politica sociale », con i numeri 36, 38 e 39 e che si possono reperire presso i punti di vendita delle pubblicazioni delle Comunità Europee.

Tali studi hanno i seguenti titoli: n. 36 « L'organizzazione, il finanziamento e il costo delle cure sanitarie nei paesi della Comunità Europea »; n. 38 « Consumo di prodotti farmaceutici », n. 39 « Approccio micro-economico dei problemi relativi ai costi di ospedalizzazione ».

1. Problematica

Il rapido aumento delle spese sanitarie è un problema che non si riferisce soltanto ad uno o più paesi, ma investe praticamente tutti i paesi dell'Europa occidentale, ed ha anzi una portata mondiale. Ne siano prova gli studi e le conferenze che a tale proposito vengono indette oltre che dalle Comunità Europee, anche da altre organizzazioni internazionali (l'ONU, il Consiglio d'Europa), e gli sforzi intrapresi dagli Stati Uniti e dal Giappone per cercare di trovare una soluzione per frenare il rapido aumento di queste spese.

(1) Le opinioni qui espresse non impegnano in alcun caso la responsabilità della Commissione delle Comunità Europee.

La situazione può essere schematizzata affermando che da qualche anno a questa parte il ritmo di aumento delle spese sanitarie è più veloce di quello del prodotto nazionale lordo — talvolta anzi molto più veloce — e che è sempre più necessario frenare tale aumento dal momento che nella maggior parte dei paesi il prodotto nazionale lordo tende a subire una certa stagnazione o addirittura non ha alcun aumento. Accade invece che dopo un breve periodo di rallentamento, verificatosi immediatamente dopo l'inizio della crisi economica del 1975, le spese sanitarie tendono nuovamente a salire come nel periodo 1970-1975, anche laddove si pensava di aver trovato il sistema per frenare la loro crescita, sebbene l'aumento attuale non abbia, almeno finora, il carattere esplosivo che aveva nel periodo 1970-1975.

Dagli studi fin qui pubblicati risulta che non è possibile quantificare con precisione la quota di prodotto nazionale lordo da assegnare alle cure sanitarie, dal momento che non è stata ancora uniformemente definita la nozione di cure sanitarie.

Da parte mia includo in questa definizione tutte le spese che lo Stato, gli enti esecutivi e le amministrazioni assegnano all'ospedalizzazione, alle cure « extra muros » (siano esse mediche, paramediche o infermieristiche), dei farmaci o altri ausili impiegati per il recupero o la preservazione della salute. Si tratta in genere di prestazioni come quelle in contanti fornite per compensare la perdita di guadagno, in caso di malattia, d'invalidità, di handicap fisici o mentali, di incidenti sul lavoro o di malattia professionale.

E' particolarmente difficile quantificare le spese sanitarie delle amministrazioni, soprattutto in quei paesi in cui esiste un « ticket » moderatore più o meno alto (onorari dei medici, farmaci, ecc.) poiché queste non sono comprese nelle statistiche che generalmente prendono in considerazione soltanto quella parte di spese coperte dai regimi di previdenza sociale.

Ancora più difficile è fornire delle cifre esatte circa le prestazioni in natura, che sono finanziate dal tesoro pubblico senza essere imputabili al settore della previdenza sociale, mentre lo sono in altri paesi in cui i regimi di previdenza sociale assicurano il finanziamento di tali prestazioni.

Sono solo alcuni degli inconvenienti riguardanti i dati comparativi circa la percentuale di prodotto nazionale lordo stanziata dai vari paesi per le spese sanitarie. I lavori riguardanti il bilancio sociale europeo, cosa di cui si occupano i miei uffici, dimostrano che in questo settore è attualmente molto difficile fare dei paragoni tra i vari paesi.

Se ne possono trarre alcune tendenze parallele, cosa che del resto ho appena fatto osservando che nella maggior parte dei paesi della Comunità Europea le spese sanitarie aumentano in misura maggiore rispetto al prodotto nazionale lordo. Questa situazione obbliga i governi, soprattutto nell'attuale momento di stagnazione, a portare avanti una politica che permetta almeno di controllare l'aumento dei costi e, se possibile, di ridurlo, cosa che richiede la collaborazione di tutti gli interessati, produttori e consumatori, di un settore che — non va mai dimenticato — è diventato uno dei più importanti datori di lavoro, sia del settore secondario che di quello terziario.

2. *Diagnosi*

Se si vuole combattere tale fenomeno, occorre che la sua constatazione sia seguita dallo studio delle sue cause. Soltanto dopo sarà possibile prevedere e mettere a punto misure atte a controllare o a frenare tale evoluzione. Una buona cura richiede una giusta diagnosi ed è proprio sulla diagnosi che i pareri divergono. I settori interessati ai problemi posti dalle cure sanitarie sono spesso e volentieri propensi ad addossare l'un l'altro la responsabilità dell'aumento delle spese.

Lo studio delle pubblicazioni in proposito di cui ci occupiamo oggi, mostra in generale che l'aumento delle spese, secondo l'autore, deve essere imputato tanto all'offerta quanto alla domanda.

A) *In generale*

Parliamo innanzitutto di alcuni fattori riguardanti la domanda o l'offerta cui si può imputare di aver contribuito al vertiginoso sviluppo delle spese sanitarie. Alcuni esempi concreti potranno illustrare questa enumerazione.

Se si esamina più da vicino l'aumento della domanda delle prestazioni sanitarie si constata che:

— In generale si è meno disposti a sottostare alle malattie, grandi o piccole che siano, in quanto oggi un numero sempre maggiore di persone è completamente protetto, o in ogni caso meglio protetto di quanto non avvenisse una decina di anni fa, contro i rischi medici (con l'estensione dell'assicurazione a nuove categorie, con l'allargamento della gamma delle prestazioni ecc.).

— L'urbanizzazione, le tensioni inerenti al modo di vita e di lavoro e gli stress mettono maggiormente alla prova l'organismo, ne deriva quindi un aumento del consumo di prestazioni sanitarie.

— L'invecchiamento della popolazione e il fatto che molte persone, una volta condannate a morire, vengono attualmente mantenute in vita comportano oneri sanitari maggiori.

— I nuovi metodi di cura, i nuovi farmaci e le varie scoperte acquistano più rapidamente un mercato molto più vasto di prima, data la maggiore possibilità di divulgazione.

— L'aumento del livello di vita, insieme ad un allentamento dell'autodisciplina, fa sì che un maggior numero di persone siano portate a chiedere cure di cui prima facevano a meno o che non si sognavano neanche poiché l'onere delle spese veniva sentito con un maggior senso di responsabilità.

Per quanto riguarda l'offerta di prestazioni sanitarie, si constata che:

— L'aumento del fabbisogno comporta di per sé un'elevazione dell'offerta, ciò è dovuto principalmente al fatto che i regimi di previdenza sociale forniscono un reddito ai dispensatori di cure.

— L'allargamento del « mercato » delle prestazioni sanitarie garantisce la redditività della ricerca (industria farmaceutica) e degli investimenti pesanti (costruzione di ospedali, apparecchiature mediche perfezionate, ecc.).

— Gli esami e i metodi di cura sono sempre più complessi, cosa che non soltanto porta ad un aumento dei costi, ma che comporta ulteriori necessità di specializzazione e di personale.

— L'evolversi delle prestazioni sanitarie, che sono passate dal campo della beneficenza in cui erano fornite generalmente dagli ordini religiosi, a quello del settore dei servizi, obbedendo alle leggi di mercato, non soltanto ha comportato un enorme aumento del numero dei dispensatori di cure, ma ha anche reso più oneroso un settore in cui la manodopera costituisce il fattore preponderante.

— Si nota inoltre una certa degradazione dell'etica professionale da parte dei dispensatori di cure, che li porta a calcolare il volume e la durata delle prestazioni non più nel solo interesse del malato ma tenendo conto più di prima del loro interesse personale. Il fatto che le cure siano a carico dell'ente mutualistico o della collettività e non del paziente, incita ad un'eccessiva distribuzione.

A questa enumerazione sommaria delle cause dell'aumento dell'offerta e della domanda di prestazioni sanitarie, è opportuno aggiungere, per completare il quadro diagnostico, che il rialzo dei costi è appena compensato dal miglioramento della salute. Per quanto vi sia un aumento del desiderio di vita, è da notare il fatto che nei nostri paesi si assiste ad un abbassamento della longevità media, soprattutto negli uomini.

B) *Fattori importanti*

Per definire la cura suscettibile di migliorare un'evoluzione non auspicabile delle spese sanitarie, che raggiungeranno ben presto limiti non più tollerabili, va tenuto conto di alcuni elementi importanti:

— innanzitutto, le misure miranti a frenare l'aumento delle spese non devono affatto compromettere il soddisfacimento dei bisogni reali di prestazioni sanitarie, sia sul piano qualitativo che quantitativo;

— poiché si tratta di un settore in cui il fattore preponderante è dato dalla manodopera, l'intervento fornito deve tener conto della sua incidenza sull'occupazione;

— inoltre, la maggior parte dei provvedimenti per il controllo delle spese avranno effetto solo a medio o lungo termine;

— del resto l'esperienza fatta da alcuni paesi membri ha dimostrato che gli effetti delle misure concrete adottate si sono rivelati solo temporanei e che dopo poco tempo si sono nuovamente raggiunte le percentuali d'incremento che si avevano prima;

— peraltro, indipendentemente dal fatto che ci si renda o meno conto dell'importanza delle spese, sia dal lato dell'offerta che da quello della domanda, alcuni aumenti di spesa vanno attribuiti al modo in cui viene effettuato il rimborso, soprattutto quando quest'ultimo ha luogo con l'intervento di « terzi » con cui né il dispensatore di cure né il paziente hanno legami diretti;

— infine, se si vogliono veramente diminuire le spese sanitarie, bisognerà cercare in primo luogo di mutare la mentalità dei dispensatori di cure e dei pazienti; a questo riguardo bisognerà cercare di rispondere alla domanda se un così minimo miglioramento della salute merita il sacrificio di tanta parte di prosperità.

C) *Più in dettaglio*

Dopo questo approccio generale dei problemi, vorrei passare ad una disamina più dettagliata di alcuni punti per definire la terminologia generale usata ma soprattutto per illustrarli con esempi più concreti.

Dapprima per quanto riguarda la domanda:

— In Danimarca, in Irlanda e nei Paesi Bassi (grandi rischi), la protezione legale in materia di prestazioni sanitarie è stata estesa a tutta la popolazione, come era precedentemente avvenuto in Gran Bretagna.

— In tutti gli Stati membri, eccezione fatta per l'Irlanda, si constata un rapido invecchiamento della popolazione e si sa che le persone anziane consumano il doppio delle cure sanitarie, cioè più del resto della popolazione; quanto poi alle persone della quarta età, il loro fabbisogno di cure sanitarie aumenta di cinque volte.

— Da rilevare l'importanza di numerose malattie dovute generalmente a cattive abitudini di vita: sovralimentazione, in-

sufficiente riposo, abuso di bevande, eccessivo consumo di farmaci, tabacco, alcool, ecc.

— Il rapporto medico-paziente è profondamente cambiato, nel senso che il paziente si fa maggiormente sentire, sia individualmente che collettivamente tramite gruppi di pressione ecc., e si dimostra quindi più esigente che in passato, proprio per il fatto che è la mutua che sopporta in toto o in gran parte gli oneri.

— Il sistema di pagamento delle prestazioni ospedaliere attraverso il rimborso per giornate di ospedalizzazione, è quello che favorisce un prolungamento superfluo dell'ospedalizzazione.

— Si constata altresì che molte apparecchiature mediche altamente costose vengono spesso acquistate per ragioni di prestigio e che dovendole ammortizzare al più presto possibile, vengono talvolta usate senza motivo.

— La necessità di rendere più umane le cure sanitarie (abolizione delle sale comuni negli ospedali, ad esempio) provoca un forte aumento delle spese.

— Si consumano sempre più farmaci, generalmente più cari di prima, spesso per il fatto che un maggior numero di farmaci vengono rimborsati dalla mutua.

Per quanto riguarda l'offerta:

Dopo tali esempi di cause dell'aumento delle spese per quanto riguarda la domanda, vorrei innanzitutto fare osservare che, per quanto riguarda l'offerta, due fattori concorrono a favorire l'aumento delle spese.

Da un lato si registra un forte progressivo aumento del volume delle prestazioni (più letti, più medici, più specialisti, più personale ausiliario, più apparecchiature e aumentato consumo di farmaci) e dall'altro un forte aumento dei prezzi delle prestazioni. I suddetti prezzi relativi aumentano in misura più rapida del livello generale dei prezzi.

— In alcuni paesi, si registra un considerevole aumento dei posti-letto con tutte le conseguenze ad esso relative.

— Il personale religioso è stato sostituito da personale specializzato e il personale medico e infermieristico è grandemente aumentato di numero; questo personale, soprattutto quello infermieristico ha colmato entro un tempo relativamente breve il ritardo di remunerazione e di condizioni di lavoro, specie per quanto riguarda l'orario di lavoro, di modo che i costi ospedalieri sono fortemente saliti.

— L'aumento delle spese deriva anche dalla tendenza sempre più marcata a curare in ospedale casi che una volta venivano curati a domicilio; non si tratta solo dei parti ma anche degli handicappati, che vengono ricoverati in istituti molto più spesso di prima, e non va dimenticato neppure il fatto che molti posti letto sono occupati da persone anziane che non hanno praticamente bisogno di cure efficaci e che non sono veramente malate.

— Un ulteriore incentivo alle ospedalizzazioni superflue è costituito dal fatto che alcune legislazioni prevedono il rimborso per le prestazioni ospedaliere ma non quello per le cure prestate a domicilio.

— Anche il medico svolge un ruolo importante nell'aumento delle spese sanitarie non in quanto percettore di onorari, ma poiché è lui che consiglia altre forme di cura e prescrive i farmaci.

— Non va tralasciato il fatto che i medici si specializzano sempre più, percepiscono degli onorari più alti e acquistano apparecchiature sempre più costose che sono sottoposte ad un impiego intensivo, soprattutto allorché sono le mutue che devono rimborsare le prestazioni.

A tale proposito bisogna rilevare che lo studio effettuato dai miei collaboratori a questo riguardo ha rivelato una stretta relazione tra il numero medio dei tagliandi-visita per medico e il modo in cui avviene il rimborso da parte della previdenza; nei regimi in cui esiste un rimborso per tagliando-visita, il numero medio di prestazioni terapeutiche è molto più elevato che nei regimi in cui il medico riceve un salario o una cifra forfettaria per assicurato. Si è dunque portati a concludere che alcune visite vengono fatte al solo scopo di far salire il conto. A discolpa dei medici va precisato però che talvolta è il paziente che richiede al

medico di prescrivergli la visita di specialisti, il ricovero in ospedale o farmaci più cari del necessario e che il medico è facilmente portato a cedere allorché la sala d'attesa è piena di altri pazienti e lui ha fretta.

3. *Cura*

Dopo questo esame circostanziato, è giunto il momento di fissare una cura e di indicare dove e come è possibile intervenire per frenare l'aumento delle spese. A tale proposito, va ricordato ancora una volta che l'elemento più importante è la rieducazione del produttore e del consumatore delle prestazioni sanitarie, con lo scopo di sensibilizzarsi maggiormente ai problemi dei costi.

A. Innanzitutto per quanto riguarda il settore ospedaliero:

— Partendo dal presupposto che i posti letto disponibili sono generalmente occupati, è necessario prevedere la riduzione del numero dei posti letto per 1.000 abitanti e di fatto questo numero varia a seconda dei paesi (da circa 12 a circa 5 posti letto per 1.000 abitanti) di modo che in alcuni paesi si ha una capacità superiore al fabbisogno.

— La costruzione di ospedali può essere frenata o pianificata, principalmente tramite il rifiuto o la limitazione dei crediti, con la creazione di un sistema di autorizzazioni o almeno con il divieto di nuove costruzioni. In tutti i paesi della Comunità, lo Stato interviene attivamente in materia di costruzione ospedaliera applicando una di queste misure e trovandosi spesso di fronte all'opposizione della regione interessata, a causa della perdita di occupazione.

— E' possibile inoltre determinare il fabbisogno effettivo di apparecchiature mediche costose per regione o per paese ed escludere gli investimenti che possono sembrare superflui di finanziamento da parte della previdenza sociale o da parte del bilancio statale, cosa che si sta cercando di fare in Francia tracciando una carta sanitaria del paese.

— Si potrebbe senz'altro ottenere una riduzione della durata media di ospedalizzazione sostituendo il rimborso giornaliero con un rimborso calcolato in funzione del numero di abitanti della

regione servita dall'ospedale interessato; si tratterebbe in una parola di fissare un bilancio delle spese ospedaliere.

— Si potrebbe anche ottenere una riduzione dei costi delle cure ospedaliere procedendo ad una razionalizzazione mediante la sostituzione di alcuni posti-letto con posti letto unicamente destinati all'erogazione di cure paramediche e assistenza personale (case di riposo, case per handicappati, convalescenziari ecc.).

— Si potrebbe anche prevedere un rafforzamento dell'influenza dell'ente pagatore nella gestione ospedaliera, che in alcuni paesi appartengono al settore privato e funzionano su base puramente commerciale o che, come gli ospedali universitari, sottolineano soprattutto l'aspetto insegnamento (che è totalmente o parzialmente a carico della previdenza sociale), di modo che i costi sono completamente messi da parte o almeno hanno carattere secondario.

— Lo Stato può anche prendere delle misure atte a limitare l'aumento delle spese ospedaliere congelando i prezzi d'ospedalizzazione o limitando il loro aumento alla normale crescita dell'indice dei prezzi o dei salari.

— Possono anche essere imposte norme relative alla percentuale del personale medico e infermieristico assegnato per posto letto; in tal modo il reclutamento verrà arrestato.

— D'altra parte i pazienti potrebbero essere invitati a versare una quota di partecipazione, soprattutto per quanto riguarda le spese alberghiere che essi risparmiano durante il loro ricovero.

B. Ed ora il settore extra-muros:

— Per quanto riguarda i medici, la maggior parte degli Stati membri hanno già previsto una limitazione alla fonte, creando un « numero chiuso » nelle facoltà di medicina (eccetto il Belgio e l'Italia).

— In Irlanda e in Danimarca, un medico può prestare la sua opera attraverso la previdenza sociale solo accettando di sottoporsi a condizioni restrittive.

— Nei Paesi Bassi e nel Regno Unito, la formazione medica viene praticata insieme ad una formazione economica che per-

mette di sensibilizzare i futuri medici verso l'incidenza finanziaria dell'esercizio della loro professione.

— Nella Repubblica Federale di Germania, si controlla se le ricette e i rinvii da parte dei medici curanti si discostano dalla media e in caso di scarti importanti che portano ad un aumento delle spese sono previste forti sanzioni.

— Nei Paesi Bassi il paziente deve dapprima rivolgersi al medico curante e spetta a questi decidere se è necessaria la visita di uno specialista a spese della mutua.

— Lo Stato e gli enti previdenziali insistono sempre più nel fissare gli onorari dei medici, cosa che provoca un'organizzazione sempre più spinta del corpo medico che risponde con metodi talvolta brutali come lo sciopero.

— In Danimarca, in Irlanda, nei Paesi Bassi e nel Regno Unito, quasi tutti gli specialisti prestano la loro opera negli ospedali o nei policlinici in cui i pazienti vengono loro inviati e soltanto a questa condizione le cure prestate vengono totalmente o parzialmente rimborsate dalla previdenza sociale o dal servizio sanitario nazionale. Si evita in tal modo l'inconveniente di una doppia diagnosi e di una cura prolungata, cosa che si verifica altrove.

— Non va tralasciato di segnalare la tendenza attuale consistente ad andare incontro al paziente rafforzando le prestazioni sanitarie primarie; in questo contesto un'importanza particolare riveste il medico di famiglia e le cure sanitarie intra muros (che sono più costose) possono così essere limitate (soprattutto tramite la pratica della medicina di gruppo).

I miei collaboratori stanno conducendo attualmente uno studio sulle prestazioni sanitarie primarie e speriamo che gli Stati membri potranno trarne consiglio per avvicinare il medico al paziente, non soltanto per quanto riguarda la medicina curativa ma anche quella preventiva poiché resta pur sempre vero che vale più prevenire che guarire, soprattutto nel settore sanitario (e inoltre è molto meno costoso).

C. Per quanto riguarda il consumo farmaceutico:

Si cerca una riduzione delle spese dei consumi farmaceutici attraverso i seguenti sistemi:

— stabilire i prezzi o limitare gli utili delle società farmaceutiche (in tutti i paesi della Comunità esclusi Germania e Paesi Bassi).

— Limitare l'attività promozionale delle vendite riducendo, nel calcolo degli utili o dei prezzi dei prodotti, quella parte di costo destinata a tale attività (Belgio, Francia, Italia e Regno Unito), o limitare il numero di campioni che possono essere inviati ai medici, cosa che avviene in tutti i paesi della Comunità, escluse Irlanda e Italia.

— Regolare i margini di utile delle vendite al dettaglio, cosa che avviene in tutti i paesi della Comunità esclusi i Paesi Bassi in cui i margini sono controllati dall'Ordine dei farmacisti.

— Controllare la creazione di nuove farmacie (Belgio, Danimarca, Francia e Italia).

— Creare liste o formulari in cui venga specificato tra i prodotti farmaceutici quelli che possono essere soggetti a rimborso da parte delle mutue (Belgio, Danimarca, Lussemburgo, Italia) e quelli che si raccomanda di prescrivere sempre in questo contesto (Francia, Germania e Paesi Bassi).

— Specificare le quantità che possono o devono essere prescritte in ciascun caso (Danimarca, Francia, Irlanda, Italia e Paesi Bassi).

— Informare i medici per incoraggiarli a prescrivere prodotti economici (ad esempio, liste comparative dei prezzi dei prodotti simili come avviene nel Regno Unito, nei Paesi Bassi e in Germania e in Irlanda, in cui si propone di tener anche conto dell'efficacia dei prodotti).

— Esaminare le prescrizioni fatte dai medici nell'ambito della mutua, come avviene in tutti i paesi della Comunità eccetto il Belgio.

— Attuare un sistema di visite ai medici le cui ricette sembrano essere eccessive (Irlanda e Regno Unito).

D. Il paziente

Ci si può infine domandare come il paziente di per sé possa e — con l'aiuto di alcune disposizioni legislative o varie — debba

contribuire alla riduzione delle spese sanitarie, sebbene, si ripete, in questo caso si tratta più che altro di un trasferimento di oneri.

Prima di tutto va citata la partecipazione personale negli onorari medici, le spese di ospedalizzazione, il costo dei farmaci, ecc., talvolta chiamata « ticket moderatore » e che taluni pensano non serva affatto a frenare le spese. In Francia, ad esempio, ci si può assicurare volontariamente contro questa partecipazione personale nelle spese sanitarie, ciò che provoca un giro amministrativo che a sua volta appesantisce le spese stesse. Se al paziente viene richiesta una partecipazione troppo forte, questi rischia di non fare ricorso in tempo utile alle cure mediche, e spese più forti dovranno essere sopportate successivamente. Come sapete vi sono dei pro e dei contro sul « ticket moderatore », ma personalmente mi chiedo se una partecipazione modesta da parte del paziente non sia da consigliare per poter ottenere una maggiore consapevolezza dei costi in gioco.

Note finali

Nei paesi del Mercato Comune le azioni in corso e quelle che verranno intraprese in un prossimo futuro, si concentrano soprattutto nei seguenti settori:

— l'offerta nel campo sanitario (numero di medici, di specialisti, di posti letto, di personale, di farmaci, ecc.; in altri termini l'evoluzione di volume piuttosto che l'evoluzione di prezzi);

— il progresso tecnico nel settore sanitario (sembra che questo fattore intervenga ogni anno per circa il 5% in media nell'aumento dei costi);

— i grandi mutamenti nella struttura della popolazione (principalmente un numero maggiore di pensionati e invalidi e inferiore di bambini, tenendo conto che le età superiori ai 65 anni costano in media 1,7-2% in più rispetto alle persone tra i 15 e i 65 anni e che le persone che hanno superato i 75 anni costano almeno 5 volte di più);

— il modo di praticare la medicina da parte di medici e specialisti sia extra muros che intra muros, come ad esempio l'impiego di Raggi X, analisi di laboratorio ecc.

M. RICHARD DRAPERIE: Il bilancio sociale dei paesi della CEE

In questo consesso molto è stato detto — e ben detto — sul problema centrale che ci interessa: quello delle politiche per la razionalizzazione ed il controllo delle spese sanitarie pubbliche in Europa.

Mi è quindi parso utile allargare il tema che ieri e oggi ci è stato sottoposto, per non ripetere — con minor talento — ciò che gli esperti e i tecnici qui convenuti hanno trattato in maniera tanto brillante.

Il mio scopo è quindi quello di allargare il tema sostituendo il problema dell'evoluzione delle spese sanitarie con quello — più vasto — dell'evoluzione delle spese sociali e, in particolare, delle spese della previdenza sociale, del quale le spese sanitarie sono uno degli elementi determinanti.

Per descrivere tale evoluzione al suo stadio attuale e nei prossimi anni, e il contesto economico nel quale andrà a porsi, farò ricorso ad alcuni lavori della Commissione delle Comunità Europee, così come hanno fatto già il prof. Abel Smith e L. Crijns.

In questo caso si tratta della relazione del luglio 1978 sulla « Evoluzione delle spese di previdenza sociale e delle entrate destinate al loro finanziamento negli Stati appartenenti alla Comunità Economica Europea, nel periodo 1970-1980 ». Questa relazione, la cui denominazione ufficiale è « Il secondo bilancio sociale europeo » mette a confronto l'evoluzione registrata nel periodo 1970-1975 con quella potenziale del periodo 1976-1980. Essa è stata realizzata dalla Commissione delle Comunità Europee sulla base delle relazioni ufficiali nazionali, la cui elaborazione per l'Italia era stata affidata al prof. Coppini.

Vi fornirò soltanto alcune indicazioni sul modo in cui sono state fatte le previsioni contenute nel bilancio sociale europeo,

sottolineando comunque il fatto che si tratta di previsioni in regime di legislazione costante, cioè a dire come se niente dovesse verificarsi a partire dalla situazione legislativa ed economica che si aveva all'inizio del 1977. Va quindi considerato che le previsioni per il 1980 che da questo bilancio sociale possono offrire soltanto un'immagine ristretta della situazione che potrà effettivamente verificarsi nel 1980.

Alcuni dati potranno meglio illustrare l'importanza dei problemi che le nostre società devono — e dovranno sempre più — affrontare nel settore della previdenza sociale.

Se, nel 1970, gli Stati membri della Comunità dedicavano alla previdenza sociale 112 miliardi di unità di conto (circa 112 mila miliardi di lire), nel 1975, questa cifra è passata a 257,5 miliardi, e nel 1980 dovrebbe raggiungere almeno i 455 miliardi (cifra minima, come ho detto poc'anzi), arrivando così in dieci anni ad aver quadruplicato l'ammontare iniziale. Va precisato che di queste spese il 95% va alle prestazioni, il resto alle spese di gestione o a voci varie.

Queste spese rappresentano a loro volta circa il 20% del Prodotto Nazionale Lordo (PNL) della Comunità per il 1970, il 25,4% per il 1975 e il 25% per il 1980 (con la riserva, per detto anno, delle riserve sopra espresse).

Sempre rimanendo nell'ambito della Comunità — intesa come un tutt'uno — scenderò ora un po' più nei dettagli con le tre seguenti constatazioni.

La prima è che le prestazioni in natura — quelle di cui ci occupiamo oggi — rappresentano soltanto un quarto circa del totale delle prestazioni e quindi in percentuale un PNL di tre volte inferiore a quello delle prestazioni in contanti.

Una seconda constatazione: tra il 1970 e il 1975 queste prestazioni in natura hanno avuto un tasso medio annuo di incremento — a prezzi correnti — del 20,9% e tutto lascia credere che anche per il periodo in corso si avrà un tasso simile.

In compenso, le prestazioni in contanti hanno avuto un ritmo nettamente inferiore, dell'ordine del 15,8% in media, con una riduzione di 5 punti nel periodo 1970-1975.

Se ne può quindi concludere che con questo ritmo, entro la fine del secolo — od anche prima — le prestazioni in natura prevarranno sulle prestazioni in contanti.

Terza constatazione: nella ripartizione delle diverse prestazioni — non più secondo la loro natura, ma secondo la loro funzione — si deve constatare che la voce « salute » riunendo qualunque tipo di prestazione, si tratti di malattia, invalidità — fisica o mentale — incidenti sul lavoro ecc. è pressapoco uguale — sempre per i paesi della Comunità — alla voce « anzianità » e « vita », ciascuna pari a circa il 40% del totale delle prestazioni, con un leggero vantaggio per quanto riguarda la salute.

Non è necessario ricordare qui che l'invecchiamento ha — ed avrà — un impatto sempre crescente sulla salute.

Le restanti prestazioni vengono suddivise tra la voce « famiglia » (nell'ordine di 10-14%) e la voce « posto di lavoro » o « disoccupazione ».

La prima conclusione che se ne può trarre — conclusione per così dire « meccanica » — è la seguente: la maggior parte degli sforzi di protezione sociale dei Paesi membri si indirizza verso la protezione della salute e degli anziani, a spese della famiglia, con tutte le conseguenze a lungo termine che una tale scelta comporterà.

Fatte queste constatazioni, non mi resta che sottolineare il fenomeno tanto inquietante al giorno d'oggi, che è quello del perdurare del rapido aumento delle spese sociali, superiori al PNL. Tale fenomeno continua a verificarsi per ciascuna delle due grandi componenti « salute » e « anzianità », nonostante tutte le misure prese dai governi per arginare, in certo qual modo l'ondata delle spese.

Di fronte ad un tale fenomeno aumenta l'inquietudine dei responsabili politici, economici e sociali — per ragioni spesso contraddittorie — a seguito della situazione economica esistente nei nostri paesi.

In effetti, il nuovo contesto economico nel quale viviamo, caratterizzato da una crescita ridotta, da una vasta disoccupazione, da una considerevole inflazione, da un sostanziale deficit

delle finanze pubbliche, non può non avere ripercussioni sulla situazione dinanzi indicata.

I Governi si trovano quindi costretti ad addossare nuovi oneri alla previdenza sociale: penso in modo particolare ai provvedimenti presi per favorire l'occupazione — sotto forma di pensionamento anticipato — al volume crescente del costo per l'indennità di disoccupazione, con il loro corollario: perdita di versamenti e relative imposte, senza dimenticare — in una prospettiva più a lungo termine — l'effetto dell'invecchiamento delle popolazioni europee.

E con ciò arrivo all'altro aspetto del problema: quello del finanziamento di tali spese.

Dato lo stretto rapporto che hanno con l'evoluzione economica attuale, le entrate, versamenti o imposte, rispetto al passato hanno da parte loro un incremento molto più ridotto, per meglio dire più difficile.

Si può quindi dire, da ultimo, che il problema chiave al quale bisognerà assolutamente trovare una risposta nei prossimi anni sarà quello della divergenza strutturale dell'evoluzione delle prestazioni, da un lato, che sembrano animate da un'autonoma dinamica (quella dei fabbisogni e dei diritti acquisiti), e dall'altro lato l'evoluzione delle entrate che sarà sempre più difficile allontanare da un contesto economico che a quanto sembra dovrà essere il nostro per « un periodo abbastanza lungo ». Su questo punto, vorrei citare soltanto le attuali previsioni dell'O.C.S.E. — relative ai paesi che fanno parte dell'Organizzazione — e per quanto riguarda la Comunità sono abbastanza pessimiste (senza contare i nuovi peggioramenti derivanti dalla situazione petrolifera). Tutte indicano una lieve diminuzione (da 2,6 a 3,8% in media per i paesi della Comunità), con il perdurare o l'aggravarsi della disoccupazione.

E' forse necessario ricordare le resistenze che da ogni parte si manifestano contro l'aumento dei prelievi obbligatori, sotto forma di versamenti o di imposte? A tale proposito, vorrei soltanto menzionare che per i paesi dell'O.C.S.E. tale prelievo era in media nel 1965 pari al 29,3% del PNL, mentre nel 1976 era pari al 37,8%.

L'inquietudine e la preoccupazione che l'evoluzione divergente da me or ora segnalata comporta presso i responsabili politici, economici e sociali si appalesa durante le diverse recenti manifestazioni, che hanno luogo sia sul piano nazionale (provvedimenti presi dai governi) che su quello internazionale (riunione del Consiglio d'Europa a livello dei ministri della sanità e della previdenza sociale, che ha avuto luogo nel mese di marzo 1979, aumento dell'interesse da parte dell'O.C.S.E. e della C.E.E. verso i problemi sanitari e assistenziali, congressi sindacali e, ultimo in ordine di tempo, il vostro Incontro).

Resta, cosa più difficile, trovare una risposta alla sfida che ci viene lanciata.

Per noi si tratta di unire efficacia e razionalità con giustizia ed equità. E' un'alleanza difficile da realizzare in un contesto economico e sociale del tutto nuovo.

A situazione nuova, risposta nuova.

A tutti noi spetta dar prova di spirito innovativo e inventivo, senza mettere in causa l'essenziale: la protezione sociale dell'essere umano.

Voi avete iniziato a farlo, creando il vostro servizio sanitario che tiene conto delle esperienze già fatte da altri paesi. Non vi resta che andare oltre, allargando il vostro interesse a tutta la protezione sociale.

COMUNICAZIONI

SCOTTI

DELOGU

ALVARO

TAVAZZA

CARRA

VALLI

MANTOVANI

MAGI

DOMINIJANNI

Dr. FELICE SCOTTI (*): Politiche di contenimento della spesa sanitaria pubblica italiana

L'incidenza della spesa sanitaria tende a crescere in tutti i paesi essendo direttamente aggregata all'evoluzione socio-economica ed al progresso scientifico e tecnico della medicina.

E' perciò opportuno chiarire che al concetto di contenimento della spesa non deve, nel suo complesso, associarsi per equivoco il concetto di riduzione.

Nel recente passato si è molto parlato della certezza di ridurre la spesa sanitaria italiana attraverso l'attuazione della riforma ingenerando attese e certezze che non possono probabilmente realizzarsi.

E' indubbio che il concetto di riduzione può essere attendibile dopo che attraverso una sistematica raccolta di dati, aggiornati nel contenuto e nel tempo, si sono individuate le linee di dispersione, i possibili punti di intervento e l'accettabilità politica degli strumenti e delle misure d'intervento.

La proposta di piano sanitario 1980-1982 ha evidenziato la seguente situazione:

1. Inesistenza di un sistema razionale e tempestivo di rilevazione dei dati pregressi.
2. Aggiornamento e proiezione dei dati spesso vincolati da coefficienti avulsi dalla realtà.
3. Preoccupazione di arrivare ad ipotesi di spesa finali contenute nel limite di quanto auspicato anche a costo di forzamenti della realtà dei numeri.

(*) Presidente Comitato Interassociativo Programmazione Sanitaria Confederazione Generale dell'Industria Italiana.

E' indubbio che tali premesse, sia le ipotesi di riduzione che quelle di contenimento risultano scarsamente attendibili specie se si continua ad aggirare quei punti nodali che pur influenzando sulla spesa sanitaria si trovano collocati nelle competenze di dicasteri estranei alla sanità od al centro di orientamenti politici al momento non reversibili.

La passata spesa storica italiana si trova arroccata sui seguenti punti fondamentali:

- Assistenza medico-generica
- Assistenza specialistica-ambulatoriale e diagnostica
- Assistenza farmaceutica
- Assistenza ospedaliera.

La voce assistenza medico-generica ha una diretta correlazione con le spese di assistenza specialistica, farmaceutica e con i ricoveri ospedalieri. Se la stessa subisce una dilatazione abnorme provoca un'immediata reazione a catena sulle altre.

La prima azione di contenimento da ipotizzare risulta pertanto esterna alla riforma sanitaria e concerne l'esigenza di programmare il numero delle ammissioni alle facoltà di medicina e di migliorare la qualità dei livelli professionali.

Tutti gli esperti e tutte le più serie analisi statistiche concordano sul fatto che un'incontrollata ed irrefrenabile espansione dell'assistenza medico-generica implica un parallelo aumento della richiesta di tale servizio privo di correlazione sull'effettivo stato di salute degli utenti.

Quando l'eccesso numerico è associato ad una non maturata professionalità sviluppa sia una dilatazione delle prescrizioni farmaceutiche sia un più frequente ricorso all'assistenza specialistica ed ai ricoveri ospedalieri.

Queste tendenze sono aggravate in Italia dal fatto che l'assistenza medico-generica è remunerata per quota capitaria e cioè con compenso fisso annuale per assistito e con tetto numerico degli assistibili.

Questo sistema mentre offre il vantaggio di « governare » la spesa medico-generica, subisce le implicazioni della comprensibile azione promozionale del medico volta a ricercare ed a selezionare il maggior numero di assistiti possibile e subisce infine la tendenza ad ospedalizzare tutti gli

assistiti « difficili » che richiedono frequenti e scomode sequenze di visite domiciliari.

Resta solo da accennare che per ora la « libera scelta » del medico fiduciario da parte dell'assistito resta solo un auspicio dal momento che l'attuale meccanismo rappresenta piuttosto la concessione al medico della libera scelta degli assistiti.

Questa situazione di fatto che non risponde spesso né all'attesa degli assistiti, né ad una fondamentale rivendicazione professionale della classe medica, né alla filosofia della riforma, esige maturate riflessioni e non consente certo di dare ormai per acquisito il traguardo del medico fiduciario.

Il settore dell'assistenza specialistica, ambulatoriale, diagnostica, degli esami e delle analisi che per semplificazione chiameremo in seguito solo « specialistico » può concorrere a sensibili contenimenti della spesa sanitaria globale se le sue funzioni e le sue prestazioni saranno opportunamente ordinate in una posizione armonica e coordinata.

Sull'argomento riteniamo opportuno ricordare quanto segue:

— il settore specialistico viene alimentato prevalentemente dalle richieste dell'assistenza medico-generica. Quanto più tale richiesta supera il necessario tanto più si accentuano spese che non influiscono sul livello dell'assistenza sanitaria e ne riducono gli opportuni standards di tempestività ed attendibilità.

Il problema da risolvere consiste pertanto nel « filtrare » solo il necessario e nel fissare gli standards qualitativi delle prestazioni. Non si tratta di misure nuove. Un attento esame di quanto già effettuato in altri paesi può consentire soluzioni adattabili alla realtà italiana.

— Anche nel settore specialistico si rileva la tendenza ad un abnorme accrescimento delle richieste di prestazioni là dove si presenta un abnorme accrescimento dei centri specialistici e di analisi.

Anche in questo settore si rileva pertanto l'opportunità di prevedere una programmazione territoriale effettivamente correlata alle esigenze ed un controllo efficace della qualità delle prestazioni.

In materia di dispersioni è opportuno ricordare che il numero delle analisi « gratuite » pro-capite richieste dall'assistenza medico-generica risulta molto superiore a quello delle analisi a pagamento richieste, per patolo-

gie analoghe, dai medici direttamente remunerati dal paziente. Ciò dimostra che nel secondo caso il medico si concentra su quanto necessario assumendo un responsabile ed oculato atteggiamento verso i costi non più « anonimi » delle prescrizioni effettuate.

Anche in questo settore è possibile fissare delle norme di indirizzo e delle semplici procedure-filtro che attenuino le maggiori dispersioni pur assicurando la più ampia tutela dell'assistito.

Nel settore farmaceutico risulta già efficace l'intervento del ticket-moderatore. Comunque pensiamo demagogico ritenere che la spesa sanitaria manifestasse principalmente sotto tale voce le sue massime dispersioni.

Per quanto attiene la spesa ospedaliera ci limitiamo a considerare i seguenti punti sui quali si accentrano, a nostro giudizio, le maggiori dispersioni:

1. durata media delle degenze ed incidenza dei tempi di analisi ed esami su tale durata;
2. ospedalizzazioni eminentemente diagnostiche per fini umanitari, sociali e comunque non attinenti la patologia del paziente;
3. ripetizione sistematica di analisi ed esami già effettuati dal paziente in centri esterni all'ospedale o in altri ospedali o presso altri reparti dello stesso ospedale.

Per quanto concerne la durata media delle degenze possiamo ricordare quanto ripetutamente affermato a suo tempo dal Sen. Dal Falco.

La spesa ospedaliera assorbe la maggior quota della spesa sanitaria.

L'utilizzo degli ospedali è al tempo stesso elevato ed irrazionale.

Il numero dei posti letto per 1.000 abitanti è in Italia pari al 10.4 e supera nettamente gli standards previsti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Peraltro il numero dei ricoveri e la durata media di degenza rendono insufficiente tale numero di posti letto. Per conseguire l'obiettivo di ridurre, da una parte il tasso di ospedalizzazione e, dall'altra la durata media della degenza, è opportuno diagnosticare per quanto possibile il paziente a livello ambulatoriale e ricoverarlo, solo se necessario, con una corretta diagnosi.

La razionalizzazione e l'organizzazione delle strutture ambulatoriali

esistenti sono la premessa fondamentale di azioni miranti al contenimento della spesa sanitaria, obiettivo questo sul quale si va delineando una netta convergenza a tutti i livelli politico-sociali ed una chiara presa di coscienza da parte dell'opinione pubblica. In tale quadro è da ritenere indubbiamente valida l'ipotesi della UIL di utilizzare ove necessario le strutture ambulatoriali e di analisi anche nell'arco di 18 ore giornaliere. Siffatta utilizzazione dovrebbe estendersi a tutta la settimana per assicurare, tra l'altro, la continuità dell'assistenza, anche nelle giornate festive. In tale direzione, e con notevole successo, si è mosso il Sistema sanitario francese.

Giova ricordare che in caso di ricovero con diagnosi ambulatoriale e corredo degli esami necessari, la durata media della degenza può essere ridotta, specie nei settori chirurgici, anche del 30%. E' ovviamente necessario che i medici degli ospedali accettino le diagnosi eseguite nel filtro ambulatoriale. Questo deve essere un obiettivo prioritario delle Unità Sanitarie Locali.

Poichè tale filtro al ricovero ospedaliero comporta la presenza di medici ad elevata esperienza e qualificazione professionale, è indispensabile consentire a tali operatori carriere ambulatoriali parallele, per prestigio e per sviluppo, a quelle ospedaliere e universitarie.

Per quanto concerne i ricoveri ospedalieri anomali ricordiamo che nel Progetto di Piano Sanitario Nazionale si riferisce che nel 1975 sono stati effettuati 3.600.000 ricoveri di persone anziane per complessive 46.800.000 giornate di degenza e ci si prefigge una sostanziale deospedalizzazione dei ricoveri per ragioni sociali, in misura non inferiore al 50% degli attuali ricoveri impropri.

Pur prescindendo dal fatto che secondo tali dati la durata media delle degenze degli anziani risulterebbe di 13 giorni e cioè pari alla media nazionale e ciò in netto contrasto, per difetto, a tutte le medie rilevate negli altri paesi, è fuori dubbio che questo settore assorbe forse più del 30% della spesa ospedaliera ed impegna quasi un terzo dei posti letto disponibili.

Si concorda pienamente con tutti gli strumenti previsti per una riduzione delle incidenze lamentate anche se l'obiettivo di ridurre a breve la lamentata incidenza di un buon 50% ci sembra decisamente ottimistico.

L'eliminazione della ripetizione sistematica ed aprioristica di tutti gli esami e di tutte le analisi già in possesso del paziente all'atto del suo ricovero in ospedale può essere favorita se, a garanzia del medico re-

sponsabile, fossero fissati precisi standards qualitativi accompagnati da efficienti sistemi di controllo che consentano, al medico responsabile, di accettare l'attendibilità dei dati e degli esiti sottopostigli.

L'assistito deve veder rispettata la sua facoltà di libera scelta nei limiti ragionevoli consentiti dall'efficienza del sistema che però d'altra parte non può garantire una ripetizione gratuita di esami ed accertamenti al solo scopo di assicurare la certezza psicologica del risultato. In tutti i casi opportunità e decisioni del genere dovrebbero essere lasciate al medico e dallo stesso opportunamente motivate.

Accenniamo ora alle dispersioni sommerse. Anche in questo caso ci limiteremo ad una sintesi dei punti più esemplificativi che in quanto tali non possono costituire una analisi del sistema.

In merito ricordiamo:

1. Oneri finanziari connessi ai sottofinanziamenti od alla ritardata erogazione dei finanziamenti per le spese correnti.

2. Assoluta mancanza di sistemi automatici e tempestivi di controllo e verifica della spesa.

3. Insufficiente copertura finanziaria degli investimenti deliberati.

4. Mancato coordinamento fra la realizzazione degli investimenti ed i mezzi umani ed economici indispensabili all'utilizzazione ed alla gestione degli investimenti.

Per quanto concerne gli oneri finanziari derivanti dai debiti di gestione è sufficiente ricordare che gli stessi hanno, nel corso della gestione dei FNAO, raggiunto valori di gran lunga superiori alle spese di capitale per gli investimenti tecnologici e la manutenzione straordinaria. Basti accennare al fatto che le norme fissate dal Ministero degli Interni per rimborsare agli istituti ospedalieri i crediti vantati nei confronti dei comuni hanno congelato per 2 anni detti pagamenti provocando all'economia nazionale un onere indiretto pari ad almeno 35 miliardi.

Bene in merito si è espresso il Consiglio Sanitario Nazionale raccomandando nel suo parere sul primo Piano Sanitario Nazionale di provvedere preventivamente all'azzeramento dei debiti pregressi entro il prossimo 31 dicembre.

Riferitamente all'attuale assoluta mancanza di sistemi automatici e tempestivi di controllo e di verifica della spesa non si può che attendere un

radicale riordino delle norme amministrative, una rilevazione tempestiva e sistematica dei costi, una stretta osservanza delle gestioni per competenza ed una moralizzazione dei sistemi di pagamento secondo un ferreo ordine cronologico che sostituisca certi criteri discrezionali ancora attualmente largamente adottati.

Un altro punto che tende ad inutili gonfiamenti della spesa è il meccanismo perverso che spinge alla realizzazione rateizzata delle opere per insufficienti finanziamenti. Abbiamo già sottolineato in altri interventi che questo sistema può comportare lievitazioni di costi superiori anche del 300% rispetto alle previsioni oltre al danno indiretto, ma reale, di poter utilizzare le opere con anni di ritardo.

Un altro punto dolente su cui ci soffermiamo è la frequente scarsa correlazione fra la realizzazione di opere e la possibilità di utilizzarle dopo la loro ultimazione.

A solo titolo di esempio ricordiamo in merito le dichiarazioni rilasciate a fine luglio da un dinamico Assessore al corrispondente de « La Stampa » con cui ammetteva che ben quattro ospedali nuovi e completi di attrezzature della sua regione non possono entrare in funzione per carenza di disponibilità di personale medico e paramedico.

E' anche in questa ottica che vanno considerati certi obiettivi del primo Piano Sanitario che, in fatto di investimenti per nuovi posti letto e per nuovi reparti specialistici, devono tener conto dell'esigenza di preparare e di disporre di circa oltre 6000 addetti indispensabili alla conduzione delle nuove iniziative.

Ci sia infine consentito di accennare e raccomandare la revisione delle spese di capitale previste per l'aggiornamento tecnologico e la manutenzione straordinaria. La previsione iniziale risulta pari al 20% delle esigenze reali. Il Consiglio Sanitario Nazionale ne ha proposto l'elevazione da 300 a 900 miliardi.

Anche questa cifra è nettamente inferiore alla minima esigenza quantificabile in almeno 1500 miliardi.

Per arrivare alle ipotesi di 300 e 900 miliardi non risultano applicati i sistemi di valutazione dichiarati alla base del calcolo (spesa storica 1977 di 277 miliardi aggiornati ai costi reali 1980).

Se ricordiamo che il valore del solo patrimonio tecnico ospedaliero (apparecchi ed impianti) si aggira sui 6500 miliardi è facile concludere che un insufficiente aggiornamento tecnologico e l'annullamento della manu-

tenzione straordinaria provocheranno danni e dispersioni incalcolabili ed una drastica riduzione sull'efficienza del sistema.

Siamo certi che nel sistema sanitario è senz'altro possibile contenere l'incremento della spesa globale ed ottenere utili economie nell'incidenza di alcune componenti.

Anche se l'eliminazione di alcune dispersioni comporta solo un miglioramento dei livelli di efficienza e produttività è un punto guadagnato sul risultato della spesa.

Abbiamo più volte affermato che col 1° gennaio la riforma sanitaria inizia solo i primi passi di un lungo e, ci auguriamo, felice cammino. Questa nostra affermazione è spesso dispiaciuta a chi va affermando che col primo gennaio la riforma sarà attuata senza slittamenti ingenerando facili illusioni ed ignorando che trattasi di un meccanismo da sviluppare passo dopo passo.

L'efficienza e gli effetti di una riforma che coinvolge una non facile e rapida revisione culturale del problema sanitario da parte di tutta la nazione non si può attuare dalla sera del 31 dicembre al mattino del 1° gennaio come se si trattasse di adottare l'ora legale.

E' doveroso chiarire questo particolare, come è doveroso segnalare che ogni nuova struttura richiede tempi di studio, tempi di realizzazione, tempi di assimilizzazione e talvolta azioni correttive.

Come già detto a conclusione delle considerazioni su alcuni aspetti tecnico-finanziari dell'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale ripetiamo che è opportuno ricordare in qualsiasi circostanza che l'Uomo è la misura di ogni riforma, ne è oggetto, attore ed oggetto. Sottovalutare la preparazione e la formazione degli uomini che debbono gestire ed attuare la riforma, significa pregiudicarne irreparabilmente l'esito.

Sottovalutare l'importanza, la professionalità, l'esperienza tecnica specifica di quanti debbono organizzare e predisporre gli strumenti attuativi della riforma significa non credere nell'importanza e nel valore della stessa.

Prof. SEVERINO DELOGU (*) : Considerazioni sul problema dei costi per la salute

Signor Presidente, farò tesoro della sua raccomandazione e conterrò il mio intervento in un tempo brevissimo, facilitato in ciò dalla qualità

(*) Dell'Istituto di studi per la programmazione economica (ISPE).

dei partecipanti al convegno che consente di dare per conosciuta una parte dei presupposti politico-culturali di questo Incontro Internazionale.

Anch'io parto dalla constatazione che facevano stamattina il Prof. Coppini e il Prof. Abel-Smith circa la generalizzazione a livello europeo del fenomeno dell'aumento dei costi per la salute, anche se gli sforzi che sono stati compiuti — in Italia per la verità soltanto pochi e recentemente — per individuare lo spessore qualitativo di questo fenomeno sono relativamente scarsi e anche insufficienti per ottenerne una conoscenza approfondita. Tanto è vero che la constatazione del fenomeno sic et simpliciter ha portato soltanto alla formulazione di un auspicio, a porre l'esigenza del controllo e della riduzione. Ma anche qui le decisioni che sono state assunte fino ad ora appaiono relativamente di maniera e i risultati della loro applicazione sostanzialmente assai deludenti.

Il Prof. Coppini questa mattina ha compiuto, con il suo paragone intorno al « servizio alimentare nazionale » uno sforzo assai rilevante e anche il Prof. Abel-Smith ha sollecitato con la sua relazione indagini volte a conoscere le ragioni vere dell'aumento dei costi, onde individuare anche le migliori misure di intervento. Io volevo riflettere su alcune di queste, partendo da una osservazione che si riferisce ad una delle ragioni individuate dal Prof. Abel-Smith che assume, a mio modo di vedere, una grande importanza soprattutto al fine della definizione di una strategia complessiva della salute.

Il Prof. Abel-Smith ha affermato stamattina — ed io sono d'accordo con questa affermazione — che non esiste correlazione nei paesi economicamente più progrediti tra livello della spesa sanitaria e tasso di mortalità. Ciò significa in parole più povere che spendendo di più non si muore di meno; il che significa anche, sotto il profilo generale, come era stato già posto in evidenza da lavori recenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che la riduzione della mortalità al di sotto di certi livelli, a parte la relativa incomprimibilità — come è ovvio — di questo indice, non dipende (almeno per la maggior parte) dagli interventi sanitari, per efficienti ed efficaci che siano.

Questo accenno mi serve per dire che il discorso intorno a una strategia della tutela della salute deve essere rivolto fundamentalmente alla modificazione delle condizioni dell'ambiente di vita e di lavoro per ridurne la nocività; elevando contemporaneamente, rispetto alla nosologia specifica che quelle condizioni producono, anche la potenzialità dell'intervento diagnostico-terapeutico tradizionale, senza ovviamente, mi

consenta il Dr. Tamburi un'osservazione al suo intervento, avere la sua illimitata fiducia, una sorta di trionfo della medicina, negli strumenti sanitari, almeno che non si voglia assumere a fondamento di questa scelta la riflessione di un antico saggio, che la salute è uno stato precario dell'uomo che si trasforma spesso in malattia.

Ecco, l'attenzione, a mio parere, se si parte da una focalizzazione della struttura delle modificazioni nosologiche che sono intervenute in questo periodo, va portata in direzione di due tipi di intervento: quelli che sono riferibili agli elementi soggettivi ai quali si riferiva il Prof. Coppini nella sua relazione, e quelli che sono derivabili dai mutamenti nosologici.

Per quanto riguarda i primi il discorso si deve fermare seriamente e con grande impegno sulla crisi del sapere medico, sulla esigenza quindi di una nuova cultura sanitaria per gli utenti, su un conseguente diverso modello di comportamento che è qualche cosa di più, se mi è consentito, della tradizionale sollecitazione verso una educazione sanitaria.

Per quanto riguarda invece l'esigenza di adeguare i servizi sanitari alle modificazioni epidemiologiche, il discorso investe in pieno la prevenzione. Anche qui non nella maniera tradizionale, una sorta di scarico di coscienza, di formula magica, di mitizzazione dell'intervento, ma facendola diventare il braccio secolare di un approccio diverso ai problemi della salute, l'approccio epidemiologico (il rapporto salute-società al quale si riferiva Coppa questa mattina), che come primo risultato collegato a quello derivante dagli interventi sui fattori soggettivi deve produrre una sostanziale modificazione dell'offerta dei servizi. E a questo proposito io devo ringraziare il Prof. Abel-Smith per aver colto l'occasione di questo Convegno per decretare finalmente la morte del « posto letto », che il Piano sanitario nazionale italiano aveva a sua volta e per suo conto decretato. Voglio dire che finalmente viene detta una parola chiara attorno a un indice così falso come quello posto letto/popolazione, che al massimo può essere considerato un indice derivato dagli indici reali di funzionalità del sistema ospedaliero e che pertanto deve essere abbandonato se noi vogliamo dare una risposta concreta alla domanda che lo stesso Prof. Abel-Smith ha posto al Convegno oggi, nella sua relazione, quella di sapere che cosa è oggi nel Servizio sanitario nazionale, in una politica di tutela della salute, l'ospedale.

Ancora una considerazione circa le misure che sono state sperimentate finora per contenere e ridurre la spesa corrente, che hanno i limiti che tutti conosciamo e che hanno creato forse nella situazione del no-

stro Paese qualche affrettata illusione. Mi riferisco per esempio agli effetti « positivi » del ticket sui farmaci, che non esistono o sono assai ridotti. Stamattina sono state ricordate le esperienze negative fatte in Inghilterra, Danimarca, Olanda e in altri Paesi. Il vero intervento, l'unico intervento che ha consentito di ridurre in questa fase il costo del sistema sanitario italiano è quello dell'applicazione della quota capitolaria. Questo sistema si è però rivelato almeno parzialmente negativo, e credo di essere insospettabile quando affermo ciò non avendo mai nascosto la mia preferenza per la quota capitolaria, per quanto riguarda la qualità dell'intervento assistenziale, che è poi il rischio effettivo di questo sistema di compenso del medico sino a quando non si arriverà con le categorie professionali e soprattutto con i medici a un discorso più chiaro e più preciso circa la loro corresponsabilizzazione.

Gli interventi operati in Italia hanno comunque un limite di fondo, quello di essere stati adottati in assenza di una politica sanitaria sostenuta da una strategia complessiva. Essi finiscono quindi per essere da una parte qualche volta partite di giro, ce lo ha detto stamattina sostanzialmente il Prof. Coppini, quando ha affermato che trasferire dal pubblico al privato il costo di certi interventi sanitari non modifica l'entità della spesa complessiva. In molti casi, detto per inciso, e mi si consenta la battuta, finiscono per essere una penalizzazione dell'utenza. L'ultima spiaggia sembra essere, io ci credo, e spero che sia proprio una spiaggia reale, sulla quale poter approdare felicemente, la politica budgetaria. Certo che è abbastanza singolare che se ne parli nel nostro Paese dove non ha mai resistito più di un secondo una qualunque politica di programmazione della spesa, per settoriale che fosse.

Certamente i mezzi che sono stati adoperati fino ad ora non costituiscono gli strumenti giusti per controllare l'attività degli operatori e soprattutto dei medici. Voglio terminare con questa considerazione: anche se la categoria medica sul terreno della contrattazione mercantile può essere in qualche misura disponibile per una politica di riduzione della spesa e di contrattazione di quella futura, dei livelli di compenso, etc., lo è in gran parte perché conosce i limitati effetti che questo tipo di misure producono. L'esperienza dell'INAM è un rosario di fallimenti circa un controllo reale di tutti gli sfondamenti, di tutti i tetti che sono stati contrattati in questi anni.

Non è fuori del normale infatti, anzi credo sia il test più importante, che il dissenso aperto dei medici nei confronti della riforma sanitaria si manifesti su un altro terreno, quello del rifiuto di un nuovo sapere medico che alimenti una nuova prassi medica. Basta vedere la reazione della FNOO MM alla proposta di Piano sanitario triennale per rendersene conto. Allora è su questo terreno che va cercato il controllo, altrimenti avremo perso un'altra occasione storica e con i tempi che corrono, specialmente nel nostro Paese, sarebbe un reato sociale assai grave.

Prof. GIUSEPPE ALVARO (*): Problemi sollevati dalla spesa sanitaria

Nel corso del tempo la spesa sanitaria in Italia è notevolmente cresciuta. Al netto delle indennità economiche e degli interventi in conto capitale, essa è passata dai circa 200 miliardi di lire del 1952 agli oltre 10 mila miliardi del 1977. Espressa a prezzi costanti attraverso l'indice dei prezzi al consumo del 1970, la spesa sanitaria nel periodo 1952-70 si è decuplicata portandosi dagli iniziali 350 miliardi a 3750 miliardi nel 1977.

Nello stesso periodo, il reddito nazionale, espresso a prezzi costanti, si è poco più che triplicato. Quindi, la quota della spesa sanitaria sul reddito nazionale è sensibilmente aumentata nel tempo, passando dal 2 per cento del 1952 al 6 per cento circa degli ultimi anni.

Il rapporto spesa sanitaria-prodotto interno sembra essere elevato se confrontato con quello degli altri Paesi europei, giacché risulta dello stesso ordine di grandezza di quello della Germania e della Danimarca ed è mediamente superiore del 20-25 per cento a quello degli altri Paesi.

Sul significato di questo parametro sembra opportuno una precisazione. Dalla constatazione che Italia e Germania, per esempio, presentano un rapporto spesa sanitaria-prodotto interno all'incirca eguale, non bisogna dedurre che nei due Paesi si registra un consumo pro-capite di servizi sanitari della stessa entità. Perché, essendo il reddito pro-capite in Germania più del doppio di quello italiano risulta che, a parità del rapporto spesa sanitaria-reddito, la spesa pro-capite per la sanità è, in Germania, superiore al doppio di quella italiana.

(*) Docente di statistica economica presso la Facoltà di scienze statistiche, demografiche ed attuariali dell'Università di Roma.

Ciò porta ad una conclusione: rispetto ai Paesi più ricchi dell'Europa, il nostro sistema presenta una spesa sanitaria pro-capite mediamente inferiore. Ma, per le particolari condizioni di crisi in cui si sta sempre più avvitando il nostro sistema economico, non solo non vi è alcuna disponibilità di risorse per un ulteriore allargamento di tale spesa, ma addirittura bisogna affrontare e superare notevoli difficoltà per il finanziamento dell'attuale ammontare.

Ed è questa immediata conclusione che assegna al problema della spesa sanitaria una dimensione politica di importanza pari a quella economica: occorre definire e realizzare interventi nel settore volti a contenere le spese e a realizzare una maggiore produttività nella prestazione dei servizi. E' una strada questa che, indipendentemente da pur valide motivazioni specifiche, si è costretti a percorrere perché la prospettiva di modesti tassi di crescita del nostro sistema economico non permette, non può tollerare gli sprechi e le inefficienze del passato.

La sfida è stata dal piano sanitario nazionale accettata. Le indicazioni del piano si muovono in tale direzione. I problemi su cui intendo qui soffermarmi non riguardano pertanto gli aspetti formali del piano ma le probabilità che si hanno per una sua pratica attuazione.

Personalmente ritengo che tali probabilità oggi appaiono scarse. Mi sia permesso di ricordare che in Italia abbiamo avuto un'altra esperienza di programmazione negli anni 1965-70. Anche in quella occasione è stato formulato ed approvato per legge un piano economico che non ha trovato mai attuazione. La causa prima dell'insuccesso è, a mio parere, da ricercare nel fatto che il piano era stato formulato senza la partecipazione e responsabilizzazione dei vari centri decisionali e della varie istanze sociali e sindacali alla definizione degli obiettivi; inoltre, esso era privo della strumentazione necessaria per rendere credibili gli interventi che l'operatore pubblico avrebbe dovuto effettuare. In sostanza, quindi, si trattava di un esercizio politico-culturale che esauriva la sua efficacia nella sola descrizione dell'andamento delle variabili oggetto di studio. Ed un processo di programmazione non si realizza attraverso la semplice elaborazione di documenti e progetti, in cui gli aspetti operativi vengono limitati alla meccanica e rituale elencazione degli obiettivi o alla illustrazione, anche se dottamente aggettivata, di auspici, circa il comportamento dei vari operatori economici e sociali. Esso, soprattutto quando si prefigge di realizzare significativi mutamenti dei modelli comportamentali dei vari operatori

economici e sociali, abbisogna di efficaci strumenti d'intervento, altrimenti è giocoforza che venga sistematicamente ignorato dalle varie istanze e nelle varie fasi decisionali, ad iniziare dallo stesso governo.

A me sembra che anche l'attuale piano sanitario nazionale sia privo di un'adeguata strumentazione attuativa. Per cui elevato è il rischio che la sua corretta e coerente impostazione formale non si trasformerà mai in un efficiente ed efficace servizio sanitario nazionale.

La necessità di un'appropriata strumentazione emerge dalla circostanza che in Italia la spesa sanitaria è stata erogata nel corso del tempo in termini tali da far generare e consolidare squilibri fra le varie forme di prestazioni e fra le varie regioni tanto profondi da condizionare pesantemente ogni attuale decisione d'intervento.

In questa prospettiva, desidero qui analizzare due questioni: il ruolo del medico nel sistema sanitario e la spesa ospedaliera. Si tratta di due problemi di estrema importanza e delicatezza; il primo, per l'ovvia considerazione che senza la partecipazione del medico nessun sistema sanitario potrà mai funzionare; il secondo, perché ormai la spesa ospedaliera assorbe poco meno del 50% della spesa sanitaria.

Sono problemi che ho sollevato in altre occasioni ed in particolare in un convegno organizzato dal CISI, ai quali, a me sembra, non sia stata data una convincente risposta. Li sollevo in questa sede per apprendere come negli altri Paesi sono stati affrontati e risolti.

Non v'è dubbio che il veicolo per mezzo del quale si sostanzia e si qualifica la domanda sanitaria della collettività è costituito dal medico. Si è quindi osservato: intervenendo sul medico si può « pilotare » tale domanda in modo da razionalizzarla e adeguarla alla disponibilità di risorse del Paese. Gli interventi proposti sono stati di duplice natura: qualitativa, per realizzare una maggiore professionalità del personale medico e paramedico; quantitativa, per determinare una più rispondente forma di remunerazione.

Sul ruolo che il personale medico può e deve esercitare nella determinazione del livello e della qualità della spesa sanitaria non ci si dovrebbe mai stancare di effettuare un lavoro di approfondimento, per evitare che vengano riproposte le zone di ambiguità e di incertezza del passato e per ottenere che dalle strutture sanitarie, attraverso un'efficace gestione economico-sanitaria, si abbia un qualificato prodotto sanitario.

Finora, l'evoluzione della spesa delle prestazioni medico-generica, farmaceutica e specialistica è stata analizzata facendo ricorso ad alcune variabili esplicative. Tra queste, tre sembrano aver avuto il maggiore consenso: l'alto numero di medici per abitante, l'elevato numero di specialità medicinali e il sistema di remunerazione del medico.

La concatenazione delle tre variabili che appare da tali analisi sembra essere la seguente. Mano a mano che il numero dei medici per abitante andava nel tempo aumentando si accentuava la concorrenzialità tra gli stessi medici. Ciò determinava una maggiore accondiscendenza del medico nei confronti dell'assistito, che si esprimeva in un maggiore numero di visite. A questo numero, d'altra parte, il medico era costretto a ricorrere perché il prevalente sistema di remunerazione « a notula » permetteva di determinare il reddito del medico sulla base della quantità delle visite effettuate. Connesso all'aumento delle visite era l'incremento della spesa per le prestazioni farmaceutiche e per quelle di secondo livello. Di qui la conclusione che l'offerta, costituita dall'alto numero dei medici per abitante, stimolava e amplificava la domanda e quindi la spesa sanitaria.

Di qui, anche l'altra conclusione: per ovviare ad inconvenienti di siffatta natura occorre modificare il sistema di remunerazione del medico. La qual cosa è avvenuta di recente: dal sistema « a notula » si è passati alla « quota capitaria ».

Mi sia consentito di introdurre qualche elemento di riflessione su tale favorevole aspettativa. In mancanza di un sostanziale coordinamento e controllo costi-benefici nonché di una adeguata responsabilizzazione dei singoli soggetti del sistema sanitario, non appare automatico che la semplice modifica del sistema di remunerazione del medico possa produrre significativi risparmi nella spesa unitamente ad un miglioramento qualitativo del servizio sanitario. Al momento un solo vantaggio sembra certo: la remunerazione « a quota capitaria » permette di ottenere previsioni abbastanza attendibili della spesa relativa alle prestazioni medico-generiche. Il resto è tutto da accertare. Si considerino per esempio le implicazioni derivanti dal fatto che oggi, con tale sistema di remunerazione, si è ritenuto di poter determinare per il medico un reddito « adeguato » attraverso una quota capitaria che, al netto delle trattenute varie e delle spese che il medico deve sopportare per la prestazione del servizio, appare modesta ed un massimale, fissato in 1500 unità, che sembra elevato. E, perché elevato, non può non continuare a riprodurre nel tempo la dequalificazione del servizio medico osservata nel passato e a condurre, come nel passato, ad

una accentuazione dell'accondiscendenza del medico nei confronti dell'assistito, per timore di perdere la remunerazione connessa alla quota capitaria.

Unitamente alla dequalificazione, l'elevato massimale riduce le prospettive di inserimento e di lavoro dei nuovi medici e, quindi, introduce nel sistema sanitario un permanente motivo di crescente tensione, dato l'alto numero di medici e di iscritti in medicina esistente nel nostro Paese. Forse, e il suggerimento vuole essere un motivo di approfondimento, la riduzione del massimale e l'introduzione di una quota capitaria più rispondente al valore del servizio e maggiormente differenziata per tener conto degli anni di attività del medico avrebbero potuto modificare in termini non significativi l'attuale livello di spesa per la medico-generica. In questa prospettiva si sarebbero potuti allentare i motivi di tensione derivanti dalla diversa utilizzazione del personale medico e nel contempo rendere meno frettolose, più attente, più partecipate le prestazioni del medico. La qual cosa probabilmente avrebbe consentito un contenimento del ricorso alle prestazioni di secondo livello: certamente avrebbe contribuito a rendere più qualificata la spesa sanitaria.

Non appare realistico ipotizzare un salto di qualità nelle prestazioni di base come quelle previste dal piano nazionale, in presenza di un sistema di remunerazione e di un massimale che stimolano il comportamento del medico a muoversi in direzione opposta. E' una incoerenza, una contraddizione in termini che va eliminata se si vogliono raggiungere risultati di rilievo nell'auspicato e non più rinviabile processo di qualificazione delle prestazioni medico-generiche.

Si è del parere che per realizzare la nascita e lo sviluppo della figura del « medico di famiglia » occorra come prima condizione mantenere in limiti non elevati il numero degli assistiti a carico del medico. Soltanto in questa prospettiva si può sperare di umanizzare il rapporto medico-assistito e di modificare, quindi, il modello fin qui adottato nelle prestazioni sanitarie, volto a privilegiare la malattia e a trascurare le dimensioni umana e sociale del paziente. Modificazione che si rende, d'altra parte, necessaria perché sta divenendo sempre più esplicita la consapevolezza che la malattia non è causata da un evento specifico, ma da un interagente complesso numero di variabili. Quanto dire: è una modificazione che si rende necessaria perché in sintonia con l'evoluzione del pensiero scientifico che, nel passaggio dalla malattia ad eziologia specifica alla malattia ad eziologia

polifattoriale, trova la sua attuale espressione ed il suo nuovo contenuto operativo.

Un altro punto val la pena precisare. A me sembra che le varie analisi sulla spesa sanitaria assegnino al medico la responsabilità prevalente nella determinazione della spesa stessa, in quanto presuppongono che il medico abbia avuto e tuttora abbia un ruolo centrale, decisionale nel sistema. Ritengo che nel passato non sia stato e ancor oggi non sia così. Nel nostro Paese la crescita del sistema sanitario è avvenuta deresponsabilizzando sempre più il medico, giacché essa ha avuto come fondamentale e prevalente punto di riferimento il riconoscimento del diritto all'assistenza del mutuato, non del cittadino. Tutto ha ruotato, tutto è stato finalizzato a questo obiettivo. In tale contesto, era fatale che ogni operatore sanitario si trasformasse e divenisse un semplice elemento di intermediazione. Per cui, nel sistema è venuto a mancare un centro di decisione ben definito, ed individuabile. Non solo, ma quanto più nella sfera dei fenomeni economici si accentuavano i motivi della crisi, tanto più le tensioni venivano mediate attraverso l'allargamento delle prestazioni sociali che, nel riconoscimento del diritto all'assistenza sanitaria, trovava il suo elemento di maggiore qualificazione e di maggiore rilevanza politica e sindacale.

Il fatto che il medico abbia strumentalizzato tale più o meno comoda posizione di intermediario nella produzione del servizio sanitario, che non si sia preoccupato di produrre una educazione sanitaria nell'assistito per timore di non poter trarre il massimo reddito dalla sua posizione, lo coinvolge e lo corresponsabilizza più degli altri soggetti nella determinazione della crisi del sistema, data la delicatezza della sua funzione. Ma ciò su cui qui si vuole richiamare l'attenzione è che il sistema essendo stato costruito in forma asimmetrica non aveva in sé i necessari correttivi per poter essere ricondotto in equilibrio, mentre conteneva tutti gli elementi per la degenerazione della sua crescita. Conteneva, cioè, tutti gli elementi in base ai quali diveniva conseguenziale, quasi naturale che nel tempo si allentasse ogni legame fra diritto e dovere, fra benefici e costi da parte di tutti i soggetti del sistema, al punto da farlo trasformare in una struttura la cui erogazione di servizi fosse effettuata da tutti gli operatori e da tutti gli enti a « piè di lista ». Era questa intima contraddizione che doveva condurre il sistema sempre più lontano da ogni forma di equilibrio. Da una parte, infatti, si diffondeva la sensazione, fino a divenire « logica oggettiva », che il sistema potesse soddisfare una domanda illimitata di servizi sanitari attraverso un'offerta a prezzo zero; dall'altra, la produzione veniva

realizzata a costi crescenti per le forti inefficienze e i rilevanti sprechi che si andavano manifestando nel settore.

Tale intima contraddizione sembra sussistere anche nell'attuale testo di riforma sanitaria. Basti, a solo titolo di esempio, ricordare l'art. 25 il quale recita che « il rapporto fiduciario può cessare ogni momento a richiesta dell'assistito o del medico; in quest'ultimo caso la richiesta deve essere motivata ». Perché solo il medico e non anche l'assistito deve motivare la cessazione del rapporto fiduciario?

Riconoscendo e perdurando tale istituzionale debolezza è quasi naturale che il comportamento del medico divenga più o meno arrendevole nei confronti dell'assistito non foss'altro per evitare fastidi « burocratici » e, aspetto non trascurabile, per non perdere il reddito derivante dalle « quote capitarie » dei componenti la famiglia dell'assistito. Se così è, anche la costruzione del sistema sanitario nazionale prevista dalla legge di riforma rischia di essere asimmetrica. In questa prospettiva, è evidente, non possono non affiorare gli interrogativi, i problemi posti in sede di analisi della spesa effettuata, nel passato. Alla luce di tale esperienza si può affermare che, ove si realizzasse un sistema sanitario asimmetrico per quanto attiene diritti e doveri dei vari soggetti operativi e decisionali, tenue sarebbe la speranza di poter assicurare al nostro Paese, in un futuro più o meno prossimo, un servizio sanitario efficace.

Questi aspetti, questi problemi meritavano un maggior approfondimento. Sono convinto che, soltanto creando condizioni volte ad umanizzare il rapporto medico-ammalato non solo si procede verso una intensa qualificazione delle prestazioni di base, ma ci si incammina anche verso il contenimento del ricorso alle prestazioni di livello superiore. In particolare del ricorso al ricovero ospedaliero e, quindi, della spesa ospedaliera che, in questi ultimi anni, ha registrato ritmi di espansione molto elevati. E qui vengo come detto all'inizio del mio intervento, alla seconda questione su cui intendo soffermarmi: la spesa ospedaliera. La determinazione delle cause dell'aumento di tale spesa è dagli studiosi effettuata utilizzando l'uguaglianza fra la spesa ospedaliera ed i fattori che si ritiene possano averla determinata. In genere tale spesa viene posta uguale al prodotto del numero degli abitanti, per la frequenza dei ricoveri o tasso di ospedalizzazione (degenti per 1000 abitanti), per la durata delle degenze (giornate di degenza per degenti), per il costo di una giornata di degenza. L'analisi di questi fattori fa emergere un costante, contenuto aumento della popolazione, passata dai 47,6 milioni di abitanti del 1952 ai 56,4 milioni del 1977.

La frequenza dei ricoveri si è quasi quadruplicata, passando dagli iniziali 40 ricoveri per 1000 abitanti ad oltre 155 nel 1977. La durata di degenza ha mostrato una tendenza alla diminuzione, attestandosi in questi ultimi anni intorno alle 15 giornate di degenza per degenti, mentre accentuato è risultato il costo per giornata di degenza, soprattutto a partire dal 1968: le 8 mila giornaliere del 1968 si raddoppiano nel 1972, per raddoppiarsi ancora tre anni dopo, portandosi a 32 mila lire nel 1975, per raggiungere le 45 mila lire circa nel 1977.

In conclusione i fattori che sembrano avere significativamente influenzato la forte crescita della spesa ospedaliera sono il tasso di ospedalizzazione e il costo per la giornata di degenza.

Per quanto riguarda il costo, si ha che il suo aumento è determinato da più variabili: numero degli addetti per giornata di degenza, retribuzione per addetto, altre spese correnti. Dell'incremento della spesa ospedaliera registrata nell'ultimo decennio si stima che la spesa connessa all'aumento del personale ospedaliero abbia assorbito oltre un terzo e, poco meno del 30 per cento, la retribuzione per addetto. La quota più alta è stata assorbita dalle altre spese correnti: intorno al 40 per cento.

Nelle altre spese correnti, un particolare rilievo assume il costo connesso agli interessi bancari pagati dagli ospedali.

Da un'indagine Fiaro emerge che, sul costo di una giornata di degenza, gli interessi bancari incidono nel 1974 per un ammontare pari al doppio costo per vitto, ed erano di poco inferiori ad costo dei medicinali (1).

Dunque, l'aumento del costo per giornata di degenza registrato nel passato è solo in minima parte spiegato dall'aumento della retribuzione media per addetto; nella parte più rilevante è invece determinato da alcune variabili esogene al sistema, quali gli interessi bancari, e da variabili quantitative, quale la spesa connessa all'aumento del personale.

Quest'ultimo aumento trova una sua principale motivazione nel sensibile incremento dei posti letto per 1000 abitanti degli ospedali pubblici ordinari, i quali, pari a 3,2 nel 1952, sono passati a 8,7 nel 1977. Se si

(1) Fiaro, Ospedali d'Italia, Novembre 1975, n. 11.

tiene conto degli ospedali privati, i posti letto salgono a 10,2 per 1000 abitanti (2).

Tali valori permettono di dedurre che nel tempo si è realizzato una rete ospedaliera che, per il complesso del paese, assicura la stessa disponibilità che si riscontra nella Germania Federale e risulta sensibilmente superiore a quella degli altri Paesi europei.

L'aumento del numero dei posti letto per abitante ha costituito un obiettivo che le varie istanze politiche e sociali hanno perseguito in tutto il decennio 1965-75, obiettivo originato dalla patologica carenza dei posti letto ereditata dal passato recente e meno recente. Nel primo piano economico nazionale 1966-70 era stato stimato un fabbisogno aggiuntivo di posti letto al 1979 pari a 207 mila, di cui il 70 per cento da destinare al Mezzogiorno (3). Nel successivo documento programmatico 1971-75, elaborato sempre dal Ministero del Bilancio e della Programmazione Economica, veniva ancora valutato in 272 mila il « fabbisogno aggiuntivo di posti letto al 1980, tenuto conto della quota mancante e della necessità di sostituire nel corso del decennio il 30 per cento dei posti letto esistenti » (4).

L'aumento dei posti letto per abitante, da realizzare in un contesto coordinato di interventi, era dunque da considerare un fatto in sé positivo, giacché permetteva al Paese di incamminarsi, anche se con ritardo rispetto alla crescita economica, sulla strada dello sviluppo sociale.

Ma, la mancanza di un sia pur minimo cenno di programmazione degli interventi, di un coordinamento fra la rete ospedaliera e un'efficace dotazione ambulatoriale e poliambulatoriale, che fungesse da filtro fra le prestazioni di base e l'assistenza ospedaliera, ha condotto, da una parte, alla costruzione di un numero di posti letto per abitante che, pur in presenza di pesanti squilibri territoriali, è superiore alla media europea per il paese nel suo complesso, e, dall'altra, ha finito per identificare totalmente

(2) I posti letto per 1000 abitanti sono stati calcolati utilizzando il numero dei posti letto pubblici e privati riportati nel XII Rapporto/1978 predisposto del CENSIS (pag. 306) e la popolazione residente in Italia al 31 dicembre 1977 pubblicata sul Supplemento al Bollettino Mensile di Statistica ISTAT anno 1978, n. 11.

(3) Ministero del Bilancio e della Programmazione Economica, *La programmazione economica in Italia*, Vol. IV, pag. 108.

(4) Ministero del Bilancio e della Programmazione Economica, *Le azioni programmatiche*, Documento Programmatico Preliminare, Parte seconda, pag. 74.

le quantità prodotte dal servizio sanitario con l'ammontare delle risorse monetarie erogate.

L'elevato rapporto di posti letto per abitante portava, inoltre, ad una sottoutilizzazione degli impianti. Il tasso di occupazione dei posti letto degli ospedali pubblici, dopo avere superato il 79 per cento nel periodo 1965-69, ancora lontano da quello ottimale, inizia la sua tendenza alla diminuzione, portandosi al 75 per cento nel 1975, al 74 per cento nel 1976 al 71 per cento nel 1977. Ad un valore cioè uguale a quello degli ultimi anni '50.

A questo punto ci sono tutti gli elementi per far emergere in termini chiari la contraddizione nella quale si è venuto a trovare il nostro sistema ospedaliero. L'aumento dei posti letto per abitante, generando un sensibile aumento del numero dei dipendenti, determinava una sensibile lievitazione delle spese per il personale. Spese che, unitamente a quelle generali, finivano col superare i tre quarti del costo dell'attività ospedaliera, diventando un costo fisso, un costo, cioè, che l'ospedale doveva comunque sopportare indipendentemente dall'entità delle sue prestazioni.

Di conseguenza, per ottenere nel passato una riduzione del costo per giornata di degenza occorreva o diminuire le spese, ed in particolare quelle connesse all'aumento del personale, o aumentare le giornate di degenza. Ma, la riduzione delle spese del personale, comportando soprattutto un contenimento della crescita del personale, si poneva in termini conflittuali con l'obiettivo dell'aumento del numero dei posti letto perseguito dalle istanze politiche e sociali, per cui non risultava facilmente praticabile. Quindi, la diminuzione del costo per giornata di degenza, poteva essere realizzata agendo in massima parte sul denominatore, cioè, facendo aumentare le giornate di degenza. La qual cosa poteva a sua volta essere ottenuta attraverso un aumento delle giornate di degenza per degente e/o un aumento del tasso di ospedalizzazione. Quanto dire attraverso un decremento della produttività della stessa struttura ospedaliera nel primo caso, e un aumento, nel secondo caso, del ricorso alle prestazioni di livello superiore. Ricorso che per altra via si affermava e si afferma di voler ridurre, avendo raggiunto livelli sensibilmente superiori a quelli degli altri paesi europei: 155 ricoveri per 1000 abitanti nel 1977, contro i 91 della Francia e i 115 della Gran Bretagna (5).

(5) *XII Rapporto/1978 sulla situazione sociale del Paese*, Roma 1978.

La tendenza all'aumento del tasso di ospedalizzazione, più che triplicato negli ultimi 20 anni, è stato dagli studiosi interpretato in vari modi. Da una parte, vi è chi, riscontrando una stretta correlazione tra disponibilità di posti letto e ricoveri, ha sostenuto che nel settore ospedaliero è stata l'offerta a determinare la domanda. Dall'altra, vi è chi ha individuato la causa del fenomeno nella facilità con cui il medico procedeva alla prescrizione del ricovero ospedaliero e nel contestuale allentamento di ogni forma di controllo e di filtro alle prestazioni di livello superiore.

Non è facile motivare e graduare una preferenza tra queste interpretazioni. Qui si vuole avanzare qualche osservazione, qualche motivo di ulteriore riflessione. Nella sequenza logica e cronologica degli elementi che vengono considerati come causa ed effetto nella spiegazione del fenomeno dell'aumento del tasso di ospedalizzazione, occorre tenere presente che la maggiore disponibilità dei posti letto è successiva rispetto al momento della decisione della destinazione delle risorse alla loro realizzazione. E le varie decisioni per incrementare la disponibilità di posti letto, come già rilevato, sono maturate e sono state nel corso del tempo assunte a seguito delle aspettative e della domanda che la collettività direttamente o indirettamente esprimeva per il tramite delle forze politiche e sindacali. La costruzione degli ospedali, anche se effettuata al di fuori di un controllo coordinato di interventi, permetteva da un lato, di colmare nel Paese carenze di dotazione infrastrutturale che sul piano politico e sindacale erano motivi di delicate tensioni e, dall'altro, di andare incontro alle aspettative e alla domanda della collettività che quelle tensioni avevano in precedenza generato ed alimentato.

Una volta realizzato, l'elevato numero dei posti letto, avrà certamente giocato un ruolo, e non secondario, nelle decisioni di ospedalizzazione degli assistiti. Ma non si può ammettere che la maggiore disponibilità dei posti letto determini un automatico aumento del tasso di ospedalizzazione. Dai dati degli ultimi anni, infatti, sembra emergere che, all'aumento della disponibilità di posti letto, faccia riscontro una flessione del tasso di ospedalizzazione. E ciò, in presenza dell'accentuato allentamento di ogni forma di filtro e di controllo al ricorso delle prestazioni ospedaliere che in questo stesso periodo si è registrato.

Tale tendenza trova, forse, la principale giustificazione nel fatto che la inefficienza e la inefficacia manifestate dal sistema ospedaliero hanno determinato una diffusa sensazione di diffidenza che si contrappone al

senso di sicurezza che il sistema ieri generava nel paziente e che era alla base della crescente domanda della collettività.

Il cerchio così si chiude: le aspettative e la domanda della collettività hanno nel passato stimolato l'aumento dei posti letto; tale aumento, realizzato al di fuori di un disegno di politica sanitaria ha generato un sistema inefficiente e inefficace che, a sua volta, ha prodotto un rallentamento della domanda di ricoveri della collettività, come la flessione dei tassi di utilizzazione delle stesse infrastrutture ospedaliere dimostra.

A questo punto appare chiaro che il sistema è avvitato in se stesso. Come appare anche chiaro che le attuali strutture, piene di squilibri e di inefficienze, limitano notevolmente i gradi di libertà nella ripartizione delle risorse fra le varie funzioni sanitarie.

E' stato di recente osservato che per determinare, anche nel breve periodo, una riduzione della spesa ospedaliera occorre introdurre un filtro fra la medicina di base e il ricovero ospedaliero. Vengono suggeriti, a tal proposito, rimedi di varia natura. Dalla standardizzazione e dal riconoscimento degli accertamenti clinici effettuati all'esterno dell'ospedale, il che dovrebbe permettere una riduzione tra il 20 e il 30 per cento della durata della degenza, si passa alla proposta di procedere alla costruzione di una efficace rete poliambulatoriale, la cui attività dovrebbe essere raccordata con quella ospedaliera. Ciò permetterebbe di effettuare, da una parte, una adeguata selezione nella domanda di ricovero e, dall'altra, le necessarie prestazioni al di fuori della stessa struttura ospedaliera una volta che, passata la fase acuta dell'intervento, i pazienti vengano dimessi dall'ospedale.

Si tratta di suggerimenti che si muovono nella direzione giusta, nella direzione della riforma sanitaria. La loro attuazione, però, solleva grossi problemi giacché per evitare duplicazioni di spese, occorre procedere alla costruzione della rete poliambulatoriale contestualmente alla riconversione dei presidi ospedalieri che risultano in eccedenza rispetto alla loro possibilità di utilizzazione.

A parte i problemi relativi alla determinazione delle risorse occorrenti per la loro riconversione, sorge subito una domanda che nasce a livello di enti locali e presenta una netta dimensione politica: quali presidi riconvertire?

Se poi il problema si esamina a livello interregionale, è evidente che il riequilibrio territoriale previsto dalla riforma può e deve essere ottenuto

procedendo alla costruzione di nuovi posti letto nelle regioni deficitarie contestualmente alla riconversione delle unità ospedaliere nelle regioni in cui il parametro-posti letto per abitante è superiore alla media nazionale e alle proprie possibilità di utilizzazione. Di qui l'immediata domanda: cosa fare per evitare gli sprechi, le disfunzioni degli interventi, o, detto altrimenti, per massimizzare l'impiego delle risorse in termini infraregionali e interregionali? Più esplicitamente: quali strumenti d'intervento prevede il piano sanitario nazionale e quali garanzie offre che, nel prossimo futuro, nelle regioni superdotate venga ridotto il numero dei posti letto non adeguatamente utilizzati?

Interrogativi di siffatta natura nel piano non trovano alcuna risposta operativa. Ed è la mancanza della appropriata strumentazione che, sulla base della esperienza di programmazione del passato, induce a ritenere che gli auspici del piano hanno alte probabilità di rimanere tali nel prossimo futuro. E, ove ciò avvenisse, avremmo nel futuro gli stessi problemi del passato e del presente; avremmo, cioè, gli attuali sprechi nella spesa sanitaria e continueremmo a registrare, accanto alla mobilità dal Sud al Nord, generata dalla ricerca di un posto di lavoro, la mobilità connessa alla ricerca del servizio sanitario.

A mio parere, per poter, nel necessario e non più rinviabile processo di riqualificazione della spesa, raggiungere gli obiettivi fondamentali della riforma, occorre ed occorre definire in termini puntuali vincoli, costi e benefici per ciascun soggetto: da quello decisionale politico a quello medico e paramedico, all'utente del servizio sanitario. E tali termini devono avere un preciso riscontro nelle possibilità di erogazione e utilizzazione delle risorse. Non sembra esistere altra strada, se si vuole realizzare in tempi brevi una riqualificazione della spesa accompagnata ad un suo contenimento.

Solo per tale via, mi sia permesso di ripeterlo anche in questa sede, è possibile analizzare, comprendere ed affrontare meglio i termini del problema intorno al quale ruota la vita e la crescita di una società moderna. Problema che ritengo sia quello di conciliare la sfera dei processi economici, nei suoi multiformi aspetti della produzione, della distribuzione e impieghi delle risorse, con la sfera dei processi sociali. L'equilibrio e la compenetrazione fra tali processi si possono realizzare solo se le due realtà, la economica e la sociale, esistono e fra loro si potenziano, interagendo. Ma

se una delle due la si fa deperire, anche l'altra tenderà a deperire. Ottenendosi così, per il singolo e per la collettività, condizioni di vita sempre più degradate (6).

Dott. FRANCO TAVAZZA (*): La definizione di schemi organizzativi dei servizi sanitari come strumento per la qualificazione dei livelli assistenziali ed il contenimento della spesa sanitaria

Le relazioni di questa sessione hanno illustrato quale contributo può essere dato al problema del contenimento della spesa sanitaria da meccanismi di carattere finanziario.

Dai contenuti delle stesse relazioni appare evidente come l'efficacia di tali meccanismi sia legata alla disponibilità di elementi di costo in ordine agli interventi che si rendono possibili per conseguire gli obiettivi prefissati.

La determinazione di elementi di costo attraverso serie storiche presenta, come noto, due limiti nell'attuale situazione del sistema sanitario del nostro Paese: da una parte la nota carenza di informazioni analitiche, dall'altra il momento di transizione del sistema che richiede un ripensamento dell'assetto di molti interventi alla luce dei nuovi indirizzi politici e tecnico-sanitari.

Su queste considerazioni si fonda il convincimento della necessità di un filone di ricerca orientato alla definizione di schemi organizzativi di servizi o programmi, da porre a base della determinazione dei costi effettivi dei diversi interventi assistenziali proponibili.

In questo modo la manovra finanziaria, nazionale e soprattutto regionale, può legare strumenti a obiettivi e saldare il contenimento della spesa alla conoscenza degli effettivi livelli assistenziali assicurati. Questi stessi schemi possono inoltre fornire la base per un controllo di tipo sostanziale sulle modalità di utilizzo delle risorse.

La disponibilità di schemi organizzativi di riferimento viene così ad essere strumento di un processo programmatico di tipo dinamico, volto a superare progressivamente e per passi concreti le disomogeneità che caratterizzano l'attuale sistema sanitario italiano.

(6) *Problemi strutturali dell'economia italiana*, Ispe Quaderni, n. 10, ISPE, Roma, settembre 1978.

(*) Sistema Automatico Governo Organizzazione Sanitaria (S.A.G.O.).

Tali disomogeneità sono, come noto, individuabili non solo a livello interzonale, ma anche a livello di presidi e servizi che svolgono funzioni analoghe. Recenti indagini effettuate nell'ambito di ricerche in corso di svolgimento da parte della SAGO hanno evidenziato situazioni di questo tipo:

— l'esistenza di oscillazioni da 1/1 a 1/3 nel rapporto tra personale medico ed infermieristico nei servizi di pronto soccorso degli ospedali provinciali di una grande Regione dell'Italia Settentrionale;

— l'esistenza per questi stessi servizi e nella medesima Regione di una variazione nella superficie totale disponibile da mq. 128 a 1.165 per gli ospedali regionali, da mq. 107 a 846 per quelli provinciali e da mq. 41 a 260 per quelli zonali;

— la disomogeneità della dotazione delle attrezzature ritenute fondamentali per i servizi di pronto soccorso con situazioni diffuse di carenza negli ospedali medio-piccoli e di eccesso non giustificato dalle funzioni espletate in ospedali di grandi dimensioni;

— l'esistenza - riscontrata in un'altra indagine relativa ai servizi di radiodiagnostica condotta su un campione di ospedali provinciali di una Regione dell'Italia Centrale - delle seguenti oscillazioni: per il rapporto tecnico per medico, da 1,6 a 4,8; per il rapporto sale diagnostiche per medico, da 0,6 a 1,7; per il rapporto posti letto per sala diagnostica da 89 a 176.

Nei confronti di queste situazioni, per altro note da tempo e che le indagini citate hanno quantificato nel contesto del più ampio obiettivo di una elaborazione di schemi organizzativi di riferimento, appare evidente la necessità di disporre di strumenti capaci di stimolare un processo culturale di revisione senza il quale la manovra finanziaria, isolatamente considerata, sembra destinata al conseguimento di risultati parziali.

La costruzione di schemi organizzativi di riferimento che rispondano alla funzione indicata dovrebbe ispirarsi ai seguenti criteri principali:

1) Innanzitutto l'inquadramento negli obiettivi di politica assistenziale indicati dalla programmazione sanitaria regionale. In questa ottica, affinché lo schema di riferimento possa diventare strumento di un processo di programmazione dinamica come sopra inteso, è necessario che si innescino opportuni meccanismi retroattivi volti ad assicurare la congruenza tra obiettivi e risorse;

2) in secondo luogo ancorare il processo logico-deduttivo di razionalizzazione, proprio della costruzione di uno schema di riferimento, alla misura — attraverso approfondite indagini empiriche — delle fondamentali variabili che condizionano l'operatività del servizio o programma. Nel caso di un servizio acquista particolare rilievo una analisi critica della domanda che il servizio stesso è chiamato a soddisfare;

3) in terzo luogo esplicitare lo schema organizzativo di riferimento non solo attraverso le componenti che lo caratterizzano (personale, attrezzature, spazi, interrelazioni, modalità operative), ma soprattutto attraverso l'iter logico di costruzione dello schema stesso; in tal modo si forniscono strumenti operativi capaci di verificare la rispondenza degli aspetti funzionali con le variabili che condizionano l'assetto del servizio (o l'articolazione operativa del programma) e quindi assicurare, attraverso una periodica revisione, quella flessibilità che è condizione di efficacia di uno schema organizzativo.

Ricerche in questa direzione appaiono oggi ancora limitate nel nostro Paese e condotte sistematicamente soltanto a livello di alcune Regioni e per un numero del tutto limitato di servizi. L'augurio è che queste ricerche possano trovare un più ampio spazio al fine di assicurare un substrato culturale e strumenti operativi che diano alla manovra finanziaria ed alla programmazione un più compiuto sviluppo della loro potenzialità operativa.

On. VITTORINO CARRA (*): L'equilibrio nelle spese sanitarie regionali

Evidentemente il tema proposto all'attenzione dei convenuti « Politiche di contenimento e controllo della spesa sanitaria », deve dare per acquisita l'analisi delle condizioni in cui si è sviluppata e consolidata « storicamente » la spesa sanitaria ed anche degli squilibri interni al settore e tra le diverse aree territoriali che ne derivano.

Detta analisi va raccordata poi all'obiettivo primario di riequilibrare la tutela della salute sul territorio e la spesa tra i settori di intervento (prevenzione, cura e riabilitazione). Di modo che le politiche

(*) Componente del Comitato tecnico del Centro Studi del Ministero della Sanità.

di « contenimento » non possono essere individuate tanto per controllare la spesa nei settori e negli ambiti territoriali in cui essa sino ad ora si è sviluppata ma bensì, all'interno della disponibilità complessiva che le compatibilità economiche generali consentono, per distribuirla diversamente, per orientarne l'utilizzo e per controllarne l'impiego.

Le relazioni sino ad ora svolte si sono mosse secondo questa linea che dà motivazione alla trasformazione del sistema preesistente.

Il primo Piano sanitario nazionale 1980-1982, presentato dal Governo al Parlamento, ha già determinato l'ammontare complessivo del Fondo sanitario nazionale per detto triennio e, nel proporre il riparto tra le Regioni, fissa altresì la gradualità con cui debbono essere superati gli squilibri esistenti.

Si tenga presente che gli squilibri sono marcatissimi tra Regione e Regione (il Veneto ha il triplo di struttura ospedaliera per mille abitanti rispetto alla Basilicata, Roma consuma quasi il triplo di prestazioni specialistiche extra-ospedaliere rispetto alle province del Molise, il consumo di farmaci dei genovesi è quasi il doppio di quello dei pugliesi) e, infine, che detti squilibri sono di fatto tutti gestiti a carico di strutture pubbliche e parapubbliche (enti locali territoriali, enti ospedalieri ed enti mutualistici di assicurazione obbligatoria).

Tutto ciò premesso, a me sembra che la diversa distribuzione della spesa — contenuta nel suo complesso nella dimensione predeterminata del Fondo sanitario nazionale — sia praticabile, secondo gli obiettivi che la programmazione sanitaria propone, solo a condizione che si manifesti in concreto una diffusa solidarietà tra le diverse aree territoriali (regionali e sub-regionali) e tra i diversi gruppi sociali.

Le priorità individuate e l'impossibilità di uniformare la disponibilità di strutture, servizi e prestazioni ai livelli più alti comporta il blocco nell'espansione e, addirittura, la riduzione della disponibilità per determinate aree o per certi settori sociali.

Ecco infine la domanda che rivolgo indifferentemente ai relatori:

— ci sono esperienze nei vostri Paesi di azioni compiute sul sistema sanitario preesistente alle trasformazioni poste in atto, che abbiano ridimensionato le dotazioni di strutture, ridotto l'abitudine a consumi sanitari eccessivi?

— in che modo è stata sollecitata la corresponsabile partecipazione degli amministratori pubblici locali e degli utenti per ottenere dalle aree più dotate e dai gruppi sociali più serviti almeno un rallentamento nell'espansione dei propri consumi sanitari?

— quali risultati si sono ottenuti?

— la mobilità sul territorio del personale, conseguente alla redistribuzione equilibrata dei servizi, è stata favorita dalle organizzazioni sindacali?

Dott. GIUSEPPE VALLI (*): Il contributo dell'esperienza ospedaliera ai fini di una quantificazione della spesa per la riforma sanitaria globale

Lo scopo del presente intervento è soltanto quello di offrire dei sommi riferimenti di documentazione circa l'attività di studio e di ricerca sviluppata dalla FIARO nell'ultimo decennio, specie a partire dal 1970, anno in cui viene redatto un primo sistematico contributo di analisi e di prospettive della spesa ospedaliera nel quadro dei costi previsti per l'avvio immediato di un servizio sanitario generalizzato. Si può infatti dire che il problema di una corretta e congrua valutazione degli aspetti finanziari della riforma ormai varata dalla legge n. 833 del dicembre dello scorso anno accompagni, da sempre, il parallelo dibattito sui profili istituzionali, come del resto viene sottolineato anche dall'incontro odierno che pone in essere — accanto all'aspetto economico-finanziario — l'esame specifico di un'integrazione dei servizi socio-sanitari a livello di unità locali.

L'accento, però, è ovviamente qui sulle politiche di contenimento, razionalizzazione e controllo della spesa sanitaria pubblica in Europa, nel cui merito — per quanto riguarda l'Italia e, in un senso ancor più specifico, l'ambito degli ospedali — già si può dire inserito il XV Congresso degli amministratori ospedalieri italiani svoltosi a Roma nell'aprile del 1971, Congresso articolato su tematiche esplicite quali le « esperienze italiane e straniere sulla programmazione aziendale ospedaliera » o le « possibilità e condizioni per una maggiore efficienza e produttività dei servizi sanitari ospedalieri ». C'era poi un'altra relazione avente per tema

(*) Capo servizio ricerche della Federazione Italiana Associazioni regionali ospedaliere (FIARO).

« la quantificazione della spesa per la riforma globale con particolare riguardo al settore ospedaliero »: in pratica, cioè, il senso stesso di un contributo che oggi — per quanto difficile possa essere la corrente stagione di pressanti adempimenti attuativi — si qualifica nell'attualità stessa di una riforma in cammino.

Tutto ciò per dire che la necessità di contenere e razionalizzare la spesa in un contesto programmatico e di adeguate risorse è una domanda assai antica, una domanda che forse non ha avuto in passato soddisfacenti risposte e che si ripropone nell'attuale difficile momento con interrogativi oscillanti tra il minimo obiettivo di garantire inizialmente gli attuali livelli di prestazioni assistenziali e quello massimo di confrontarsi progressivamente con il grado di assistenza garantito a livello europeo. Gli interrogativi che ancora oggi si pongono sarebbero tuttavia più pesanti se, oltre alla perseguibile « armonizzazione » del Piano sanitario nazionale 1980-1982 con il disegno di legge finanziaria approvato dal Consiglio dei Ministri nella seduta del 29 settembre scorso, non si disponesse di una serie di dati non più dispersi ed organicamente rilevabili o confrontabili.

Fra questi dati si possono certamente inserire quelli resi disponibili dal Servizio Ricerche della FIARO che, via via affinando i propri metodi di trattamento analitico del fenomeno della degenza ospedaliera e della correlata situazione del personale in rapporto alla riforma sanitaria, si è impegnato a portare a termine — per conto del Ministero della Sanità — un primo nucleo di indagini di approccio alla complessa problematica di gestione e di controllo dell'assistenza. Al successivo XVI Congresso degli amministratori ospedalieri italiani svoltosi a Roma nel novembre 1975, comunque, detto Servizio si presentava con un'articolata « monografia » contenente i risultati di una ricerca effettuata sulla spesa ospedaliera nel biennio 1974-1975.

La stessa ricerca è stata poi replicata, con un medesimo impianto monografico ma con più attenta sottolineatura per quanto concerne la situazione del personale ospedaliero e dei suoi costi, in una più ampia pubblicazione apparsa nel 1977. La più aggiornata e definitiva sistemazione di questi dati sulla situazione del personale degli Enti ospedalieri risale però al giugno di quest'anno ed è contenuta in una ricerca effettuata dalla FIARO per conto del Ministero della Sanità.

I dati così raccolti sembrano soddisfare, anzitutto, la fondamentale esigenza di fornire indicazioni ed elementi di conoscenza assai utili al fine

di affrontare i problemi sollevati dalla riforma sanitaria sotto il profilo economico-finanziario: infatti, come istanza preliminare, erano soprattutto destinati a soddisfare un tipo di informativa innescata nell'immediato dalla comprensione — a livello nazionale — degli oneri derivanti da inevitabili appuntamenti di rinnovo contrattuale e di politica sindacale. Essi però, coinvolgendo direttamente nell'analisi un problema di costo del personale in rapporto al « dimensionamento » delle strutture dell'ospedale, avviano una problematica di gestione dei servizi che già in premessa si evidenzia come esame del profilo « regionale » ma che nella sostanza prefigura istanze ad esito istituzionale-organizzativo.

Tale è, ad esempio, la stessa istanza della programmazione esaminata a livello di articolazione dei servizi sul territorio o di pianificazione zonale. Nei metodi e nelle tecniche della programmazione, anche quando invero mere politiche di razionalizzazione della spesa, ci possono essere delle ripercussioni che vanno dall'ordine economico a quello organizzativo, dal finanziario all'istituzionale.

Quantificare la spesa potrebbe allora voler dire perfino chiarire e approfondire « comportamenti derivanti da determinati atteggiamenti psicologici ». Come si legge nella citata ricerca, « l'incidenza del costo del lavoro si presenta notevolmente differenziata fra Regione e Regione, senza alcun riferimento alla rispettiva allocazione geografica ».

In particolare può verificarsi che nei piccoli ospedali « le dotazioni organiche dei medici siano più elevate e, quindi, si rileva una maggiore presenza di unità, spesso accentuate dal basso tasso di occupazione »: ciò comporta, ovviamente, una notevole lievitazione dei costi rispetto alle medie dimensioni ospedaliere. Si controverte, tra l'altro, un andamento generale secondo cui l'incidenza del costo del lavoro cresce con il crescere della dimensione.

Si possono così avere, per i piccoli ospedali, « costi di gestione notevolmente elevati, che risulterebbero ulteriormente incrementati qualora si operasse nel senso di aumentarne l'efficienza organizzativa attraverso una maggiore dotazione di personale ». A prescindere dal fatto che dovrebbe essere sempre tenuta presente la norma secondo cui « la percentuale di occupazione dei posti letto cresce con il crescere della dimensione » non si deve dimenticare che « un ospedale — per essere funzionale e fornire tutte le indispensabili garanzie di presenza medica — non può scendere al di sotto di 400 letti ed in casi eccezionali di 300 »: senza contare che il

prevalente accentramento del personale qualificato nei grandi ospedali è da ritenere « per buona parte determinato da una scelta soggettiva del personale stesso » e, quindi, da considerarsi incontrovertibile specie in assenza di adeguati incentivi o correttivi.

In proposito due sono almeno gli indirizzi che potrebbero essere seguiti: « il primo consiste nell'istituzione di particolari incentivi economici per gli operatori che scelgono zone scarsamente desiderabili o disagiate; il secondo potrebbe essere rappresentato da una maggiore mobilità del personale collegata a precise norme di assegnazione delle rispettive sedi di servizio ». Ad ogni modo, anche a voler prescindere « dalla disomogenea distribuzione del personale qualificato nei vari ospedali, resta sempre da superare a monte lo scoglio della scarsa disponibilità numerica di alcune qualifiche. L'origine principale di detta carenza è da ricercare nella materiale difficoltà di frequentare le scuole ed i corsi di specializzazione, i quali sono sempre presenti soltanto negli ospedali di una certa importanza e di conseguenza in centri urbani di rilievo ».

Come si vede, è assai facile scivolare da considerazioni di ordine economico-finanziario in altre di pretta natura istituzionale-organizzativa. L'importante è che si sia passati dalle sempre possibili distorsioni del dibattito in tema di previsioni di spesa connesse con l'attuazione della riforma sanitaria alla valutazione di concrete soluzioni operative, come si può senz'altro considerare la formulazione di un Piano sanitario triennale.

Nella « bozza » di questo Piano, cioè nel testo comunemente noto, si parla di funzione ospedaliera nei termini di una « integrazione funzionale degli ospedali con il restante complesso dei servizi di base e specialistici » aggiungendo, molto giustamente, che detta integrazione « conferisce un diverso risalto al problema del dimensionamento ottimale degli ospedali ». Si fissa poi, nel triennio, l'obiettivo di ottenere « un miglior tasso di occupazione dei posti letto più prossimo al tasso ottimale dell'85 per cento anche attraverso fusioni, concentrazione o chiusura di piccoli ospedali ».

E' un'indicazione che si può senz'altro considerare « omogenea » rispetto ai risultati acquisiti con un decennio di indagini periodicamente e variamente promosse dalla FIARO, fino ai risultati dell'ultima ricerca dove esplicitamente si propone una destinazione esclusiva dei piccoli ospedali « per gli anziani e per i lungodegenti in genere, cioè per ricoverati che richiedono poca presenza medica, con l'ulteriore vantaggio di mantenere i ricoverati stessi in località relativamente vicine alla rispettiva residenza e facilitando così un più intenso contatto con i parenti ». Si osserva inoltre

che questo tipo di ricovero alternativo, di tipo extra-ospedaliero o di « filtro » al vero e proprio ricovero ospedaliero, quantunque richieda « un'istituto adeguatamente attrezzato », tale comunque da consentire « una sistemazione più confortevole », ciò nonostante « richiede un costo di circa la metà di quello sopportato in un ospedale generale, specialmente se trattasi di un complesso che supera gli 800 posti letto ».

Se alla capacità tecnica di quantificare la spesa sanitaria pubblica si aggiunge così la volontà politica di contenere sensibilmente il costo dei servizi di tutela della salute, assume particolare rilevanza il progetto-obiettivo che nel Piano sanitario si rivolge ai problemi di assistenza delle persone anziane. Da questo punto di vista la riforma sanitaria si può dire, a buon diritto, che si collochi tra una riforma ospedaliera che non si è mai compiuta nel suo « obiettivo » di contenimento della spesa e una riforma dell'assistenza ancora allo stadio di « progetto »: senza nulla togliere al rilevante carattere « medico » di una irrinunciabile lotta contro la mortalità infantile e all'evidente taglio « sindacale » di una vertenza che vuole soprattutto tutelata la salute negli ambienti di lavoro, il progetto-obiettivo riguardante le persone anziane è quello che ha un maggiore « spessore di riforma », buono per sperimentare la reale consistenza di qualsiasi politica di contenimento o addirittura riduzione della spesa non meno che capace di verificare l'effettiva efficacia degli orientamenti di integrazione dei servizi socio-sanitari realizzati a livello di unità locale.

Prof. Luigino BELLANI* e Prof. Adriano MANTOVANI: Razionalizzazione della spesa pubblica veterinaria**

1. Premessa

1.1. Il problema principale per chi deve discutere dei Servizi Veterinari, è costituito dalla disinformazione che sugli stessi spesso si riscontra a tutti i livelli: scopo della presente nota è di informare brevemente sui compiti dei Servizi Veterinari, sul perché sono stati attribuiti al Servizio Sanitario Nazionale, su quali sono i vantaggi ed i rischi di tale attribuzione, su quali sono i costi delle inefficienze, per poi, discutere i problemi di spesa connessi con tali Servizi. Per una miglior documentazione viene

* Direttore Generale dei Servizi Veterinari, Ministero della Sanità.

** Direttore Istituto di Malattie Infettive, Facoltà di Medicina Veterinaria, Bologna.

distribuito il volume « Contributo della Medicina Veterinaria alla Sanità Pubblica », pubblicato dall'O.M.S. e tradotto in italiano, e viene allegata una bibliografia; i lavori citati potranno essere richiesti all'Istituto di Malattie Infettive, Facoltà di Medicina Veterinaria, Via San Giacomo 92, 40126 Bologna.

1.2. Nella spesa sanitaria pubblica in Italia è compresa anche la « spesa veterinaria pubblica », poiché dalla formazione dello Stato Unitario ad oggi, i Servizi Veterinari centrali e periferici hanno sempre operato nell'ambito dell'Amministrazione Sanitaria, sia quando costituiva una branca dell'Amministrazione Civile (Ministero degli Interni - Direzione Generale della Sanità Pubblica - Prefettura - Uffici del Medico e del Veterinario Provinciale - Comuni - Sindaci - Ufficiali Sanitari e Veterinari Comunali), sia da quando essa è autonoma (dal 1945 ad oggi). La spesa veterinaria pubblica, di conseguenza, è stata sempre incorporata nella spesa sanitaria pubblica, di cui costituisce, da sempre, la voce più importante e significativa della parte della spesa sanitaria dedicata ad organizzare servizi ed attività di medicina preventiva. Da una valutazione induttiva sul piano triennale sanitario, si può ritenere che la spesa veterinaria pubblica costituisca lo 0,4-0,6% della spesa sanitaria pubblica; i fattori presi in considerazione sono:

a) personale sanitario ed ausiliario; b) attrezzature e materiali; c) attività ispettive; d) attività di profilassi; e) attività diagnostiche e di ricerca.

1.3. La prevenzione ed eliminazione delle malattie contagiose degli animali, sia perché trasmissibili all'uomo, sia perché importanti dal punto di vista zoo-economico, sono un'attività di medicina preventiva « ab inmemorabilis ». La tutela sanitaria della riproduzione (eugenetica), delle tecniche di allevamento e dell'alimentazione animale garantiscono preventivamente la salubrità e la « normalità » organolettica dei prodotti di origine animale (carne, latte, pesce, uova, miele, formaggio, molluschi, gasteropodi, ecc.). La ispezione e la vigilanza veterinaria sugli alimenti di origine animale effettuata dai soli medici veterinari assunti dalla Pubblica Amministrazione ed operanti nelle strutture della produzione industriale di alimenti di origine animale (macelli, laboratori di sezionamento, laboratori di preparazione, frigoriferi, trasporti, ecc.) costituiscono l'estrema difesa preventiva del consumatore, il quale per tale opera fruisce di alimenti di origine animale sottoposti preventivamente a controllo sanitario.

1.4. La tutela della sanità animale, la sorveglianza e la determinazione dello stato di salute degli animali ed il loro controllo comportamentale, specialmente in questi ultimi periodi dell'era industriale, caratterizzata dagli squilibri ambientali e dagli inquinamenti generalizzati, oltre che realizzare il fine primario della difesa degli animali, consegue il fine di fornire, utilizzando l'animale come « sentinella », un « radar ambientale » altamente importante per la misurazione della « salute ambientale » e dello « stato degli equilibri biologici ».

1.5. La spesa veterinaria pubblica, parte distinta ed autonoma, ma indissolubile della spesa sanitaria pubblica, comprende dunque le voci: 1) ricerca scientifica ed assistenza tecnica ai servizi veterinari ed agli allevatori (Istituti Zooprofilattici Sperimentali, Facoltà di Medicina Veterinaria); 2) polizia veterinaria; 3) igiene zootecnica; 4) igiene degli alimenti di origine animale; 5) protezione degli animali. Lo scopo della spesa pubblica veterinaria è di garantire la sanità degli animali e delle relative produzioni per tutelare in preventivo la salute dell'uomo. La produttività della spesa pubblica veterinaria e la sua efficienza vengono misurate in rapporto alla diminuzione o all'estinzione dei danni economici e sociali provocati dalle malattie degli animali. Tali danni si stimano in Italia 1.000-1.500 miliardi di lire annue.

In seno al Consiglio Sanitario Nazionale è stata avanzata da uno di noi la proposta di evidenziare la spesa veterinaria pubblica nel triennio 1980-82 dalla restante spesa sanitaria, allo scopo di poter determinare col metodo del costo-beneficio la produttività della medesima. E' stato altresì ritenuto che il fabbisogno necessario e sufficiente dei Servizi Veterinari in termini di risorse finanziarie disponibili è da valutare nell'ordine dell'1% della spesa pubblica sanitaria globale (16.500-18.500 miliardi nel 1979).

2. *La legge 833 e i Servizi Veterinari.*

2.1. La Legge 833 si occupa dei Servizi Veterinari soprattutto, ma non esclusivamente, nell'art. 16, che recita come segue:

« La legge regionale stabilisce norme per il riordino dei servizi veterinari a livello regionale nell'ambito di ciascuna unità sanitaria locale o in un ambito territoriale più ampio, tenendo conto della distribuzione e delle attitudini produttive del patrimonio zootecnico, della riproduzione animale, della dislocazione e del potenziale degli impianti di macellazione, di lavorazione e di conservazione delle carni e degli altri prodotti di origine

animale, della produzione dei mangimi e degli integratori, della esigenza della zooprofilassi, della lotta contro le zoonosi e della vigilanza sugli alimenti di origine animale ».

2.2. La Legge 833 ha affermato, per quanto riguarda i Servizi Veterinari, i seguenti punti fondamentali:

a) I Servizi Veterinari sono considerati una parte cospicua dei servizi di medicina preventiva, nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, ed assegnati di conseguenza all'Amministrazione sanitaria.

b) Ai Servizi Veterinari viene affidato il compito di salvaguardia della sanità animale sia « *sensu strictu* » (cioè nei soli riflessi sulle produzioni animali), sia per i suoi riflessi sulla salute umana; viene inoltre affidato il compito di salvaguardare l'igiene e la salubrità dei prodotti di origine animale lungo tutta la catena di produzione e di distribuzione: dall'allevamento alla commercializzazione, con tutte le attività connesse, come ad es. i mangimifici. Viene così ribadita l'unità dei Servizi Veterinari, adibiti a salvaguardare sia la sanità sia le produzioni animali, fattori tra loro indissociabili (a pena di rischi disfunzionali gravi), a garantire il cittadino nei confronti delle malattie che possono derivare dagli animali, dai loro prodotti, dalla loro azione sull'ambiente, ed a fornire al consumatore le necessarie garanzie sanitarie e merceologiche nei confronti dei prodotti di origine animale.

c) I Servizi Veterinari, che assolvono all'esercizio della funzione veterinaria pubblica, vengono considerati una parte distinta, autonoma ancorché indissociabile, della più ampia funzione sanitaria pubblica. Di conseguenza la spesa pubblica veterinaria costituisce una parte distinta, autonoma e correlata, ma nello stesso tempo indispensabile nell'ambito della funzione pubblica.

2.3. I Servizi Veterinari debbono servire, in modo differenziato, a seconda delle caratteristiche specifiche, diversi tipi di zone, come ad esempio:

a) zone urbane: controllo degli animali domestici e sinantropi, per quanto riguarda lo stato sanitario, le malattie trasmissibili all'uomo, i problemi di igiene ambientale; la produzione e distribuzione degli alimenti di origine animale.

b) zone rurali: salvaguardia delle produzioni animali; controllo degli animali domestici, sinantropi e selvatici per quanto riguarda lo stato

sanitario e le malattie trasmissibili all'uomo; controllo sanitario delle produzioni animali, controllo dell'allevamento, controllo delle produzioni, controllo della distribuzione.

2.4. Importante è il problema dei collegamenti tra i servizi veterinari pubblici ed i servizi veterinari privati (preposti, a livello nazionale, alla profilassi e cura delle malattie, alla preparazione dei piani alimentari e di allevamento, alla selezione genetica, ecc., ma anche ad alcuni compiti che comportano responsabilità in campi che debbono essere controllati dal settore pubblico: controllo delle malattie infettive contemplate dal regolamento di polizia veterinaria, lotta contro le zoonosi, garanzia dei prodotti dell'allevamento nei confronti di contaminanti microbici, farmacologici e chimici, prevenzione delle contaminazioni ambientali, ecc.). Per l'attuazione di tali collegamenti è stata proposta la istituzionalizzazione del « veterinario d'azienda » il quale, dipendente dal settore privato, dovrebbe assumere responsabilità ufficiali nei confronti del settore pubblico (v. n. 8 della bibliografia).

2.5. La legislazione italiana, stabilendo di mantenere uniti i Servizi Veterinari nell'ambito dell'Amministrazione Sanitaria, ha salvaguardato una tradizione storica (che ha sempre visto i Servizi Veterinari italiani nell'ambito della Sanità) ed ha evitato lo sdoppiamento dei Servizi (parte alla Sanità e parte all'Agricoltura), fatto che in molti Paesi, anche con notevoli organizzazioni, si sta rivelando fonte di doppioni, di sprechi e di conflittualità. Questa decisione, di mantenere uniti i Servizi Veterinari nell'ambito della Sanità, è però fonte di timori, in quanto non è verificata la volontà e la capacità dell'Amministrazione Sanitaria di voler considerare e gestire anche settori legati più alla produzione che non alla sanità (la impossibilità di disgiungere completamente i due settori spesso sfugge ai non addetti ai lavori) e di voler investire per essi. L'assioma « da animali sani, prodotti di origine animale sani » è rimasto indiscusso a conseguenza della scienza, della tecnica e dell'organizzazione veterinaria preposte all'assolvimento dei compiti di sanità animale; meno chiaro è invece l'assioma « carne sana + lavorazione + conservazione + trasporti igienici = prodotti di origine animale salubri », specie da quando l'industrializzazione delle produzioni alimentari ha fatto largo ricorso alla additivazione chimica ed ha creato « nuovi alimenti » o addirittura « alimenti non convenzionali ».

La complessa e difficile strategia della difesa del consumatore dell'età moderna e futura nel campo dell'alimentazione pare efficacemente affidabile ad una organizzazione unitaria, nella quale quella veterinaria fornisca le

garanzie della completa tutela degli alimenti di origine animale dalla produzione al consumo.

Qui si pone l'esigenza del collegamento sinergico con la organizzazione amministrativa dell'Alimentazione e Nutrizione, cui i Servizi Veterinari debbono fornire, a pena di inefficienze e doppioni, il necessario supporto operativo del completo controllo degli alimenti di origine animale dalla produzione al consumo.

2.6. Dalla legislazione e dalle caratteristiche proprie dei servizi emergono, oltre che il concetto e la necessità dell'autonomia (cioè di una rete organizzativa autonoma nell'ambito dell'amministrazione sanitaria), anche quello della capillarità: infatti i servizi veterinari debbono svolgere compiti in molti ben differenziati settori con capacità spesso specialistiche, coprendo vaste zone territoriali: si consideri ad es. i servizi di confine, il controllo delle malattie diffusive a livello locale, regionale e nazionale, i problemi di igiene urbana veterinaria, il controllo delle produzioni animali, il controllo dei mangimi, il controllo delle zoonosi. Si tratta di servizi che richiedono diramazioni e collegamenti tali da coprire tutta la rete nazionale, dalle zone rurali più isolate sino alle amministrazioni regionali e nazionali.

3. *Costo delle malattie degli animali*

3.1. Il costo delle malattie degli animali in Italia, ed i benefici derivanti dalla lotta contro di esse, sono oggetto di ricerche da parte del Ministero della Sanità e di piani finalizzati del C.N.R. Una analisi più approfondita potrà venire dalla riunione dell'Office International des Epizooties, che si riunirà a maggio per la sessione annuale con all'ordine del giorno, su proposta della delegazione italiana, i danni economici da malattie degli animali. Le attuali stime fanno ammontare tali danni, in Italia, a 1.000-1.500 miliardi di lire annui, cui andrebbero aggiunti i danni indiretti (v. oltre).

Per coloro che fossero interessati ad approfondire tali argomenti, consigliamo la consultazione del lavoro n. 3 della bibliografia.

3.2. Si è pure cercato di valutare i costi-benefici per alcune malattie soggette ai grandi piani di profilassi di stato. Nelle annesse tabelle, tratte da Ghilardi (v. n. 6 della bibliografia) vengono riportati i dati relativi alla tubercolosi bovina, alla brucellosi bovina, alla brucellosi ovi-caprina, all'afta epizootica ed alla peste suina, dai quali si desume una redditività di

Tabella riassuntiva costi-ricavi T.b.c. bovina, brucellosi bovina ovina e caprina, afta epizootica e peste suina classica

A) *Costi-ricavi zoeconomici:*

	Attivo miliardi lire	Costo Stato e allevatori
T.b.c. bovina	409	180
Brucellosi bovina	77	26
Brucellosi ovina caprina	5	3,1
Afta epizootica	203	34
Peste suina classica	16	14
TOTALE	710	257,1

Rapporto costi-ricavi = 1 : 2,76

B) *Costi-ricavi zoeconomici piú benefici ottenuti in umana nella lotta in campo veterinario contro le due malattie zoonosiche T.b.c. bovina e brucellosi:*

T.b.c. bovina (compresa T.b.c. umana da mcb. bovino)	719	180
Brucellosi bovina, ovina, caprina e umana (ipotesi Mazzetti)	201	29,1
Afta epizootica	203	34
Peste suina classica	16	14
TOTALE	1.139	257

Rapporto costi-ricavi = 1 : 4,43

lire 4,43 per ogni lira impiegata. Si tenga anche presente che scopo delle campagne di profilassi è la eradicazione delle malattie considerate, per cui è prevedibile che in un certo numero di anni le stesse scompaiano.

3.3. Le perdite da malattie degli animali non possono essere valutate solo in termini economici (abbiamo menzionato 1.000-1.500 miliardi annui, pari a circa l'11% del prodotto lordo dell'agricoltura e al 20% del reddito zootecnico nazionale).

Esse vanno valutate anche nei termini, spesso piú gravi, del danno sociale, in quanto contribuiscono alla perdita di unità lavorative, perdita di posti di lavoro, abbandono della terra, sovraffollamento delle aree industriali, deterioramento dell'ambiente.

3.4. Le malattie degli animali contribuiscono pesantemente a peggiorare il problema della nostra bilancia alimentare con l'estero. Non solo, a causa di esse, produciamo meno, ma anche una parte dei prodotti importati (vitelli, mangimi, ecc.) va perduta; su tale argomento esiste una vasta documentazione: vedansi ad es. i n. 3 e 4 della bibliografia. Una lotta contro le malattie degli animali razionale ed organizzata è pertanto premessa indispensabile a quella riduzione delle nostre importazioni che molti economisti ritengono indispensabile.

3.5. Dagli esempi citati, che potrebbero essere numerosi e investire anche malattie non soggette a piani di profilassi (vedasi la bibliografia citata) è palese che le spese per i servizi veterinari si possono dividere in due grosse categorie tra loro spesso difficilmente distinguibili: quelle di medicina preventiva (dirette cioè alla salvaguardia della salute umana, del consumatore, dell'ambiente e della qualità della vita) e quelle che debbono essere considerate veri e propri investimenti, in quanto, oltre a sottostare alle caratteristiche sopra menzionate, offrono una palese redditività a breve, medio e lungo termine.

4. Istituti Zooprofilattici e Facoltà di Medicina Veterinaria

Si ritiene necessario richiamare l'attenzione sul fatto che non è possibile cercare di razionalizzare la spesa, pubblica e non, veterinaria, senza la contemporanea piena ed ottimale utilizzazione degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, non considerati nella legge 833, bensì nell'apposita legge 745 (cui bisognerebbe dare piena attuazione) senza il coinvolgimento della Facoltà di Medicina Veterinaria. Istituti Zooprofilattici e Facoltà di Medicina Veterinaria debbono fornire una serie di prestazioni, senza le quali sarebbe impossibile un'applicazione razionale della legge 833, non solo per quanto riguarda l'art. 16, ma per tutti quegli articoli con riferimenti, anche indiretti ad attività veterinarie. Anche il sistema di raccolta e distribuzione della informazione, soprattutto epidemiologica, merita un'attenta considerazione.

5. Proposte conclusive

La razionalizzazione ed il contenimento della spesa pubblica veterinaria possono essere raggiunti tramite i seguenti strumenti:

5.1. Mantenimento dell'unità dei servizi a tutti i livelli, evitando doppioni e conflitti di competenze. E' da evitare non solo lo sdoppiamento

conseguente alla costituzione di servizi dipendenti dall'Agricoltura, ma anche quello che potrebbe conseguire alla costituzione di servizi periferici dipendenti dall'Amministrazione dell'Alimentazione e Nutrizione. In pratica, i servizi veterinari periferici dipendenti dall'Amministrazione Sanitaria debbono poter servire anche le esigenze delle Amministrazioni dell'Agricoltura e dell'Alimentazione e Nutrizione.

5.2. L'autonomia e la capillarità dei servizi veterinari pubblici devono permettere un pronto intervento ed una costante presenza a tutti i livelli specifici. La istituzionalizzazione del veterinario d'azienda, dipendente dal settore privato, può permettere di razionalizzare i rapporti tra il settore pubblico e quello privato.

5.3. Il grado di specializzazione dei servizi deve essere commisurato all'esigenze specifiche del territorio: ad esempio una unità che deve servire un territorio urbano necessiterà maggiormente di operatori nei settori dell'epidemiologia e dell'igiene degli alimenti; una unità che agisce in territorio rurale necessiterà maggiormente di operatori nei settori delle profilassi e della sanità animale. Col progredire del livello territoriale occorrerà una maggior specializzazione degli uomini e delle strutture.

5.4. Potenziamento di quelle strutture multizonali, che sarebbe troppo oneroso gestire a livello di singola zona. Esempi possono essere i servizi di disinfezione e disinfestazione e in certe zone di accalappiamento cani. Alcuni settori (ad es. le malattie dei pesci) potranno essere serviti solamente da strutture specialistiche multizonali.

5.5. Gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, che per i loro compiti, le loro attrezzature e la loro dislocazione costituiscono le strutture multizonali per eccellenza, debbono essere messi in grado di assolvere ai loro molteplici compiti specialistici.

Le Facoltà di Medicina Veterinaria debbono essere messe in grado di svolgere alle loro funzioni in maniera sufficiente, a pena della impossibilità pratica di applicazione della legge 833.

Anche il sistema di raccolta e distribuzione della informazione, soprattutto epidemiologica, merita una attenta considerazione.

5.6. I grandi piani di profilassi vanno organizzati a livello nazionale o regionale. La organizzazione dei piani per le così dette profilassi minori dovrebbe essere sempre multizonale, a meno di particolari circostanze. Tali

piani trasferiscono ad onere pubblico una spesa privata (sia conseguente alle malattie che alla loro lotta) ottenendo una razionalizzazione e certezza dell'adempimento.

5.7. La capillarità e la razionalizzazione dei servizi hanno anche lo scopo di ridurre i costi delle malattie sia evitando che le malattie influiscano sull'economia aziendale e nazionale e sulla bilancia dei pagamenti, sia evitando il « disease business », cioè che le malattie stesse divengano un affare per importatori, commercianti, industriali, industrie farmaceutiche, veterinari, farmacisti, ecc., e di alleviare nel contempo le spese degli allevatori difendendo economicamente e sanitarimente i consumatori. A livello di spesa pubblica un efficiente servizio di lotta alle malattie a livello aziendale e comunque periferico ha anche lo scopo di trasformare in prevenzione (a livello di azienda) la lotta contro quei problemi che è più complicato e costoso controllare a livello di difesa dei prodotti di origine animale o di profilassi delle zoonosi (trasformazione, commercializzazione, consumo).

BIBLIOGRAFIA

1. *Contributo della Medicina Veterinaria alla Sanità Pubblica* - Rapporto del Comitato Esperti sulla Sanità Pubblica Veterinaria riunitosi a Ginevra nel dicembre 1974, tradotto in italiano su « Nuovi Annali d'Igiene e Microbiologia », n. 4, 1976.
2. BELLANI L., MANTOVANI A., RAVAIOLI R. (Editori): *Proceedings of the W.H.O. Expert Consultation on some Veterinary Public Health Problems Associated with intensive large scale animal production, animals in urban areas and chemical residues in food of animal origin* - Annali Istituto Superiore di Sanità, vol. XIV, parte II, 1978, pag. 185-410.
3. Autori vari: Conferenza stampa « Lotta contro gli sprechi in zootecnia », 1972. Contiene tentativi di valutazione dei danni provocati da diverse malattie degli animali. La letteratura italiana sull'argomento è completa.
4. Atti della Conferenza sull'ispezione degli alimenti d'origine animale e sulle campagne nazionali di profilassi, Brescia, 6-7 aprile 1977 (pubblicato a cura della Fondazione Iniziative Zooprofilattiche e Zootecniche, Brescia).
5. CAVRINI C.: *Risultati e prospettive delle campagne nazionali di profilassi* - pubblicazione n. 4, pag. 131-153.
6. GHILARDI G.: *I fattori dell'organizzazione; la legislazione nazionale, comunitaria e internazionale; i costi e i ricavi* - pubblicazione n. 4, pag. 154-230.
7. MANTOVANI A.: *Compiti e collocazione dei Servizi Veterinari* - AGRICOLTURA, maggio 1978, pag. 15-17.
8. MANTOVANI A.: *Responsabilità dei Servizi Veterinari Pubblici e Privati* - AGRICOLTURA, novembre 1978, pag. 5-7.

Prof. DONATO MAGI (*): Ruolo del medico nel servizio sanitario nazionale e spesa sanitaria.

Domani, quando verrà scritta la storia dell'assistenza sanitaria mutualistica in Italia, giunta ormai all'epilogo, gli studiosi che si accingeranno a tale complesso impegno — con spirito critico ma finalmente obiettivo e quindi scevro di pregiudizi, animosità, particolarismi « corporativi » — non potranno non prendere atto che la causa più importante (forse l'unica) del fallimento della mutualità è stata l'ingovernabilità delle prestazioni sanitarie.

Ingovernabilità, questa, determinata fatalmente dall'impostazione giuridica ed amministrativa della mutualità stessa che ha caparbiamente collocato il medico in posizione certo importante, perché insostituibile, ma tuttavia meramente esecutiva.

La mutualità, infatti, ha creato un medico del sistema e nel sistema del tutto deresponsabilizzato, perché « escluso » a monte di ogni e qualsiasi criterio di erogazione delle prestazioni sanitarie nelle quali, poi, si sostanzia tutto ciò che dell'assistenza sanitaria i destinatari — i cittadini — percepiscono concretamente e quindi valutano, giudicano, analizzano; specie nel momento in cui « godono » o « soffrono » quanto il sistema offre, e in positivo e in negativo, in relazione alle necessità che loro impone, molto spesso in forma drammatica, la malattia (reale, incombente o presunta che sia).

L'errata collocazione anzidetta del medico nel sistema ha prodotto ineluttabilmente la ben nota rete (di norme, regolamenti, commissioni, sottocommissioni sanzioni, limitazioni, e così via) finalizzata a disciplinare l'assistenza in modo da realizzare il governo delle prestazioni sanitarie e pertanto della spesa. Rete questa che, nel tempo, come tutti hanno avuto modo di constatare, si è sempre più avviluppata intorno al « sistema » sino a paralizzarlo prima e a soffocarlo poi.

Gli esperti giuridici ed amministrativi del regime mutualistico resisi conto (per obiettive difficoltà numeriche ma soprattutto per opportunità di politica partitica e di rappresentanza sindacale) della impossibilità pratica di realizzare la governabilità della spesa sanitaria attraverso il controllo diretto dei cinquanta milioni circa di aventi diritto, con la rete dianzi

* Coordinatore del Centro Studi della Federazione Nazionale Ordini Medici.

evocata, ha creduto di poter conseguire tale fondamentale governabilità imponendo ai medici, in passato poche migliaia (nel 1951, 59.000), una serie di direttive sempre più autoritarie ma anche sempre più fallaci. Fallaci perché « tecnicamente » errate (l'esperienza dimostra ogni giorno che tutto quanto concerne la salute, così come ciò che è inerente all'economia, è soltanto fugacemente disciplinabile mediante norme più o meno rigide formulate da « veri specifici esperti »... a maggior ragione, pertanto, quando tali norme non sono dettate da « veri tecnici del settore »); fallaci perché (un medico sotto il profilo deontologico e professionale non può che essere necessariamente giudicato da un altro medico) configuravano l'istituzione di una sorta di milizia medica mercenaria non accettabile per ovvi motivi tra i quali, non ultimo, la « subordinazione » dei « medici controllari » a istituzioni pubbliche che hanno sempre considerato il medico convenzionato uno « strumento » indispensabile ma pur sempre estraneo alle istituzioni stesse.

E' in tale realtà che, tra gli altri guasti, la mutualità ha prodotto anche quello della creazione di una specie di zona franca in cui politici, amministratori, amministrativi e medici hanno potuto soddisfare aspirazioni assai soggettive e talvolta selvagge. E' in questa realtà che la mutualità ha permesso la deviazione certamente più grave della professionalità del medico; quella che ha visto larga parte della categoria, proprio perché « esclusa » da ogni effettivo livello decisionale a monte della prestazione professionale, rifugiarsi e rilassarsi in quel complesso fenomeno isticamente sintetizzato nelle « tre emme » dell'allora « nuovo medico sociale »: mutua, macchina, moglie!

Contro questa deviazione la rappresentanza medica ordinistica (la quale peraltro al riguardo non ha mai mancato di riconoscere la quota parte, in verità assai modesta, di corresponsabilità) si è sempre battuta e principalmente per due motivi: perché ha inciso negativamente sulla qualità dei medici; perché ha influito tristemente sulla quantità dei medici. Perché, in definitiva, ha contribuito in misura preponderante al dilagare di quella « plethora medica » che, tra l'altro, vuol dire anche crescita ingiustificata della spesa sanitaria; crescita quest'ultima che diverrà addirittura incontrollabile allorquando la « plethora medica » consoliderà quell'evento degenerativo, oggi strisciante, che si è avuto modo di definire « patologia iatrogena di massa ».

E che più medici significhino anche più spesa sanitaria in Italia, che all'estero lo dicono tutti e tutti si comportino in conseguenza si è avuto modo di rilevarlo dagli interventi svolti da tutti gli autorevolissimi relatori

stranieri presenti all'incontro di studio sulla riforma sanitaria promosso dal CNEL con il Ministero della Sanità — ormai non lo affermano più soltanto i medici. A conferma di ciò basti qui ricordare che tale tesi è stata sottoscritta da un Ministro della Sanità mentre era in carica: l'On.le Tina Anselmi nella presentazione dello studio della FNOOMM « Medici giovani e questione giovanile » dove, nel rilevare che non sono remoti i rischi della plethora medica, afferma contestualmente che « la loro incidenza negativa già si rileva sui costi dell'assistenza sanitaria ma anche e, direi, soprattutto, sulla salute delle persone ».

Tesi, poi, chiaramente confermata nel « XII rapporto 1978 sulla situazione sociale del Paese predisposto dal CENSIS col patrocinio del CNEL ». A pag. 328 di tale rapporto, infatti, si legge: « La spesa sanitaria è correlata positivamente con il numero dei medici ». « Si verifica, cioè, la situazione particolare per cui gli uomini, i medici... preposti alle cure sanitarie sono di stimolo alla domanda di maggiori cure sanitarie ».

Ebbene, poiché oggi sono all'ordine del giorno le « politiche di contenimento, razionalizzazione e controllo della spesa sanitaria pubblica » risulta quanto meno doveroso interrogarsi sulla situazione attuale della demografia medica nel nostro Paese.

Merita precisare che la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici, con il suo Centro Studi, non ha mancato in proposito di interrogarsi e di rispondere concretamente pubblicando tre ampi e dettagliati lavori: « I dati della salute in Italia: dossier 1976 »; « Medici giovani e questione giovanile »; « Censimento dei medici italiani al 30 giugno 1978 ».

Non si pecca certo di presunzione se qui si afferma che ogni ricerca, dibattito e studio in materia di demografia medica in generale e di plethora medica in particolare oggi, in Italia, fa ormai preciso riferimento alle sopra indicate pubblicazioni della FNOOMM.

Pubblicazioni dalle quali emerge, tra l'altro, che i medici: erano 59.000 (un medico per 800 abitanti) nel 1951, 82.000 (un medico per 625 abitanti) nel 1961, 101.000 (un medico per 540 abitanti) nel 1971, 144.000 (un medico per 395 abitanti) nel 1978; saranno 280.000 (un medico per 215 abitanti) nel 1985.

E' obiettivamente in atto, quindi, una crescente, incontenibile « plethora medica » che impone pronte e coraggiose misure di contenimento tra cui, prima fra tutte, l'istituzione, auspicata dalla FNOOMM da almeno un decennio, del numero programmato per la regolarizzazione degli accessi alle facoltà mediche.

Almeno l'istituzione, cioè, di una remora meno rigida del « numero chiuso » oggi adottato in tutti i Paesi avanzati e dell'Ovest e dell'Est e quindi anche nei Paesi della CEE (unica eccezione il Belgio dove, però, non è consentita l'iscrizione alle facoltà mediche agli studenti stranieri). Paesi quest'ultimi nei confronti dei quali l'Italia ha indubbiamente obblighi e doveri sia di ordine politico che morale specie, per i motivi facilmente intuibili, dopo l'entrata in vigore della direttiva comunitaria sulla libera circolazione dei medici.

Si è già avuto modo di precisare ripetutamente che la mancanza nel nostro Paese di qualsiasi remora per l'accesso alle facoltà mediche ha fatto sì che numerosi studenti degli altri Paesi della CEE si iscrivano e si laureino in Italia per poi tornare in patria con pieno titolo, per effetto della Direttiva Comunitaria anzidetta, ad esercitare la professione medica. L'Italia pertanto in tale campo sta svolgendo il ruolo del cavallo di Troia di classica memoria.

Il problema in parola è talmente importante e significativo per la tutela della salute che richiederebbe una trattazione adeguatamente ampia ed approfondita. Trattazione in questa sede, purtroppo, impossibile per evidenti esigenze di concisione. Pertanto, allo scopo di offrire in materia ulteriori utili elementi di riflessione, si ritiene quanto meno indispensabile porre qui in evidenza sulla base dei dati disponibili, l'indice degli immatricolati in medicina per diecimila abitanti rilevato in alcuni significativi Paesi del mondo dove vige il numero chiuso e quello rilevato, nel 1978, in Italia.

Paesi	Abitanti (milioni)	Immatricolati in Medicina (valori assoluti)	Immatricolati in Medicina per 10.000 abitanti	Studenti Universitari per 10.000 abitanti
REGNO UNITO	56	3.200	0,57	93
GIAPPONE	112	7.000	0,62	195
STATI UNITI	215	14.500	0,67	310
GERMANIA FED.	61	7.500	1,23	165
OLANDA	14	1.700	1,21	176
Totale	458	33.900	0,74	309
ITALIA	57	27.725	4,86	176

I dati riportati in tabella propongono clamorosamente l'anomalia Italia, dove l'indice degli immatricolati in medicina per 10.000 abitanti è di gran lunga superiore (in media è oltre 6 volte e mezzo) a quello registrato negli altri Paesi considerati, il che risulta ancor più sorprendente se si rileva che l'indice degli studenti universitari per 10.000 abitanti in Italia è quasi la metà di quello registrato mediamente nei Paesi presi a confronto.

Ancora un dato merita di essere qui evidenziato. A fronte dei 22.327 medici generici presenti, come ha precisato Mr. W. Scott Moncrieff nel S.S.N. inglese, oggi in Italia ci sono ben 70.000 medici di cui oltre 50.000 già inseriti nel sistema e i restanti 20.000 sono in lista di attesa.

Alla luce delle risultanze anzidette, appare obiettivamente difficile comprendere come si possa realisticamente sperare (eppure forse nessuno lo spera più di chi l'ha formulata) che la previsione di 280.000 medici (e quindi di un medico per 215 abitanti) in Italia, nel 1985, risulti errata per eccesso.

Da quanto si è sin qui esposto si può ben comprendere perché l'intera rappresentanza medica ordinistica (e con essa l'intera categoria) ha riposto nella "riforma sanitaria" — della quale non senza ansie, dubbi e preoccupazioni si sta « vivendo » la vigilia dell'entrata in vigore piena e completa — la ferma speranza che la stessa potesse restituire finalmente la giusta collocazione al medico italiano nel servizio sanitario pubblico. Una collocazione che lo veda pienamente responsabilizzato a tutti i livelli decisionali e quindi anche nella veste di protagonista dell'erogazione delle prestazioni sanitarie; anche nella veste cioè di unico detentore del potere-dovere di governare la domanda sanitaria all'origine e quindi del potere-dovere di regolare la spesa sanitaria flessibile (prestazioni mediche, accertamenti diagnostici, farmaci, ricoveri ospedalieri, interventi preventivi e riabilitativi, ecc.) che, come è noto, si identifica quasi per intero con la spesa sanitaria corrente e quindi, per il 1980, con i 19.000 miliardi ormai previsti da molti.

Si aveva fondato motivo di ritenere, infatti, che nessuno si potesse illudere ulteriormente che la spesa sanitaria pubblica, in un Paese democratico e pluralistico quale è il nostro, sia « contenibile, razionalizzabile e controllabile », senza un'adeguata programmazione della « demografia medica » e senza il pieno consenso e la piena collaborazione dei medici. Consenso e collaborazione che nessuno mai potrà imporre a chi, come oggi accade ai medici, si scopre completamente escluso dalla fondazione, dall'or-

ganizzazione, dalla realizzazione, dalla direzione e quindi dall'attuazione attiva del sistema. Consenso e collaborazione invece che certamente tutti potranno sollecitare e, se occorre, anche pretendere quando i medici risultino nel Servizio sanitario veramente corresponsabili a pieno titolo e, quindi, non solo in veste meramente esecutiva.

Allo stato attuale, purtroppo, la « ferma speranza » riposta dai medici nelle riforma sembra fatalmente destinata a trasformarsi in delusione amara e frustrante e quindi gravida di conseguenze certamente non liete non solo per la categoria e nella categoria ma anche e soprattutto per la comunità.

La legge istitutiva del S.S.N., infatti, ripetendo incredibilmente gli stessi identici errori della mutualità, ha praticamente ignorato l'esigenza di coinvolgere i medici responsabilizzandoli.

Lo dimostra il fatto che, come si è già avuto modo di affermare, in Consiglio Sanitario Nazionale l'unico esponente ufficiale della categoria medica è stato nominato non in quanto tale ma quale esperto del CNEL.

Lo dimostra il fatto che, come si è già avuto modo di affermare in altra sede (« Il Medico d'Italia » n. 11/12-1979), la Legge 833/78 è caratterizzata da un « manifesto complesso di inferiorità nei confronti dei medici: in merito un dato inconfondibile, tra le 24.250 parole circa che formano il testo della legge che istituisce il Servizio Sanitario Nazionale, il sostantivo medico ricorre soltanto 27 volte, di cui ben 23 al fine di dettare al medico obblighi e/o limitazioni ». Tale dato è stato ripreso integralmente dall'autorevolissima rivista inglese « The Lancet » che così lo commenta « La legge istitutiva del Servizio sanitario italiano sembra ignorare il fatto che i medici hanno qualcosa in comune con la salute ».

L'illazione di « The Lancet » appare indubbiamente fondata; tuttavia, dopo quanto si è sin qui detto, occorre integrarla con la riflessione che e il legislatore e quanti sino ad ora hanno approvato il « piano sanitario » (del quale è ormai imminente l'inizio dell'iter parlamentare) sembra ignorino altresì il fatto che quanto i medici hanno in comune con la salute si riflette sostanzialmente sulla spesa sanitaria pubblica.

C'è chi sostiene che la riforma debba essere riformata. Certo è che la legge istitutiva del S.S.N. necessita di adeguati aggiustamenti e correttivi. Nell'attesa, sarebbe un grave errore perdere l'occasione « piano sanitario » per riparare il riparabile.

E nel riparabile rientra certamente la razionalizzazione della spesa

pubblica attraverso una giusta collocazione, responsabilizzazione ed utilizzazione dei medici a tutti i livelli formativi, informativi e operativi del Servizio Sanitario Nazionale.

Certo non è necessario qui sottolineare che l'adeguato inserimento dei medici nel servizio è condizione indispensabile perché le Unità sanitarie locali (e quindi il Servizio nazionale) risultino efficienti sotto ogni aspetto (anche sotto quello della spesa) anziché, come oggi si paventa, burocratizzate e parassitarie.

Sembra utile invece qui ricordare che ove la condizione anzidetta non si dovesse verificare accadrà fatalmente (e i segnali in tal senso sono ormai chiarissimi) quanto già si è avuto modo di affermare nella sede dianzi indicata. Il Paese, cioè, la tutela della salute dovrà ricercarla ancora una volta nel sistema mutualistico, e precisamente in quella « mutualità volontaria » che la stessa Legge 833 (art. 46) « consente » e sancisce « libera ».

Avv. BRUNO DOMINIJANNI*: L'equilibrio nell'organizzazione sanitaria regionale

Parlerò brevissimamente, in termini telegrafici, intanto per porgere il saluto della mia Regione al C.N.E.L. che ha avuto un grande merito nell'organizzare questo convegno internazionale, nel quale si sta verificando uno scambio di conoscenze e di esperienze che dovrebbe essere molto più frequente, a mio giudizio, perché gioverebbe molto, a noi italiani che, come abbiamo sentito dalle relazioni qui svolte, ci avviamo buoni ultimi a percorrere un cammino che altre nazioni hanno già percorso nella nostra Europa.

Quale rappresentante di una regione e di una regione fra le più povere d'Italia, io debbo dire che in Italia il problema della riforma sanitaria non è soltanto, anzi non è tanto, vorrei dire, un problema di razionalizzazione e di contenimento della spesa pubblica: certo questo è uno degli obiettivi della riforma, ma l'obiettivo fondamentale, il punto cardine è un altro: ed è su questo che bisogna tenere desta l'attenzione in ogni momento; l'obiettivo vero della riforma è il riequilibrio dei servizi su tutto il territorio regionale, e l'eliminazione degli squilibri

* Assessore alla Sanità della Regione Calabria.

che attualmente caratterizzano i servizi sanitari. E' l'eliminazione dello storico fossato che anche in materia di tutela e promozione dello stato di salute, ha diviso fin ora l'Italia in due: l'Italia dei ricchi e l'Italia dei poveri. Stamattina Mr. Abel-Smith si meravigliava del fatto che in Italia la spesa sanitaria pro-capite fosse tanto differenziata fra nord e sud. Io dò conferma di questi dati, a questo convegno. La rilevazione della spesa sanitaria al 31 dicembre del '77 ha mostrato che in talune regioni si spendono 305.000 lire pro-capite, in altre regioni, come la Calabria, soltanto 182.000. In qualche altra regione, come la Basilicata, addirittura 162.000, esattamente la metà di quanto si spende nel Trentino o circa la metà di quanto si spende nel Veneto o nell'Emilia-Romagna o nella Liguria.

Certo il problema del riequilibrio della spesa e quindi delle prestazioni non è un problema che si possa risolvere con un colpo di bacchetta magica, né è un problema che si può risolvere in termini molto semplicistici togliendo, bruscamente, alle regioni più dotate, più ricche, per dare alle regioni meno dotate, meno provviste di servizi. Ma è un problema sul quale fallisce o si realizza la riforma; il riequilibrio è l'obiettivo primario del piano, intorno a questo problema del riequilibrio bisogna che si sperimentino le capacità della classe dirigente politica italiana, le capacità del consiglio sanitario nazionale, le articolazioni dei piani sanitari nazionali triennali.

Io non sono d'accordo che bisogna togliere a chi più ha allo scopo di dare a chi meno ha, sono d'accordo che bisogna eliminare le sperequazioni nei livelli di assistenza tuttora esistenti; in Italia, però questo non significa che improvvisamente noi togliamo alle regioni del nord per dare al sud, noi abbiamo discusso a lungo di questo, siamo persone ragionevoli, sappiamo che il processo deve essere necessariamente graduale, ma deve avere inizio e non deve arrestarsi mai, fino al raggiungimento del riequilibrio. E qui si vedrà la nostra capacità e la capacità della classe politica, specialmente delle regioni più avanzate, di combinare il problema del contenimento e della razionalizzazione della spesa con questo problema del dare di più alle regioni meno sviluppate.

Certo, se si pensa che in talune regioni ci sono 15 posti letto per mille abitanti e che questo provoca un'enorme dilatazione della spesa senza che la qualità dell'assistenza sia eccelsa per la sola presenza quantitativa di questi posti letto, e se si pensa che normalmente qualsiasi processo attuale di programmazione dei servizi non ritiene necessario più di 6-7 posti letto

per 1000 abitanti per garantire all'ospedale il suo ruolo di luogo di cura per ammalati acuti, allora può non destare meraviglia il fatto che si cominci gradualmente a togliere mezzi alle regioni che devono mantenere inutilmente questi posti letto per darli alle regioni che invece devono ancora raggiungere la quota di 6 posti letto o 7 per 1000 abitanti e che devono costruire una struttura di base dell'assistenza sanitaria, una rete di ambulatori di base e di poliambulatori che sono il pilastro di una moderna assistenza sanitaria. Bisogna dare di più in termini di investimenti; ma anche di più in termini di gestione alle regioni meno dotate, perché gradualmente in questo arco che abbiamo considerato nel consiglio sanitario nazionale di sei anni, si possa arrivare a spendere, alla fine del sesto anno la stessa cifra per il cittadino della Lombardia e per il cittadino del profondo sud, della infelice Calabria o della derelitta Basilicata.

Ed io credo che quello che stiamo appurando in questo convegno, attraverso le pregevoli relazioni che ci hanno riferito sulle esperienze degli altri paesi ci possa essere di grande aiuto a questo fine ed anche al fine del riequilibrio delle prestazioni non solo all'interno del territorio nazionale, ma all'interno delle singole aree regionali. Le regioni si sono accinte con grande volontà alla riforma, attraverso programmazioni proprie. La Calabria, che è una delle regioni più povere, intende far tesoro delle esperienze altrui, già utilizzate programmando un nuovo servizio sanitario e sociale, concependolo strettamente correlato con i bisogni sanitari e sociali della popolazione ed ha in programma di utilizzare con molta razionalità e con molta utilità i fondi che verranno alla Calabria per la realizzazione di questo servizio.

E voglio dire un'altra cosa, prima di chiudere, per tenere fede al mio impegno di parlare non più di dieci minuti. Vogliamo fare la riforma non solo per aumentare la quantità dell'assistenza, per migliorare la qualità dell'assistenza e devo dire qui, con grande chiarezza che la riforma non è concepita contro questa o quella categoria, né può essere portata avanti contro le categorie degli operatori del servizio; questa è una polemica artificiosa che si vuole fare contro la riforma e che lancia parecchi sassi sul suo cammino per ostacolarla. Noi vogliamo fare la riforma contro nessuno, ma vogliamo farla a favore delle popolazioni e con tutti quelli che sono interessati alla riforma: con gli operatori del servizio; basta andare a leggere le varie proposte regionali che sono all'esame dei consigli regionali, sull'istituzione delle unità sanitarie locali, sul loro funzionamento, per vedere in che maniera, concretamente, la legislazione regionale coinvolge i medici e tutti gli altri operatori del servizio a livello di responsabilità

delle scelte e di controllo sull'efficacia e sull'efficienza della spesa. Chiedo scusa per questo accenno polemico, ma mi è sembrato di cogliere nell'intervento del prof. Magi che ha parlato poco prima in rappresentanza della federazione italiana degli ordini dei medici degli accenti di sfiducia che non mi pare suonino molto bene nel momento in cui ci accingiamo a intraprendere il cammino della riforma. Io sono un politico e ho il dovere di avere fiducia nella riforma e nel suo cammino; desidererei che anche le altre categorie che sono interessate abbiano fiducia, e soprattutto i medici abbiano fiducia, i quali non c'è dubbio che hanno perso in qualificazione professionale, e in altre cose, in dignità dal vecchio sistema mutualistico. Noi speriamo di restituire professionalità, dignità e prestigio al medico e vogliamo fare del medico uno degli elementi portanti a livello decisionale ed operativo del sistema, perché vogliamo che la riforma cresca nell'interesse di tutta la popolazione italiana. *(Testo non corretto dall'autore).*

SECONDO TEMA

**INTEGRAZIONE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI A LIVELLO
DI UNITA' LOCALI**

Il Dr. Simoncini, dando inizio ai lavori pomeridiani, prima di invitare il Prof. Ardigò ad esporre la sua relazione ha dato la parola al Dr. José Louis Cudos, Direttore Generale dell'Istituto Nazionale di Sanità di Spagna, inviato dal Ministro della Sanità Spagnola a partecipare ai lavori, data la loro rilevanza di fronte alla riforma sanitaria in corso di progettazione in Spagna e ai problemi di organizzazione e di costo presenti nel momento nei Paesi della Comunità Economica Europea.

Il Dr. Cudos ha illustrato le grandi linee che saranno alla base del nuovo sistema sanitario spagnolo.

Il Prof. Ardigò, Consigliere del CNEL e membro del Consiglio Sanitario Nazionale, nell'introdurre il tema della integrazione dei servizi socio-sanitari non ha nascosto la difficoltà di una soluzione soddisfacente.

Ha sottolineato che l'integrazione socio-sanitaria si racchiude nell'ambito del grande tema della protezione della salute, sul quale l'OMS ha richiamato l'attenzione del mondo nella conferenza del settembre 1978 in ALMA-ATA. E se la linea tracciata dall'OMS vale più per il mondo in via di sviluppo che per quello occidentale, occorre pure sempre sottolineare l'accento che tale linea pone sulla preparazione culturale e sull'educazione dell'uomo, che in definitiva, è il responsabile della propria salute, anche se è la collettività che ne assume il compito.

Il Prof. Ardigò ha definito l'integrazione come « integrazione funzionale, tendenzialmente globale, dei servizi socio-sanitari fondamentali per singola unità di popolazione servita ».

Tale integrazione è da realizzare nell'ambito del Servizio Sanitario dalle Unità Sanitarie di base, che non sono strutture impersonali, ma appartengono in gestione alle Autorità locali ed ammettono la partecipazione alla loro vita di tutte le categorie di cittadini, contemporaneamente utenti ed operatori.

Ed è dall'Unità Sanitaria Locale che sorgono tutte le cognizioni necessarie al mantenimento ed al riadattamento della salute dei cittadini, nonché alla prevenzione dei danni sia dell'ambiente sia economici, laddove i redditi e le capacità individuali non sono sufficienti.

Il Dr. Rosdhal, Vice Direttore Generale del Dipartimento di Sanità al Ministero degli Affari Sociali di Danimarca, ha parlato dell'in-

tegrazione dei servizi sociali con i servizi sanitari, prendendo avvio dal fatto che da breve tempo la Danimarca ha modificato il proprio sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie, mantenendo comunque una libertà di scelta tra l'assistenza sanitaria completamente gratuita ed una più specializzata, con partecipazione al costo.

Uno dei problemi affrontati in questa riorganizzazione è stato quello della ricerca di una maggiore collaborazione tra servizi sanitari e sociali, sia a livello di Comune che a livello di Contea.

L'assistenza pre-scolastica, il problema degli anziani e la funzione estremamente rilevante del medico generico, che primo si introduce nel contatto con le esigenze dei meno provveduti sono i temi su cui particolarmente si è intrattenuto il Relatore.

Il Dr. Shephard, Tesoriere del Bedfordshire Area Health Authority ha posto in evidenza, quasi in ogni dettaglio, la delicata attività dell'area sanitaria di Bedford con tutte le sue implicazioni determinate dalla vicinanza con Londra. Organizzazione e programmazione in espansione a periodi determinati secondo le direttive del Ministero della Sanità, direttive che poco o nulla concedono alla deroga nel finanziamento e nel rendiconto delle spese, sono stati gli argomenti di fondo della relazione. Ha posto quindi in rilievo la rigidità dell'amministrazione nell'ambito dell'Area Sanitaria stessa chiamata a rispondere, attraverso tutti i suoi organi democratici, dell'utilizzazione dei fondi, fatta eccezione della spesa per i medici generici, considerata l'elasticità della stessa, strettamente legata alla situazione sanitaria locale.

Il Presidente Dr. Simoncini, dopo aver ringraziato i relatori della giornata, ha dato avvio alla discussione sul II tema.

Il Dr. Gianni Marin, medico condotto a Ponte di Piave, ha fatto presente che la politica di contenimento, razionalizzazione e controllo, ha origine e si realizza a livello di Unità Sanitaria dove si ha l'incontro tra cittadino e servizio e dove le verifiche dei bisogni, le variazioni alle previsioni di spesa in rapporto alle molteplicità di eventi e situazioni diverse, le valutazioni pratiche del rapporto costi-benefici costituiscono una sorta di « osservatorio epidemiologico » dell'andamento delle spese e di estremo interesse ai fini di una oculata programmazione.

Il Dr. Corsini della Federazione Unitaria C.G.I.L., C.I.S.L. e U.I.L. ha sottolineato l'esigenza dell'integrazione dei servizi sociali e sanitari per una migliore valutazione delle esigenze della popolazione e una più esatta attribuzione di competenze e di oneri in quanto l'organizzazione sanitaria è spesso chiamata a sopperire ad esigenze che non hanno o hanno in modo ridotto una valenza sanitaria e che potrebbero essere meglio risolte con interventi di natura sociale. Ne sono esempio il fenomeno della ospedalizzazione degli anziani, l'assistenza

agli handicappati. Ha suggerito quindi la istituzione di nuove strutture polifunzionali e la preparazione di personale idoneo.

Il Dr. Riccardo Catelani, Direttore della Fondazione Italiana per la ricerca medica, ha riaffermato l'importanza del ruolo dell'Unità Sanitaria che richiede un impegno congiunto su due direttrici: la prima di riconoscere validità primaria al contributo dei singoli cittadini, delle famiglie, dei gruppi sociali per una tutela della salute non delegata ma fatta propria; la seconda di realizzare questo impegno in modo coordinato ed equilibrato in ogni regione ed USL per evitare che anche attraverso un non omogeneo processo di sviluppo civile si accentui il divario esistente nel Paese.

Il Dr. Aldrigo Grassi della Regione Emilia Romagna e membro del Comitato Tecnico del Centro Studi del Ministero della Sanità, premesse alcune considerazioni sulla difficoltà e possibilità di istituzionalizzare legislativamente le forme di partecipazione delle forze sociali, sindacali, degli operatori e delle associazioni volontarie alla gestione, ha sottolineato che nel distretto sanitario si giocherà nei prossimi dieci anni la credibilità del nuovo sistema sanitario.

I lavori, chiusi alle ore 18,30, sono stati ripresi il giorno successivo dal Presidente del CNEL, On. Storti, che invita il Dr. Montoya della Direzione per lo sviluppo dei Servizi di Sanità dell'Organizzazione Mondiale della Sanità di Ginevra a prendere la parola. Il Relatore ha esordito facendo presente che uno dei principali obiettivi programmati attualmente dall'O.M.S. consiste nella « promozione di una più stretta cooperazione dei servizi sanitari con tutti gli altri settori interessati alla promozione della salute, inclusi i servizi di assistenza sociale ». In proposito ha sintetizzato le esperienze fatte in alcuni Paesi quali l'Austria, la Finlandia, il Giappone, la Polonia, la Svezia, la Jugoslavia. Infine ha delineato i concetti di integrazione socio-sanitaria partendo dalla premessa che la validità dell'integrazione riposa sul contesto del lavoro di équipe locale ed ha fatto rilevare l'importanza della continuità nell'assistenza: continuità negli istituti e nei livelli di assistenza: nessuna frattura tra l'assistenza a domicilio, quella ambulatoriale, quella presso le scuole e quella in ospedale. L'équipe del centro sanitario locale dovrebbe essere la chiave verso una tale continuità. Due esempi di come ciò può essere reso possibile: l'ospedale dovrebbe essere considerato uno strumento — senza dubbio uno strumento sofisticato e costoso, ma essenzialmente uno strumento — da gestirsi da parte dell'équipe del centro medico; è i medici dell'équipe dovrebbero quanto più possibile ripartire il proprio tempo tra il centro sanitario e l'ospedale e, quando possibile, all'équipe dovrebbe essere affidato il compito dell'insegnamento universitario.

Il Dr. Zabicki, Direttore del Centro di Medicina del Lavoro di Nowa Huta in Polonia, ha illustrato le strutture sanitarie di base e

l'integrazione dei servizi socio-sanitari, preventivi, terapeutici e riabilitativi a livello locale pervenendo ad affermare che l'integrazione dei servizi è la migliore forma di azione di tutela, che permette una più agevole disposizione degli organici e delle attrezzature in rapporto alle necessità con conseguenti vantaggi di economia e di utilizzazione del personale.

Il Dr. Marziale, Direttore della Divisione di Sanità Pubblica del Consiglio d'Europa, ha precisato che il Consiglio d'Europa ha da tempo promosso una politica europea della sanità destinata a rendere effettivo il diritto di tutti al servizio sanitario; e non solo alle cure mediche, ma ad ogni altra misura di prevenzione e di promozione della salute, eliminando così ogni forma di disuguaglianza fondata sulle condizioni socio-economiche e culturali dell'individuo.

I vari aspetti contenuti nel processo di integrazione dei servizi socio-sanitari sono stati esaminati dal relatore, secondo esperienze e studi condotti dal Consiglio d'Europa nei vari Paesi membri. Essi sono stati concentrati secondo i vari livelli in cui si può operare l'integrazione: integrazione verticale, orizzontale, totale; determinazione del fulcro attorno al quale si dovrebbe costruire l'unità sanitaria; chiara specificazione della natura e funzioni dell'unità sanitaria, gerarchia dei livelli d'azione, adeguata formazione del personale e controllo.

RELAZIONI

ARDIGO'

ROSDAHL

SHEPHARD

MONTOYA

ZABICKI

MARZIALE

Prof. ACHILLE ARDIGO': Integrazione dei servizi socio-sanitari a livello di unità locali. Note introduttive.

In un recentissimo saggio su « Comparative Systems of Health Care » (Soc. Sci. e Med. vol. 13 A, 1979, pp. 523-527) Paul U. Unschuld, della Johns Hopkins University, giungeva alla conclusione di ritenere assai difficile, per non dire impraticabile, lo sviluppo di un'unica teoria per l'analisi comparata dei sistemi sanitari delle differenti nazioni (*).

La mia opinione è differente. Credo che almeno uno schema teorico di riferimento unitario per analisi comparate si possa apprestare, anche operativamente. Ed è quello del grado di integrazione, in un dato Paese e in un dato tempo, tra i servizi sociali e sanitari, pubblici o convenzionati, per singola unità territoriale locale. L'analisi comparativa può essere avviata sia in termini di legislazione che di procedure gestionarie ed amministrative che, soprattutto, in termini di integrazione funzionale locale tra i servizi sanitari e sociali.

Sono pertanto onorato di introdurre i lavori di questa seconda sezione dell'Incontro Internazionale che mi auguro sia il primo di una serie.

Definire anche operazionalmente il concetto di integrazione dei servizi socio-sanitari, per unità locale di popolazione servita, presenta, peraltro, alcuni problemi. Ad esempio, laddove l'organizzazione dei servizi sanitari è affidata alle sole assicurazioni sociali e/o private, l'integrazione sembra restringersi alla parte gestionale, per separati settori. Si potrebbe dire, anzi, che l'integrazione prevalente nella pratica più recente — ad esempio

* Sulla comparabilità di sistemi sanitari nazionali cfr. anche Manfred Pflanz & Elisabeth Schach (a cura di) Cross National Socio-medical Research: Concepts, Methods, Practice, G. Thieme Publisher, Stuttgart, 1976.

negli Stati Uniti — è quella gestionale tra periferia e vertice entro date organizzazioni ospedaliere. L'integrazione avviene, cioè, in senso verticale, per gli acquisti, i servizi amministrativi computerizzati, l'informatica sanitaria, le lavanderie, le infrastrutture scientifiche per cure intensive, ecc., tra catene di ospedali appartenenti a singoli Enti gestori.

Credo che, invece, noi dobbiamo focalizzare la nostra attenzione sull'integrazione in senso orizzontale e locale, ai problemi della salute nel territorio. Il tema prescelto per la seconda sezione può essere, quindi, precisato come quello dell'integrazione funzionale, tendenzialmente globale, dei servizi socio-sanitari fondamentali per singole unità locali di popolazione servita.

Avanzo al riguardo un'ipotesi generalissima. Il cammino da una situazione di non integrazione ad una di piena integrazione di servizi e presidi socio-sanitari è anche — questa l'ipotesi — il cammino da un massimo di cura della salute mediante terapie individualizzate e specialistiche ad un massimo di prevenzione ambientale e sociale, per il benessere collettivo storicamente e spiritualmente possibile.

L'ottica prescelta nell'affrontare il tema ci porta, di conseguenza, a restringere, per così dire, i riferimenti territoriali comparativi a quegli Stati europei, all'Ovest e all'Est, che abbiano un servizio sanitario nazionale, più o meno globale, articolato per livelli territoriali, di cui uno locale.

Girando di recente per l'Europa, al fine di avere una prima conoscenza sul campo delle strutture ed esperienze di integrazione locale dei servizi socio-sanitari di differenti nazioni, ci siamo imbattuti sia in strutture locali con un'organizzazione budgetaria e funzionale integrata, uniformi per tutto il territorio nazionali, sia in strutture locali solo parzialmente integrate, sia in pochi esperimenti (insieme nazionali e locali, amministrativi e scientifici, e con associazioni private, cooperanti) per un approccio globale locale spinto all'integrazione socio-sanitaria, sia infine, in progetti di programmazione amministrativa centrale destinati a promuovere il coordinamento ed il controllo budgetario, di alcuni tipi di servizi e interventi sanitari pubblici per unità d'ambiente locale.

Sigle come A.H.A. (autorità sanitarie di area), C.H.C. (consigli sanitari di comunità), Z.O.Z. (complesso sanitario integrato), H.C. (centri socio-sanitari), C.M.C. (uffici medici di contea) e titoli come « sezione sanitaria », « consorzio socio-sanitario », ecc. esprimono, in termini organizzativi, altrettanti tipi di esperienze e di istituzioni che, in differenti Paesi (Gran Bretagna, Polonia, Svezia, Francia, Italia, ecc.) e con differenti gradi di completezza, testimoniano l'ormai avviato e pur difficile processo di integrazione locale dei servizi socio-sanitari in Europa.

Di alcune di tali istituzioni ed esperienze avremo qui una specifica informazione ed analisi, sotto profili amministrativi e sanitari da parte di operatori locali. Mi riferisco ai dottori Shephard per l'A.H.A. del Bedfordshire e Zabicki del Z.O.Z. di Cracovia - Nowa Huta.

Su altre esperienze integrative riferiranno altri insigni relatori. Avremmo voluto con noi alcuni operatori impegnati in più avanzati esperimenti di integrazione socio-sanitaria locale, come il direttore del « progetto Tierp », dal nome di una Contea svedese. Nella Contea di Tierp, infatti, è in atto da alcuni anni l'esperimento più seguito, non solo in Svezia, di approccio globale all'integrazione (educativa, sanitaria, di assistenza, cura e riabilitazione per gli anziani, gli handicappati, gli alcoolisti, i drogati) come pure qualche operatore di un « Community Health Center » scozzese o gallese. Ma questo è solo il primo degli incontri. E « ad impossibilia nemo tenetur ».

Prima di accingersi ad ascoltare il Dr. Rosdahl che dopo un'importante esperienza in campo sanitario internazionale è tornato ad impegnarsi, con la sua autorità, nell'organizzazione sanitaria del suo paese, la Danimarca, mi sia consentito tracciare alcune coordinate che inquadrino il tema della nostra sezione negli aspetti e problemi più generali.

Anzitutto un chiarimento in termini di storicizzazione del tema. Molte delle sigle e delle organizzazioni sopra menzionate, non esistevano dieci o anche otto anni fa. La spinta alla riorganizzazione per integrazioni a scala locale dei servizi socio-sanitari pubblici o convenzionati è recente. Le riflessioni e i dibattiti culturali, politici e scientifici che hanno preceduto le recenti

innovazioni di prassi e di legislazione sono emerse per lo più a partire dalla seconda metà degli anni sessanta.

Quando già il processo di formazione del « Welfare state » in campo sanitario poteva dirsi compiuto (almeno in termini di estensione dell'intervento pubblico) in molti paesi d'Europa cominciarono a manifestarsi — separatamente — numerose riserve, polemiche e insoddisfazioni contro quelli che apparivano vizi del sistema. Vizi indicati nella verticalizzazione settoriale nella burocratizzazione, nella eccessiva medicalizzazione individuale, nella separatezza fra servizi sociali e servizi sanitari, nelle forti diseguaglianze nel trattamento e nelle infrastrutture tra le differenti parti territoriali e sociali di una nazione, nei costi crescenti dei servizi per il crescere enorme delle spedalizzazioni, dell'industrializzazione sanitaria e dell'uso dei farmaci, nonché del costo della manodopera per i servizi sociali personali; nell'accentuarsi dell'asimmetria di potere entro i rapporti tra medici e pazienti, ecc.

Fra il 1970 e il 1978 (data questa della legge quadro italiana di riforma sanitaria, l'ultima di numerose, importanti leggi socio sanitarie italiane degli anni settanta) in gran parte dei paesi europei, all'ovest come all'est, vengono approvate significative leggi di riforma e ristrutturazioni amministrative dei rispettivi servizi sanitari nazionali o anche solo dei servizi ospedalieri.

La già citata dichiarazione dell'O.M.S. di Alma Ata — con l'enfasi sulla cura sanitaria di base — può dirsi, pertanto, abbia messo il sigillo cultural-politico dell'organizzazione mondiale della sanità ad un movimento che era già forte e sviluppato in Europa.

La seconda coordinata concerne i servizi socio-sanitari che entrano in tutto o in parte, nel processo di integrazione e di coordinazione territoriale per unità locale. Possiamo dire che è abbastanza frequente, anche se recentissima, la integrazione ricercata tra servizi di medicina di base (medici di famiglia e infermieri a domicilio, specialistica ambulatoriale, ospedaliera almeno di primo grado, e tra servizi socio-sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione di malati mentali, handicappati fisici e psichici, inabili — specie anziani — non abbienti, tossicodipendenti,

speciali gruppi di età e di alto rischio o di alta esposizione a fattori patogeni in ambienti di vita e di lavoro.

L'assistenza medica di base o generica, svolta da medici di famiglia e da sanitari non medici (convenzionati con l'unità locale su convenzioni nazionali, o lavoratori dipendenti a tempo pieno) viene svolta a domicilio (del malato, del medico) o presso appositi centri medici che raccolgono due o più medici di base convenzionati. In genere ai servizi poliambulatoriali specialistici di unità locale sono attribuite le necessarie infrastrutture di analisi, di certificazione, di ambulanza. Si hanno poi centri, consultori, ospedali solo diurni, case di accoglienza, sede di équipes medico-psicopedagogiche, sia per l'assistenza medica individuale in ambulatorio o domicilio, sia presso istituti scolastici, manicomiali, sedi sportive, ecc.

L'analisi dell'integrazione amministrativa e/o funzionale (parziale o totale, a seconda delle legislazioni e delle prassi delle varie nazioni; tra l'assistenza medica di base, quella specialistica ambulatoriale, quella ospedaliera, gli altri servizi di riabilitazione e di cura, per pazienti interni od esterni, e i servizi e i presidi di igiene ambientale e di medicina di lavoro) deve naturalmente essere approfondita per specifiche aree o strutture o profili. Anche la dimensione demografica dell'unità locale è materia di discussione. Come primo contributo all'analisi dell'integrazione socio-sanitaria per unità territoriale locale, propongo in ogni caso i seguenti cinque profili:

a) integrazione tecnico-amministrativa o gestionale budgetaria. Un solo centro di decisione programma, amministra e coordina tutte le spese per tutti, o per parte, dei servizi socio-sanitari operanti nel territorio di ogni singola unità locale, sia che questa unità corrisponda ad un ente territoriale autarchico o non, oppure nei casi in cui l'integrazione è debole, più che di integrazione si deve parlare di coordinamento tra operatori di enti diversi ed autonomi;

b) integrazione tra servizi che operano per la prevenzione e rimozione della insalubrità dell'ambiente di vita e di lavoro e servizi che operano per la terapia individuale dei malati, per la cura degli handicappati fisici e psichici o delle persone sole e in

tutto o in parte inabili. Questa, se non erro, è una delle integrazioni meno sviluppate;

c) integrazione tra diversi tipi di operatori. Operatori sanitari (medici e non medici) tra di loro, e con operatori sociali (assistenti sociali, educatori, animatori); integrazione di operatori sanitari e sociali con associazioni volontarie mutualistiche impegnate a tutela della salute e del benessere fisico, psichico e sociale della gente del posto. L'integrazione qui può avvenire anche in senso verticale: più che integrazione in certi casi si dovrebbe parlare di coordinamento e di controllo gerarchico tra medici dei differenti livelli di competenza; i clinici universitari sugli ospedalieri, questi sugli specialistici poliambulatoriali e gli specialisti poliambulatoriali sui medici di base, come mi è sembrato avvenga da qualche tempo in Polonia. Oppure l'integrazione significa interazione, comunicazione.

E' questo un ambito in cui i processi d'integrazione provocano le maggiori tensioni e i conflitti, da intendersi anche come momenti di adattamento e di formazione di scale di prestigio e di competenze operative e di potere.

L'integrazione migliore, meno ardua, dovrebbe avvenire, poi, entro articolazioni minori dell'unità locale, come i distretti socio-sanitari. Ad esempio, tra i medici di famiglia, i sanitari, medici e non, del poliambulatorio e le associazioni volontarie, mutualistiche e di partecipazione popolare operanti nell'area del distretto, si possono creare forme periodiche di coordinazione e incontro, come mi è sembrato da poco sperimentata in alcuni distretti sanitari britannici. Oppure l'integrazione può riguardare i sanitari, medici e non, rappresentanze di operatori e animatori scolastici, esperti e rappresentanti dell'autorità locale e scienziati sociali universitari, come avviene negli esperimenti spinti di integrazione in Svezia e altrove. Nei quali esperimenti, però, mancano non di rado apposite istituzioni e istanze di partecipazione locale;

d) un altro profilo di integrazione può essere ritrovato in forme di comunicazione aperta, in andata e ritorno, tra gli operatori sanitari che curano pazienti esterni e quelli che curano pazienti internati, a tempo, negli ospedali e in altri presidi che richiedono degenza non solo diurna. Integrazione non facile e che

esige tutto uno sforzo di mediazione degli amministratori dell'unità locale sanitaria insieme con un grande e diffuso stimolo all'aggiornamento professionale — dentro e fuori gli ospedali — di tutti gli operatori sanitari;

e) una linea di integrazione necessaria ma assai ardua e, da ultimo, quella di comunicazione e di cooperazione tra amministratori di nomina politica, medici, amministrativi e sindacalisti del personale sanitario, nel rispetto delle specifiche competenze di ognuno e senza dimenticare o trascurare i diritti dei pazienti, esterni od interni, come non di rado avviene. Ed è per tutelare tali diritti dei pazienti che va richiamata l'importanza della partecipazione popolare al controllo delle unità sanitarie locali e l'azione delle associazioni di volontariato, garanzie entrambe previste dalla recente legge italiana di riforma sanitaria.

L'integrazione, nelle dimensioni ora indicate ed in altre possibili, è comunque, concludendo, un obiettivo molto difficile, specie se attuato in condizioni di crisi fiscale degli Stati e cioè in condizioni di contenimento delle spese socio-sanitarie programmate e di severi controlli budgetari. Come già si è detto, spinte di integrazione locale producono conflitti.

La linea dell'integrazione locale, tuttavia, è la linea ove si giocano le sorti del Servizio Sanitario Nazionale, della sua funzionalità ed efficacia complessive.

La linea dell'integrazione locale partecipata, come anche sottolineato dalla dichiarazione di Alma Ata, specie ai punti IV, VI e VII, è la linea — ancora — che dovrebbe portare a restringere la medicalizzazione ed ospedalizzazione della vita. Tendenze, queste ultime, che sono oggi dominanti non solo come conseguenza della più lunga età media di vita ma anche della inadeguatezza nella promozione della igiene ambientale, (che richiede interventi anche pubblici coattivi) e dell'educazione o autoeducazione sanitaria, rispetto ai continui effetti nocivi ed insani che le condizioni di vita commerciale organizzata producono nelle società urbanizzate, industriali e post-industriali, con ritmi elevati di mobilità meccanica, cattive diete, stress personali, forti disuguaglianze economico-sociali, tra povertà e abbondanza con spreco.

La legge italiana che istituisce il Servizio Sanitario Nazionale

fa dell'integrazione socio-sanitaria uno dei due pilastri tra cui gettare il ponte dell'intero servizio sanitario. Già numerose regioni hanno presentato disegni di legge sulle Unità Sanitarie Locali mentre altre hanno già legiferato al riguardo.

Mi auguro che i lavori di questa seconda sezione contribuiscano ad interpretare la legge n. 833 specie agli artt. 10, 13, 14 e 15, non come un'utopia autoctona o senza radici nell'esperienza altrui ma come una saggia e vincolante normativa foggata sul confronto di esperienze e di legislazioni europee già operanti e consolidate.

Dott. NILS ROSDAHL: I servizi sanitari e la loro integrazione con i servizi sociali.

Introduzione

La Danimarca copre un'area di 43.000 Km², che corrisponde a circa il 15% della superficie dell'Italia; è formata dalla penisola dello Jutland e da un gran numero di isole. La popolazione è di circa 5 milioni di abitanti (1/10 ca. dell'Italia) con una densità piuttosto elevata: 113 persone per Km².

Ciò significa che alcune Regioni italiane sono più ampie della Danimarca; il che sta anche ad indicare che non esistono grandi differenze socio economiche tra zone della Danimarca, ma, come in Italia vi possono essere differenze tra Regioni, così naturalmente ne esistono in Danimarca.

Dopo la seconda guerra mondiale; la popolazione si urbanizzò in misura sempre maggiore, sulla falsariga di altri paesi europei ad alta industrializzazione. Attualmente 4 milioni di persone vivono in aree urbane, 2 milioni vivono nella Copenaghen metropolitana, nei suoi suburbi e nelle altre città dello Zealand.

Il paese è diviso in 14 contee ed ulteriormente suddiviso in 277 comuni. La città di Copenaghen e la municipalità di Frederiksberg non fanno parte di alcuna contea.

La popolazione varia da contea a contea, ma è mediamente di 350.000 abitanti. Le contee sono amministrate da consigli di contea. I comuni variano anch'essi in relazione all'entità della popolazione, da un minimo di 5.000 abitanti ad un massimo di mezzo milione circa, con una media di 20-30.000 abitanti. Essi sono amministrati da un consiglio comunale.

Le contee e i comuni sono compartecipi della responsabilità globale politico-amministrativa nei riguardi della gestione quo-

tidiana e della qualità dei servizi sanitari (1). Il processo di programmazione dei servizi sanitari è compito congiunto dello Stato e degli enti locali. I servizi sanitari comprendono, in linea di massima, un sistema di assistenza sanitaria primaria — che è essenzialmente un compito affidato obbligatoriamente ai comuni — e servizi sanitari specialistici istituzionalizzati (principalmente gli ospedali), affidati alle contee. L'attuale distribuzione delle funzioni riguardanti i servizi sanitari per la popolazione danese, scaturisce dalle riforme varate dal Parlamento alla fine degli anni sessanta e all'inizio degli anni settanta.

Le riforme nel campo sanitario e ad esso correlate sono principalmente le seguenti:

1) la riforma dell'amministrazione comunale che è stata la prima sul tempo ed ha consentito le molte altre successive. Il numero delle Contee è stato notevolmente ridotto e quello dei Comuni è stato portato da 1300 a meno di trecento. Uno dei motivi di questa riduzione è stata la creazione di una dimensione della Contea tale da consentire la gestione di un servizio ospedaliero integrato. Parimenti si è perseguito lo scopo di istituire unità comunali di dimensione tale da consentire ad esse di gestire un servizio sociale, adeguatamente attrezzato.

2) Contemporaneamente alla riforma dell'amministrazione comunale si è proceduto ad un graduale mutamento nel sistema del finanziamento dello Stato verso le autorità locali. Mentre prima i finanziamenti erano concessi in percentuale alle spese sostenute, ora si è orientati verso il sistema di commisurare i finanziamenti secondo i parametri demografici delle aree interessate.

3) La legge ospedaliera è stata emendata istituendo il sistema della pianificazione.

4) Nel 1973 la legge sull'assicurazione nazionale di malattia ha trasferito alle Contee la responsabilità di gestire l'assistenza

(1) Va sottolineato che le Regioni non hanno poteri legislativi. Contee e Comuni sono amministrati dai Consigli eletti per quattro anni. Il Consiglio Regionale istituisce i Comitati per il settore sanitario: uno per gli ospedali e per la sanità e gli affari sociali. Il Consiglio Comunale istituisce il Comitato di gestione per gli Affari Sociali che è responsabile del quotidiano funzionamento del servizio.

sanitaria primaria per tutti i cittadini ed ha abolito il sistema dell'assicurazione sociale di malattia.

5) Nel 1974 è entrata in vigore una nuova legislazione sulla protezione dell'ambiente; in materia i Consigli di Contea e Comunali hanno assunto maggiori responsabilità.

6) Una nuova legge sulla sicurezza del lavoro ha esteso l'esistente servizio di Stato ed ha affidato maggiori responsabilità alle autorità locali.

7) Nel 1975 è entrata in vigore una nuova legge sull'assistenza sociale e parimenti sono state date maggiori responsabilità alle Autorità locali, con riserva tuttavia di poteri da parte dell'amministrazione centrale per quanto si riferisce alla pianificazione.

8) Nel 1976 gli ospedali psichiatrici sono stati trasferiti nell'ambito del servizio degli ospedali generali gestiti dalle Contee.

9) A partire dal 1° gennaio 1980 l'assistenza per i ritardati mentali sarà trasferita dalla competenza dello Stato a quella delle Autorità locali.

L'obiettivo globale di tali riforme è stato il decentramento delle funzioni politiche di finanziamento e controllo e, in certa misura, di programmazione di vari importanti settori dei pubblici servizi, dallo Stato (Parlamento) alle amministrazioni locali: i consigli di contea e i consigli comunali. Tali riforme furono accompagnate da notevoli cambiamenti dell'equilibrio tra il finanziamento diretto dei servizi da parte dello Stato e il finanziamento locale (contea/comune), il che ha fatto sì che i servizi sanitari sono ora quasi totalmente finanziati mediante gli introiti fiscali locali integrati da sovvenzioni dello Stato (1).

Tali riforme sollevarono le amministrazioni a livello nazionale da gran parte dei compiti amministrativi di dettaglio, dando così ai governi la possibilità di concentrare la propria azione, per esempio, sulla valutazione degli obiettivi e della gestione pratica dei pubblici servizi, sulla approvazione dei programmi locali (al livello di contea) per il settore ospedaliero, e di impartire direttive ai fini dell'ulteriore futuro sviluppo del coordinamento del-

(1) Nel 1978 lo Stato ha erogato per i servizi sanitari circa 6 miliardi di corone danesi, su un bilancio totale delle contee di circa 17 miliardi.

l'assistenza sanitaria primaria e specialistica, proponendo riforme e, in conformità alla volontà politica del Parlamento, formulando le necessarie leggi.

Dati finanziari e demografici

Nell'anno finanziario 1977, il PNL ammontò a 278.325 milioni di corone danesi, di cui il 7% destinato ai servizi sanitari. Circa il 12% della spesa pubblica venne assorbita dal settore sanitario. Ulteriori dettagli al riguardo sono riportati nella Tabella 1.

Il tasso di natalità ha subito un lieve decremento negli ultimi anni ed è appena al di sotto del 14‰. Il tasso di mortalità è rimasto pressoché immutato negli ultimi dieci anni ed è ora di circa 10‰ mentre la mortalità infantile è di 10,7‰.

La probabilità di vita alla nascita è di 76 anni per le donne e di 71 per gli uomini, con un leggero calo per questi ultimi e con una tendenza al rialzo per le prime.

Servizio sanitario primario

Il « servizio sanitario primario » in Danimarca comprende tradizionalmente i mezzi e le attrezzature per prestazioni sanitarie non istituzionalizzate.

L'attività professionale nel campo della medicina generica e dell'odontoiatria si svilupparono come libere professioni. Fin dall'ultimo scorcio del 19° secolo è stato avviato un servizio sanitario cooperativo che — in accordo con il governo centrale attraverso sovvenzioni e leggi — ottenne una considerevole influenza sul servizio sanitario primario. La Legge Nazionale sulla Previdenza Sanitaria del 1973, delegò ai consigli di contea e alla città di Copenaghen il compito di tenere in funzione un servizio sanitario primario che è finanziato dagli introiti fiscali locali.

Nel servizio sanitario primario, il cittadino può scegliere tra due sistemi. Uno di essi fornisce le cure mediche per un anno a titolo completamente gratuito. Le cure specialistiche possono essere godute dal paziente che opta per tale sistema, soltanto quando il suo medico generico lo rimanda per un consulto allo specialista. L'onorario del medico generico è regolato da un accordo tra il Servizio di Previdenza Sanitaria e le associazioni dei medici.

Il cittadino che opta per il secondo sistema ha in ogni momento la possibilità di scegliere il medico generico e lo specialista (meno del 10% della popolazione si avvale di questo secondo sistema), ma è tenuto a pagare gli onorari dei medici direttamente, anche se in seguito gli vengono rimborsati circa i due terzi della somma spesa, dal Servizio Sanitario Nazionale.

Tutti i pazienti pagano una quota parte degli onorari dentistici, e l'effettivo importo del rimborso è in rapporto alla natura del lavoro svolto.

I pazienti di entrambi i sistemi usufruiscono di un contributo del 50% sulle medicine — tra prodotti identici solo sulle medicine che hanno il prezzo più basso — reperibili presso le farmacie; un contributo del 75% viene corrisposto sui prodotti farmaceutici di importanza vitale.

La Danimarca dispone di circa 2.800 medici generici e di circa 2.900 medici dentisti, distribuiti in maniera quasi uniforme su tutto il territorio del paese. Vi sono circa 500 specialisti che svolgono la loro attività solo per una clientela privata (metà di essi all'incirca opera a Copenaghen), ma molti dei 1.700 consulenti ospedalieri svolgono anche un'attività specialistica privata.

Per tradizione, il medico generico lavora da solo. Ma attualmente, più della metà dei medici generici della Danimarca lavora in gruppi di due o più medici. In genere il gruppo opera sulla base di un accordo che prevede lo svolgimento della attività professionale in centri medici costruiti e finanziati dai medici stessi.

Fuori di Copenaghen è possibile comprare una clientela medica, previa approvazione da parte del comitato del consiglio di contea, costituito da uomini politici e medici, che può anche esercitare un controllo sul prezzo pagato. Un medico può aprire un nuovo studio in una determinata zona, ove esista la comprovata necessità di un altro medico in quella zona — solo in questo caso il comitato potrà dare l'approvazione relativa al medico.

Il lavoro preventivo è svolto dai medici o dai dentisti; molti di essi lavorano a tempo parziale come dottori/dentisti per le scuole.

Tutti i medici generici effettuano visite prenatali di donne gravide, nonché visite profilattiche ai bambini in età pre-scolare. Gran parte del lavoro di vaccinazione è svolto dallo stesso medico del paziente. Dette prestazioni sono gratuite per l'intera popolazione.

L'attuale politica è di ampliare il servizio sanitario primario così da poter controllare il rapido aumento del personale e dei costi nel sistema ospedaliero danese.

Negli ultimi dieci anni, lo sviluppo è stato caratterizzato da una accresciuta collaborazione tra i servizi sanitari e i servizi sociali.

Servizi ospedalieri

Il servizio ospedaliero costituisce una pubblica funzione fin dal 1806. Lo Stato è direttamente impegnato nella gestione di un solo ospedale: il Rigshospitalet (Ospedale Nazionale) di Copenaghen, in quanto il servizio ospedaliero psichiatrico è stato di recente trasferito dallo Stato ai consigli di contea. L'assistenza agli handicappati, ivi inclusi i minorati di mente, è considerata parte dell'ordinamento sociale. E' attualmente sotto il controllo del governo centrale ma sarà trasferita ai consigli di contea, a partire dal gennaio del 1980.

I costi di gestione dei pochi ospedali privati esistenti in Danimarca sono sostenuti da finanziamenti pubblici.

In base alla legge sui servizi ospedalieri, i consigli di contea e la città di Copenaghen hanno il compito di gestire un adeguato servizio ospedaliero. Le autorità responsabili dell'ospedale sono tenute a predisporre programmi per lo sviluppo dei servizi ospedalieri; tali programmi sono subordinati all'approvazione del Ministero degli Affari Interni. L'obiettivo di base è quello di coordinare le funzioni del servizio ospedaliero di ciascuna contea, indipendentemente dall'esistenza di altri ospedali, tenuto conto che devono essere disponibili servizi specialistici. Servizi altamente specializzati, quali la neurochirurgia, la dialisi e il trapianto dei reni, sono per lo più decentrati presso sei ospedali regionali, che corrispondono per grandi linee alla esistente rete di ospedali di insegnamento. A tal fine viene instaurata una collaborazione tra Contee con l'assistenza dello Stato.

Fin dagli anni cinquanta sono stati creati in tutto il paese ospedali centrali che servono una contea o una parte di essa, mentre sono state gradatamente eliminate piccole unità ospedaliere. Ne esistono ancora 20 di questa ultima categoria e consistono principalmente in unità chirurgiche con un numero di posti-letto inferiore ai 100. In aggiunta, vi sono circa 30 ospedali con 100-200 posti-letto, con reparti medici e chirurgici, in cui operano a sostegno specialisti di radiologia e di anestesia.

Il numero dei posti-letto e i medici operanti presso i vari tipi di ospedale sono indicati nella tabella 2. I medici costituiscono circa il 7% del personale ospedaliero, il personale infermieristico circa il 20%, e gli assistenti medici circa il 20%, mentre le varie categorie di tirocinanti incidono per circa il 10%. Il numero totale dei posti-letto di ospedale corrisponde a oltre 80 posti-letto ogni 10.000 abitanti.

Le visite e le cure presso i pubblici ospedali sono gratuite per tutti. Il ricovero ospedaliero per fatti acuti, al di fuori della contea in cui il paziente risiede, è anche gratuito. Cure gratuite sono pure previste per gli stranieri in caso di incidente o di affezioni acute. In tutti gli altri casi, lo straniero otterrà assistenza dai servizi ospedalieri danesi solo se esistono accordi di reciprocità tra il loro paese di origine e la Danimarca. Una caratteristica fondamentale delle cure ospedaliere in Danimarca è che il ricovero ospedaliero avviene di norma solo quando il paziente è rinviato in ospedale da un medico generico, salvo nei casi di incidente o di grave malattia acuta. Il servizio ambulatoriale prestato dagli ospedali è limitato alle visite prima e dopo il ricovero del paziente in ospedale.

Sanità pubblica e intervento preventivo

La vaccinazione contro la difterite, il tetano, la pertosse e contro la poliomielite, è fornita gratuitamente a tutti i bambini ed è attuata dal medico generico. Gli esami per la tubercolosi sono condotti da servizi TB gestiti dalla contea. Esiste una speciale organizzazione per il controllo delle malattie veneree.

Fin dal 1946 le donne gravide hanno acquisito il diritto ad essere visitate gratuitamente da un dottore e da una levatrice (questi ultimi sono ora dipendenti della contea). Le prestazioni

comprendono l'assistenza post-natale, compresa l'informazione in materia di tecniche antifecondative.

La Danimarca ha avuto un programma che prevede le prestazioni di un visitatore sanitario che è sovvenzionato dallo Stato, fin dal 1937, per il controllo dell'igiene infantile. L'ampio servizio sanitario per i bambini in età pre-scolare comprende attualmente visite domiciliari, il cui numero è basato sulle esigenze del bambino e della sua famiglia, e su una visita annua. Tali compiti sono in parte svolti dal visitatore sanitario, che dipende dagli enti locali, e in parte dal medico di famiglia. L'assistenza preventiva di questo tipo integra il lavoro svolto dagli enti sociali per l'orientamento della famiglia, ecc.

Il servizio medico scolastico ha rappresentato, in Danimarca, fin dal 1946, l'unico servizio sanitario preventivo con carattere obbligatorio. Dal 1972, il sistema di visite annue di tutti i bambini che frequentano le scuole, effettuate dal funzionario medico addetto, è stato parzialmente sostituito da un sistema con una base più elastica, fondato sulle esigenze individuali. Questo servizio viene fornito in collaborazione con la scuola e con le assistenti sociali dipendenti dall'ente locale. Esiste anche una collaborazione molto stretta con altri gruppi medici, mentre l'assistenza medica di routine è compito del medico di famiglia. Al funzionario medico della scuola sono anche demandati taluni compiti di carattere generale nel campo dell'igiene. Una importante figura nel contesto dell'igiene scolastica è l'infermiera scolastica; nelle comunità rurali essa svolge in genere anche la funzione di visitatrice sanitaria locale.

A sostegno del lavoro con i bambini handicappati sono stati istituiti centri per bambini ciechi e per quelli deboli di vista, e di udito, ecc., ma l'attuale tendenza è verso l'integrazione di questi soggetti nel servizio scolastico normale.

Nel 1971, sono state introdotte in Danimarca delle leggi che impongono agli enti locali di istituire cliniche dentistiche, per trattamenti gratuiti, sia preventivi che curativi, a tutti i bambini di età scolare e di età inferiore.

Le infermiere a domicilio degli enti locali, che forniscono un servizio domiciliare mobile, operano in stretta collaborazione

con gli enti sociali, con il medico generico del paziente e, ove necessario, con l'ospedale.

Centri di pianificazione familiare sono stati creati, ma la consulenza sulle tecniche antifecondative è più comunemente fornita dal medico generico o dal servizio ospedaliero in occasione del ricovero in ospedale per il parto o per l'aborto. Nel 1973, la Danimarca ha introdotto l'aborto, su richiesta, per qualsiasi donna durante le prime 12 settimane di gravidanza. L'intervento può essere effettuato presso un pubblico ospedale.

L'igiene del lavoro è stata ampliata a seguito di una recente riforma legislativa. Funzioni di consulenza e di controllo nei confronti dell'industria sono svolte da un Servizio di Controllo del Lavoro, che opera attraverso una direzione centrale e divisioni di contea. Si sta ora mettendo a punto, nell'ambito dell'industria, un servizio nazionale per i lavoratori, il cui compito primario è quello di fornire servizi preventivi per la tutela dei dipendenti delle industrie stesse.

Servizi sociali

Dal 1976, a seguito della riforma legislativa, ha avuto luogo un crescente decentramento dei servizi sociali che vengono, in linea di massima, forniti dai comuni (per es., case di riposo per gli anziani). L'assistenza agli anziani deboli e malati viene effettuata a domicilio (in collaborazione con il servizio infermieristico domiciliare) unitamente a varie forme di assistenza personale oltre che finanziaria agli invalidi e agli anziani. Inoltre, i comuni hanno il compito di provvedere asili-nido e giardini d'infanzia per bambini in età pre-scolare. Per il pagamento delle pensioni è responsabile lo Stato mentre le decisioni per l'erogazione sono prese a livello locale.

Al livello di contea, le decisioni concernenti le pensioni di invalidità e le riabilitazioni vengono prese da un comitato ad hoc. Opera anche al livello di contea un comitato di appello che esamina le deliberazioni adottate dai comuni nei casi riguardanti i sussidi e gli aiuti, in conformità con la legge sull'assistenza sociale. La stessa contea ha vari compiti in relazione ai servizi sociali, per es. istituiti specializzati per gruppi: anziani con turbe psichiatriche, alcolizzati (in relazione ai servizi ospedalieri). I-

noltre la contea è tenuta a fornire assistenza ai comuni nei riguardi sia di questioni di carattere generale, sia di casi concernenti persone che abbisognano di assistenza sociale.

A partire dal gennaio del 1980, il servizio gestito dallo Stato per i ritardati mentali verrà decentrato, e sia le contee che i comuni riceveranno una buona parte dei compiti in tale settore, i comuni saranno essenzialmente incaricati di servizi « collaterali » quali l'assistenza nelle case e l'istruzione. Le contee rileveranno le funzioni più istituzionalizzate, incluse le attività ospedaliere speciali.

Questo breve rapporto sui servizi sociali in Danimarca ha messo in rilievo alcune delle più importanti funzioni ma — si spera — sufficienti a illustrare le modalità di collaborazione tra i servizi sanitari e quelli sociali.

Collaborazione dei servizi sanitari e sociali

Al livello dei comuni, il personale sia sanitario che sociale viene reclutato da un comitato permanente per gli affari sociali, istituito dalla contea annuale. Ciò non si applica ai medici generici e ai dentisti con propria clientela.

L'assistenza dei bambini in età pre-scolare è compito primo dei visitatori sanitari, i quali quando si trovano di fronte a problemi sociali, segnalano la famiglia all'assistenza sociale del comune. Nel caso di malattia del bambino e/o della famiglia, essa si rivolge al medico di famiglia, il quale nello stesso tempo, effettua visite annuali al bambino in età pre-scolare.

Quanto agli anziani cronicamente malati a domicilio, appare ovvia la collaborazione tra l'infermiera domiciliare, l'aiuto domiciliare e il medico generico.

I problemi riguardanti i « grandi eventi sociali » di una richiesta individuale per una quantità di prestazioni di consulenza, sia che si tratti di una questione di potenziale concessione di pensione di invalidità, o di decisioni concernenti una costosa riabilitazione per l'addestramento di una persona in un nuovo lavoro o professione: in tali casi al medico di famiglia viene richiesto di fornire agli enti sociali i relativi elementi medici per iscritto. Il comune potrà allora adottare vari sistemi per la soluzione del caso.

Di solito, nei comuni più piccoli, il medico di famiglia generico è invitato a un incontro con i servizi sociali, nel corso del quale viene discusso il caso e raggiunta una conclusione. In altri comuni, uno dei medici generici della zona può operare in veste di consulente medico, a tempo parziale, per il settore sociale, e allora egli, sulla base degli elementi scritti, potrà fornire un'ulteriore consulenza medica o, ove necessario, richiederla al medico generico di famiglia. In alcune delle maggiori città, i comuni impiegano, in taluni casi, dottori a tempo pieno aventi una preparazione professionale multidisciplinare.

Un altro esempio che dimostra la necessità di collaborazione sia a vari livelli che tra servizi sanitari e sociali è dato dal problema del trasferimento di un paziente dall'ospedale (a livello comunale) ad una casa di riposo (a livello comunale) in quanto il paziente non ha di che essere assistito nella propria casa. A questo fine sono stati previsti sistemi organizzativi e di coordinamento.

Al livello di contea, in cui vengono adottate decisioni definitive, per esempio, in materia di pensioni di invalidità, si rende necessaria l'assistenza medica. Tale assistenza proviene essenzialmente da due fonti. Una di esse è rappresentata dal Dipartimento dei funzionari medici di sanità che è gestito dallo Stato. Esso comprende in genere 3 o più funzionari medici nominati dallo Stato, che sono a disposizione delle contee (e dei comuni in seno alle contee) per questioni relative all'igiene dell'ambiente, alla medicina sociale e della comunità; essi assistono anche il governo centrale nella predisposizione di statistiche vitali e mediche, e nel controllo del personale medico, oltre a fornire alla polizia e ai tribunali la propria consulenza medica.

Tali funzionari forniscono altresì la propria consulenza in materia di funzioni di pertinenza della contea e relative al comitato sociale di appello e al comitato per le adozioni nonché in altre materie di medicina sociale al livello di contea.

Il secondo gruppo di consulenze tecniche si fonda sui medici alle dipendenze della contea. In genere essi operano in veste di consulenti dei servizi ospedalieri nel settore sociale al livello di contea. Essi provengono di solito da varie specializzazioni, quali la pediatria, la psichiatria, l'ostetricia e la geriatria, nonché l'or-

topedia, ecc. In alcune contee dottori a tempo pieno vengono impiegati dal settore sociale.

Al livello di governo centrale, sono vari gli enti coinvolti. Il Ministero degli Affari Interni ha il compito di emanare le norme che regolano l'attività del personale medico, il servizio ospedaliero e le misure preventive, mentre il Ministero degli Affari Sociali è incaricato della emanazione di leggi relative al servizio sanitario primario. La tutela dell'ambiente e la sicurezza alimentare sono di pertinenza del Ministero dell'Ambiente. Il Servizio Sanitario Nazionale (*sundhedsstyrelsen*) è un organo distinto che è alle dipendenze del Ministero degli Affari Interni e che funge da consulente per i ministeri e per gli enti locali in materia di sanità. Il capo del Servizio Sanitario Nazionale danese è un medico, e il servizio impiega personale sanitario e amministrativo.

Il sistema di programmazione

Il compito della programmazione della sanità e dei servizi sociali è demandato al governo centrale e alle amministrazioni locali, in base a leggi approvate dal Parlamento.

Esistono due principali sistemi o processi, l'uno riguardante i servizi ospedalieri e l'altro relativo al settore sociale.

A motivo di un emendamento alla legge sugli ospedali del 1969, le contee devono predisporre un programma globale per la gestione e futuro sviluppo dei servizi ospedalieri, e tali programmi sono sottoposti al Ministero degli Affari Interni per l'approvazione. Questo comprende ora anche l'obbligo di sottoporre piani per i servizi psichiatrici. I programmi di nuove costruzioni, di nuovi reparti specializzati devono essere sottoposti alla approvazione prima della loro pratica attuazione. Nell'esame di tali programmi, il Ministero degli Affari Interni opera in stretto collegamento con il Comitato Sanitario Nazionale sopra menzionato, il quale fornisce la propria consulenza su questioni tecniche e professionali, e avvia le trattative con le contee in questione. Il programma deve anche essere sottoposto al Comitato Permanente sugli Ospedali, istituito dal Ministro. In tale Comitato sono rappresentati i vari ministeri interessati, incluso quello delle Finanze, oltre a rappresentanti dei proprietari degli ospedali e delle regioni stesse.

Per quanto riguarda la programmazione dei servizi sanitari di comunità, una legge dal titolo « Direttive su problemi sociali e su determinate questioni sanitarie » fa obbligo a ciascuna comunità di fare un piano per un periodo di 5 anni e di riesaminare ogni anno, il che in effetti è una pianificazione scorrevole. Un rapporto annuo nazionale sulle risorse della comunità destinate all'assistenza sanitaria e sociale, è previsto nel quadro del sistema informativo che sostiene i programmi. I piani di comunità sono coordinati dal consiglio di contea, che così provvede al coordinamento delle attività di assistenza sanitaria insieme ai servizi ospedalieri. Il Ministero degli Affari Sociali sottopone al Comitato Sanitario Nazionale le parti del programma riguardanti la sanità perché questo esprima il suo parere, e può intervenire nel programma; esso programma anche le direttive. Direttive per il contenimento dei costi dei servizi sociali a favore degli anziani furono emanate nell'aprile del 1976, parallelamente alla direttiva per il contenimento dei costi ospedalieri.

Onde garantire la migliore collaborazione possibile sulle questioni relative alla politica sanitaria al livello di governo centrale, è stato istituito un gruppo di coordinamento composto di funzionari di grado elevato dei Ministeri degli Affari Interni e degli Affari Sociali, nonché 3 Comitati di Sanità, di Previdenza Sociale e di Assistenza Sociale.

Note conclusive

C'è in Danimarca il desiderio generale di controllare il budget globale sanitario e specialmente di migliorare la distribuzione dell'intero budget.

Esistono leggi quadro di programmazione e direttive, anche se taluni gruppi di personale sanitario sono meno regolamentati di altri, e sebbene regolari processi di programmazione siano stati introdotti per la prima volta nel 1970.

Non c'è dubbio che negli anni a venire la programmazione rappresenterà lo strumento non soltanto di controllo dei costi, ma anche di una migliore assegnazione delle risorse globali de-

stinate alla assistenza sanitaria. Il processo è iniziato nel 1970; rigide attività per il controllo dei costi entrarono in vigore per la prima volta nel 1975; e un dettagliato ed esauriente approccio alla programmazione si prevede comincerà a dare i suoi effetti sui servizi sanitari in questi anni.

Tabella 1

CONSISTENZA NUMERICA TOTALE DEL PERSONALE DEL SERVIZIO SANITARIO (POSTI A TEMPO PIENO) AL GENNAIO 1978, E SPESA PUBBLICA PER LA SANITA' NEL 1977

<i>Istituti che forniscono cure</i>	<i>Personale</i>	<i>Costi di gestione (milioni di corone)</i>
Amministrazione ospedale centrale	492	462
Ospedali generali	72.772	9.186
Ospedali psichiatrici	10.924	1.216
TOTALE	84.188	10.864 (1)
<i>Servizio sanitario primario, ecc.</i>		
Attività medica generica e specialistica (2)	5.500 (6)	1.571 (4)
Attività dentistica (2)	11.000 (6)	1.000 (4)
Farmacie	7.100	685 (4)
Altre categorie (3)	5.800 (6)	480 (5)
TOTALE	29.400	3.736
Servizio Sanitario, Totale Generale	113.588	14.600

(1) Esclusi gli investimenti di capitale per circa 1.000 milioni di corone danesi.

(2) Incluse le cliniche odontoiatriche per i bambini.

(3) Infermiere domiciliari, visitatori domestici, funzionari medici scolastici, levatrici, ecc.

(4) Esclusa la quota parte pagata dai pazienti.

(5) Anno finanziario 1975-76.

(6) Stima.

Tabella 2

**CAPACITA' OSPEDALIERA (POSTI LETTO) E NUMERO DEI POSTI PER
I MEDICI A TEMPO PIENO: PER CATEGORIE OSPEDALIERE**
(Maggio 1978)

	<i>Numero ospedati</i>	<i>Numero posti letto</i>	<i>Numero medici</i>
Ospedali con almeno 3 reparti clinici e più di 800 posti letto	8	10.021	2.166
Ospedali con almeno 3 reparti clinici e meno di 800 posti letto	34	14.308	2.524
Ospedali con reparti medici e chirurgici soltanto	30	4.431	552
Ospedali piccoli, soprattutto chirurgici	24	1.636	129
Ospedali psichiatrici specializzati*	16	8.381	374
Altri istituti ospedalieri	22	2.244	139
TOTALE	134	41.021	5.884

* Comprese le case di cura psichiatriche che fanno parte dei servizi ospedalieri.

Mr. W.H. SHEPHARD: Programmazione e gestione della spesa pubblica sanitaria in un'area sanitaria: il Bedfordshire.

1. Descrizione generale dell'Area

Il Bedfordshire è una contea rurale situata a circa 30/50 miglia a nord di Londra. Negli ultimi anni si è avuto un significativo spostamento di popolazione nell'area a causa della relativa economicità e disponibilità di alloggi. I collegamenti stradali e ferroviari con Londra, che sono già buoni, miglioreranno probabilmente ancora nel 1982 con il completamento del programma di elettrificazione tra Londra e Bedford. La popolazione della contea è pertanto aumentata rapidamente in questi ultimi anni, passando da 463.000 unità (1971) a circa 484.000 unità (1974). A metà 1978, la popolazione era di circa 494.700 abitanti, di cui 265.200 residenti nella parte meridionale della contea e 229.500 in quella settentrionale.

A seguito della ristrutturazione dell'amministrazione locale avvenuta nel 1974, è stato nominato un Consiglio di Contea, il quale, in aggiunta ad altri servizi, gestisce le prestazioni sociali individuali in tutto il territorio amministrativo della contea stessa.

Luton, il più grosso agglomerato urbano nell'ambito della contea, con una popolazione stimata in 161.500 abitanti, è un centro industriale ben noto per le sue fabbriche di automobili. Il capoluogo di contea, Bedford, è ubicato a circa 20 miglia a nord di Luton. Luton e Bedford sono i due principali centri di popolazione della contea. A seguito della ristrutturazione del Servizio Sanitario Nazionale del 1974, la contea divenne un'area bidistrettuale con un'Autorità Sanitaria di Area con il compito di fornire le prestazioni sanitarie in tutto il territorio della contea. I compiti operativi quotidiani furono affidati a due équipes di gestione distrettuale, l'una responsabile del Distretto settentrionale, con

base a Bedford, l'altra del Distretto meridionale, con base a Luton. In ciascuna città c'è un policlinico distrettuale che offre una gamma completa di attrezzature ospedaliere, inclusi reparti diagnostici per i pazienti ricoverati e per quelli ambulatoriali.

E' inoltre in funzione un ospedale con 800 posti letto per pazienti malati di mente nel Distretto meridionale, un ospedale con circa 300 posti letto per i pazienti mentalmente handicappati nel Distretto settentrionale, oltre a piccoli ospedali di 40/90 posti letto per i pazienti geriatrici, a un convalescenziario con circa 30 posti letto e ad un ospedale post-operatorio con 75 posti letto che serve entrambi gli ospedali di Luton e Bedford. Vi sono poi, nella comunità, 10 Centri Sanitari e 21 Ambulatori, oltre agli studi dove esercitano la loro attività professionale circa 217 medici generici.

Nel prospetto di cui alla tavola 2 sono riportate sommariamente le entrate e le uscite dell'Autorità Sanitaria Locale per gli anni dal 1975/76 al 1978/79.

Un'ulteriore tabella (Tavola 1), mostra la percentuale di spesa destinata ai vari settori del servizio nel Bedfordshire negli ultimi due anni.

2. Descrizioni nelle grandi linee del finanziamento del Servizio Sanitario in Inghilterra dal 1974

La legge 1977 relativa al Servizio Sanitario Nazionale ha sancito l'obbligo per il Segretario di Stato incaricato dei Servizi Sociali, di « continuare l'azione di promozione in Inghilterra di un servizio completo ed esauriente inteso ad assicurare il miglioramento delle salute fisica e mentale della popolazione del paese, nonché una migliore diagnosi preventiva e un miglior trattamento delle malattie ».

Dal 1974 sono state istituite Autorità Sanitarie con le più ampie funzioni in materia di servizi ospedalieri, di servizi di medicina generica, che in precedenza erano di pertinenza degli enti locali. Tutte le prestazioni sanitarie sono ora pagate dal Governo centrale che si avvale delle entrate fiscali globali, dei contributi della previdenza sociale e, ancorché in piccola mi-

sura, delle entrate derivanti dalla prestazione di taluni servizi resi a pazienti privati nonché per cure dentistiche e oftalmiche. La struttura del servizio, dopo la riorganizzazione del 1974, è descritta nella comunicazione redatta dal Dipartimento della Sanità e della Sicurezza Sociale (DHSS).

3. Il sistema nazionale di programmazione dei servizi sanitari e sua applicazione locale

I seguenti paragrafi tratti dalla Relazione della Commissione Reale sul Servizio Sanitario Nazionale, fissano le caratteristiche fondamentali del Sistema di Programmazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Il Sistema di Programmazione

Il principale meccanismo per attuare le priorità fissate dal Governo nell'ambiente del sistema sanitario nazionale, è rappresentato dal sistema di programmazione. I Ministeri e le Autorità Sanitarie necessitano di una struttura nel cui ambito operare scelte con piena conoscenza delle possibilità esistenti ed in grado di prevedere ogni eventuale conseguenza derivante dalle scelte stesse. Il metodo della programmazione è appunto inteso a fornire tale struttura.

In Inghilterra, il metodo sistematico della programmazione fu introdotto nel 1974 nell'ambito del Dipartimento della Sanità e della Sicurezza Sociale e, nel 1976, a livello di contea fu avviato un sistema di programmazione del Servizio Sanitario Nazionale e dei servizi sociali.

La programmazione in questo settore viene messa in moto ogni anno con la pubblicazione e la diramazione di speciali direttive da parte del Segretario di Stato, sulle politiche e sulle priorità e sulle valutazioni delle risorse su cui la programmazione deve basarsi. Le direttive iniziali vengono pubblicate come documento consultivo, e la intera programmazione viene considerata dal punto di vista consultivo più che dispositivo. Le reazioni delle autorità sanitarie sono contenute nei documenti sottoposti al D.H.S.S. e il Segretario di Stato ne tiene conto nei

suoi periodici riesami delle direttive della programmazione da lui emanate.

La programmazione consente altresì di armonizzare i piani delle autorità sanitarie con le politiche nazionali, nonché di valutare lo sviluppo dei servizi. Lo schema di programmazione ha due possibilità di adattamento: è soggetto a revisione nel tempo, ed è considerato dalle autorità periferiche alla luce delle situazioni locali. Sostanziali divergenze rispetto al quadro nazionale possono essere giustificate in particolari circostanze e possono perfino portare a un uso migliore delle risorse disponibili. Ma le ragioni che hanno determinato tali divergenze possono meritare un approfondito studio e condurre a un riesame della stessa direttiva nazionale.

In aggiunta al sistema di programmazione, il D.H.S.S. ha messo a punto un budget programmatico come mezzo per fissare il costo delle politiche per lo sviluppo delle prestazioni « erga omnes ». Le spese potranno essere stanziare per larghi gruppi di pazienti e di utenti e potranno mostrare gli orientamenti di spesa in relazione ai gruppi individuati.

Si è avuta, nel Bedfordshire, una notevole attività di programmazione rientrante nel ciclo di programmazione operativa inteso a produrre piani di servizi triennali, il piano strategico decennale e il settore della programmazione congiunta con le autorità locali.

Programmazione Operativa: è una attività essenzialmente di distretto, basata sul programma annuale seguente:

Marzo - Aprile: Si recepiscono le direttive di programmazione regionale del D.H.S.S., incluse le previsioni di spesa per il triennio che inizia al mese di aprile.

Maggio: Le direttive di Area vengono approvate dall'Autorità Sanitaria di Area e diramate alle équipes di Gestione Distrettuale e ai Direttori di Area.

Giugno - Agosto: Vengono elaborati piani di servizi a livello di Area e di Distretto.

Settembre - Novembre: Progetti di piani vengono diramati a scopo di consultazione ai Consigli Sanitari, alle Commissioni

Consultive del Personale, ai Comitati Consultivi delle Autorità locali, agli organi consultivi, ecc. Un commento su tali piani viene predisposto dalla Equipe dei Funzionari di Area, che esprimono le loro personali opinioni.

Dicembre: I piani operativi e il suddetto commento vengono sottoposti alle Autorità Sanitarie di Area e, se approvati, vengono inoltrati all'Autorità Sanitaria Regionale.

Gennaio - Marzo: L'Autorità Sanitaria Regionale riceve dettagli sulla composizione dello stanziamento finanziario per l'anno seguente, e i piani vengono inclusi in bilanci preventivi (budget) per quell'anno a partire dal 1° di aprile.

I piani riflettono un input multi-disciplinare. Vi è una Equipe di Programmazione Distrettuale oppure un gruppo di lavoro per ciascun paziente o per ciascuna voce di prestazione, e l'Equipe dei Funzionari di Area fruisce della collaborazione di una Equipe di Programmazione costituita da funzionari di secondo grado. Le Equipes di Gestione Distrettuale e l'Equipe dei Funzionari di Area forniscono la consulenza, suggerimenti in ordine alle priorità, in modo che i programmi definitivi non esorbitino dalle direttive relative alle risorse finanziarie. Sebbene il processo di Programmazione Operativa sia stato sviluppato e migliorato nell'arco di un quadriennio, esistono ancora difficoltà e problemi che attendono una soluzione. Le voci che seguono delineano alcuni dei problemi che si sono presentati a livello locale:

a) Carenza di personale

Il ciclo annuale è di vasta portata — tutti i servizi sono coperti ogni anno, e ciò implica una notevole mole di consultazioni, tanto nell'ambito dell'Autorità quanto con organi esterni ad esso. I direttori sono oberati di lavoro e con i pochi programmatori a tempo pieno disponibili, il lavoro di programmazione deve essere assorbito da funzionari che hanno già altri incarichi di notevole importanza. In pratica, la programmazione dell'ambito distrettuale inizia molto presto nell'anno allo scopo di poter completare la stesura preliminare di programmi non oltre il mese di agosto.

E' opinione diffusa che un sistema più semplificato permetterebbe un esame approfondito di alcuni servizi prescelti, piut-

tosto che la revisione globale annuale che inevitabilmente si concentra sulla crescita dei servizi. Anche il sistema di consultazione potrebbe essere semplificato.

b) Ritardo nell'emanazione delle direttive da parte del DHSS e della R.H.A. e conseguenti incertezze finanziarie

La tabella dei tempi di esecuzione ha risentito dei ritardi nell'emanazione da parte del DHSS delle direttive alle Regioni, e da parte delle Regioni alle Aree. In particolare, le direttive finanziarie da parte della Regione non erano disponibili quando richieste. Ne è risultato che sono state effettuate ipotesi finanziarie nell'area che si sono dovute in seguito modificare. La credibilità dei programmi ne ha pertanto sofferto. Ciò rispecchia un problema più di fondo, che è quello relativo a frequenti variazioni della situazione finanziaria causate, tra l'altro, da cambiamenti della redistribuzione dei beni, dalle crisi di Governo, e dalla introduzione, nel 1976, del sistema limitativo della liquidità. Mentre uno degli obiettivi della programmazione è la flessibilità necessaria per reagire alle situazioni mutevoli, i frequenti cambiamenti nella disponibilità di fondi, rendono quasi impossibile una programmazione coerente. L'incertezza si è persino estesa, occasionalmente, all'anno seguente, a causa della ritardata notifica degli stanziamenti finanziari.

c) Base informativa

Vi sono difficoltà per quanto riguarda la messa a punto delle necessità di informazione, nonché di una adeguata base informativa per la programmazione. Le statistiche attualmente prodotte non si riferiscono necessariamente alla programmazione, e quindi si è avuta carenza di informazioni essenziali sulle necessità relative a diversi servizi.

I dati finanziari sono per lo più collegati al controllo budgetario e alle sue esigenze, e si ha una carenza globale di dati finanziari attendibili riferiti agli stanziamenti di fondi tra i gruppi di assistenza sanitaria, e relativi all'analisi delle alternative e della valutazione delle priorità in un contesto costo/beneficio. Pur tuttavia, si è tentata una analisi della spesa, su base storica, tra i gruppi assistiti, e se ne dà un esempio nella tavola 4. Le prestazioni elencate includono quelle finanziate dal dipartimento

Servizi Sociali dell'ente locale, in piena armonia con i « Gruppi di Programmazione » nazionali.

I piani strategici devono essere ora elaborati ogni quattro anni, e rappresentano essenzialmente una attività Regionale e di Area. Il Bedfordshire ha elaborato il proprio Piano Strategico nel 1978, e l'Autorità Sanitaria Regionale si sta attualmente consultando sul contenuto del Piano Strategico Regionale. In teoria, i piani Regionali dovrebbero rappresentare l'aggregazione dei Piani di Area, ma il processo non è stato ancora messo a punto in misura tale da fornire specifiche direttive Regionali (inclusi gli impegni di spesa) entro cui si possano inquadrare Piani Strategici di Area. A motivo del periodo di tempo coinvolto (10 anni) i presupposti finanziari sono ancora più incerti che non la Programmazione Operativa. Sembra che il buon esito dell'integrazione della pianificazione di capitale, finanziaria e della manodopera in un Piano Strategico globale che indichi precise priorità, necessiterà di molto tempo per poter essere conseguito.

La programmazione congiunta con le Autorità locali è effettuata a livello di organismi, dai Comitati Consultivi Congiunti e, a livello dei funzionari, da una Equipe di Programmazione Congiunta per l'assistenza sanitaria. Sebbene la Programmazione Congiunta comprenda settori quali gli alloggi, l'igiene ambientale, i trasporti e l'istruzione, il maggiore impatto pratico lo si ha nell'Area dei Servizi Sociali. Vi sono difficoltà di ordine pratico nell'integrazione dei piani di Servizi Sociali con i Piani Sanitari, sia livello Operativo che a quello Strategico, a causa delle diversità nei sistemi finanziari, di programmazione e amministrazione attuati dalle due Autorità interessate e, cioè, dall'Autorità Sanitaria di Area e dal Consiglio di Contea.

Sono stati varati accordi, chiamati di « Finanziamento Congiunto », in virtù dei quali all'Autorità Sanitaria vengono concessi stanziamenti specifici per assistere il Consiglio di Contea nelle spese in c/capitale per progetti di servizi sociali, a beneficio chiaramente dell'autorità sanitaria. Tali accordi hanno dato un notevole impulso alla programmazione congiunta e contribuiscono ad attuare, nel Bedfordshire, progetti includenti case di cura per i malati di mente ricoverati, per i minorati mentali, case di riposo per anziani e un servizio di assistenza notturna per i malati gravi della comunità.

4) *La Gestione della Spesa del Servizio Sanitario*

a) Assegnazione dei fondi e controllo budgetario

Sotto il profilo operativo, lo stanziamento dei fondi ha inizio ogni anno quando il D.H.S.S. fissa a ciascuna delle 14 Autorità Sanitarie Regionali un « limite di danaro contante » cioè di liquidità per provvedere a:

- le spese ordinarie del servizio;
- l'aumento necessario per far fronte all'intero costo annuale degli scatti di salario concordati a livello nazionale durante l'anno precedente;
- gli eventuali ritocchi necessari per la spesa addizionale accettati dal Tesoro in quanto derivanti dall'inflazione nel periodo precedente;
- una misura finanziaria addizionale per i movimenti salariali e dei prezzi che si pensa avranno luogo nei dodici mesi seguenti.

L'Autorità Sanitaria Regionale determina quindi e notifica a ciascuna Autorità Sanitaria di Area nella Regione i suoi limiti di liquidità che includono, ove necessario, ritocchi intesi a conseguire in un certo numero di anni un maggiore grado di perequazione nella distribuzione delle risorse tra le varie Aree. A seguito di una valutazione del fabbisogno, che è essenzialmente riferito alla popolazione, il Bedfordshire è stato designato come « zona depressa » nell'ambito territoriale della Regione del Tamigi nord occidentale. Negli ultimi anni l'Autorità Sanitaria di Area ha pertanto ricevuto, nell'ambito dei suoi limiti annuali di liquidità e di assegnazione di capitali, ulteriori fondi per far sì che gli sviluppi possano continuare e in particolare per fronteggiare i costi dei progetti, quale le nuove corsie di ospedale e le nuove sale operatorie in ospedali già esistenti.

Solo in epoca relativamente recente le assegnazioni di capitali ai Distretti entro un'area sono stati riferiti ai costi storici: spese effettive approvate relative all'anno precedente con somme supplementari aggiunte per gli sviluppi approvati.

Negli ultimi due anni, il fabbisogno di ciascun Distretto è stato valutato su una base di popolazione per stabilire « stanziamento

menti obiettivo » verso i quali dovrebbero essere orientati gli stanziamenti annui. Accade così che ciascun Distretto viene a trovarsi molto al di sotto di tale obiettivo, con il Distretto Meridionale che è il più depresso dei due. Per rimediare a un siffatto stato di cose, l'Autorità Sanitaria di Area sta attuando una politica di perequazione delle risorse — per la cui attuazione occorreranno molti anni — per ciascun Distretto. Misure separate vengono disposte per i servizi forniti a livello di Area, cioè, servizio di ambulanza, servizi della sede centrale dell'area, e costi di amministrazione del comitato dei medici di famiglia.

Nel marzo o nell'aprile di ciascun anno, l'Autorità Sanitaria di Area effettua uno stanziamento globale a ciascun Distretto e a ciascun servizio di Area. Le Equipies di Gestione Distrettuale e i Direttori dei servizi di Area vengono invitati a decidere autonomamente tenendo presenti le direttive di politica locale e nazionale, su come ridistribuire lo stanziamento globale tra i vari servizi. Nel fare ciò, l'Autorità si attende che venga tenuto debito conto dei Piani Operativi, per il primo anno, approvati dall'Ente nel corso dell'anno precedente. A giugno, tutte le proposte formulate dalla Equipe di Gestione Distrettuale e dal Direttore dell'Area vengono riunite e sottoposte all'Autorità Sanitaria dell'Area perché le approvi, e una volta approvati, tali stanziamenti rappresentano i loro limiti di spesa per ciascun anno.

Dall'epoca della ristrutturazione (1974), è stato introdotto un sistema di bilancio preventivo e di contabilità « funzionali » nell'Area, in virtù del quale vengono predisposti budget separati per servizi specifici, per es., fornitura di cibi, bevande, ecc., lavanderia, trasporti, manutenzione immobili. Ciascun budget diviene di pertinenza di un funzionario a cui viene affidata la responsabilità del bilancio e l'Autorità controlla che tale funzionario assicuri che non si superino i limiti di spesa.

Negli anni passati, le Autorità Sanitarie erano state autorizzate a riportare all'anno seguente quanto speso in meno fino a un limite massimo dell'1% dell'assegnazione finanziaria, mentre ogni spesa in eccedenza al budget veniva a rappresentare un aggravio a carico dell'anno seguente.

Negli ultimi mesi, sono state impartite istruzioni alle Autorità Sanitarie onde far sì che non vengano separati i limiti delle

disponibilità finanziarie per il 1979/80. Ciò significa, a sua volta, che le Autorità dovranno ora far pressione affinché i singoli responsabili dei budget diano assicurazione di non superare i rispettivi bilanci. La necessità di riportare all'anno successivo le spese in eccesso può agire da utile deterrente sui Direttori e sulle Equipes di Gestione, mentre la possibilità di riportare le spese sostenute in meno può rappresentare un importante elemento a favore di un impiego ottimale delle risorse.

Le spese (e le entrate) vengono « codificate » sotto le relative voci di intestazione man mano che si verificano, il che, oltre ad adeguarsi all'analisi necessaria, a livello nazionale, per la predisposizione della contabilità annuale su base uniforme, individua la voce di costo nonché il responsabile del budget. Ciascun responsabile riceve, a intervalli mensili, un'analisi delle spese registrate nei suoi confronti, e tale analisi viene raffrontata con una analisi degli stanziamenti approvati e modificati secondo il periodo a cui si riferiscono. Pertanto, l'andamento delle spese a fronte dei budget può essere esaminato a intervalli mensili, ed è compito del Funzionario Distrettuale preposto ai finanziamenti comunicare alla sua Equipe di Gestione Distrettuale le variazioni di budget. Quest'ultima dovrà a sua volta decidere, se necessario, quali misure adottare per ovviare a una situazione di spesa in eccesso, qualora essa risulti non altrimenti controllabile. Un rendiconto viene preparato dal Tesoriere dell'Area (che nel Bedfordshire provvede, da un ufficio centrale, ai servizi finanziari per ciascun Distretto), e tale rendiconto viene regolarmente sottoposto all'esame delle Autorità Sanitarie di Area che sono così poste in condizione di controllare le spese in tutto l'arco dell'anno. Le cifre fornite nella Tavola 2 mostrano l'efficacia di questo sistema di controllo nell'ultimo quadriennio.

b) Storno di fondi

Una volta determinato e approvato il budget annuale, lo storno dei fondi da una voce all'altra di spesa (virement) è autorizzato solo con il previo benestare dell'Autorità. L'autorizzazione o meno del « virement » dipende dalle circostanze del caso.

c) Riserve

Sia l'Area che il Distretto possono costituire delle riserve nell'ambito degli stanziamenti ad essi concessi, per far fronte a

impreviste voci di spesa. In pratica, tali riserve tendono ad essere assai esigue e sono destinate a scopi specifici (per es., sostituzione di materiale sanitario, lavori di emergenza e di manutenzione).

d) Impiego produttivo dei fondi

Non meno importante del compito di garantire che la spesa non ecceda il budget — e più difficile ancora — è il compito di cercare di far sì che i fondi siano utilizzati efficientemente ed efficacemente. I tentativi in tal senso sono integrati dalla redazione e pubblicazione, in forma standardizzata sul piano nazionale, di una serie di costi unitari (per giornate di ricovero, per l'assistenza ai pazienti ambulatoriali, ecc.) analizzati per tipi di ospedale e sulla base di vari elementi di spesa. Il raffronto tra i costi locali e le medie nazionali o regionali possono fornire indicazioni di aree di costi relativamente bassi o elevati, su cui è opportuno effettuare particolari indagini. Altri dati pubblicati dal D.H.S.S., quali le « Guide per un buono esercizio della professione » e gli « Estratti di studi di efficienza », forniscono informazioni sugli auspicabili modelli economici e di efficienza. L'uso dello Studio/Organizzazione e metodi di lavoro, del personale e delle tecniche è anche da riferirsi a questo settore, sebbene vada riconosciuto che attualmente le aree cliniche non sono state praticamente toccate da nessuna delle dette tecniche.

e) Investimenti di Capitale

Ai fini di contabilità e di delega, le seguenti definizioni si applicano alle Autorità sanitarie inglesi:

— Investimenti di capitale: gli investimenti di capitale vengono essenzialmente definiti come spese per singoli progetti di lavoro il cui costo raggiunge o supera le 10.000 sterline. Ai fini contabili, un progetto viene definito come « il lavoro con il connesso acquisto di attrezzature, programmato per procedere direttamente all'attuazione del progetto secondo un ordine progressivo, anche se il lavoro può essere effettuato in fasi ». La più importante eccezione a questa definizione è l'acquisto, le migliorie, la sostituzione di veicoli e di singole voci di apparecchiature mediche, dentistiche e di elaborazione elettronica, il cui costo raggiunga o ecceda le 5.000 sterline.

— Progetti di investimenti di capitale di primaria importanza: vale a dire progetti del costo di 350.000 sterline o oltre. Tali progetti devono essere elencati singolarmente in programmi da inoltrarsi al D.H.S.S. Sebbene il D.H.S.S. possa chiedere ulteriori dettagli sui progetti il cui costo superi le 500.000 sterline, in pratica sono solo i progetti il cui costo è superiore ai 2 milioni di sterline, che vengono da esso esaminati in dettaglio.

— Progetti di investimenti di capitale di piccola entità: vale a dire progetti il cui costo si pone tra le 50.000 e le 350.000 sterline. Con l'eccezione dei progetti delegati a motivo del loro tipo, come i centri sanitari e gli alloggi residenziali, la gestione di tali progetti, dalla fase di progettazione a quella della costruzione, è compito delle Regioni. L'Autorità Sanitaria Regionale ha tuttavia la facoltà di delegare tale compito a livello di Autorità Sanitaria di Zona e su una base ad hoc.

— Progetti di esigua entità: vale a dire progetti il cui costo non supera le 50.000 sterline. La gestione di tali progetti è compito dell'Area, e il relativo finanziamento è fornito da stanziamenti di blocco da parte dell'Autorità Sanitaria di Area.

I compiti dell'A.H.A. in materia di investimenti di capitale si riferiscono principalmente alla gestione di:

Progetti di investimenti di capitale di esigua entità.

Progetti delegati.

Un'importante considerazione pratica in relazione all'investimento di capitali, è la valutazione iniziale dei costi di gestione annuale dello sviluppo per garantire che quando l'edificio sarà terminato e posto in uso, siano disponibili fondi atti a coprire i costi di gestione relativi all'ulteriore fabbisogno di personale, all'energia elettrica, all'illuminazione e al riscaldamento, alla manutenzione dell'edificio, ecc.

f) Controllo amministrativo

Il controllo amministrativo è stato definito « uno strumento mediante il quale qualsiasi organizzazione può avvalorare la propria solubilità mediante controlli di prova sui metodi finanziari, sull'esistenza e sicurezza degli immobili, sui rapporti costo/efficienza e costo/efficacia.

Per garantire il mantenimento di efficienti sistemi finanziari, è stato istituito in piccolo reparto interno per il controllo della contabilità sotto la supervisione del Tesoriere, al quale i revisori dei conti riferiscono le loro risultanze contabili nonché le loro raccomandazioni intese ad assicurare una migliore sistemazione dello stato di cose. In virtù delle Istruzioni Finanziarie Permanenti approvate dall'A.H.A., i loro revisori contabili interni hanno il potere di esaminare i metodi finanziari in ogni settore delle attività dell'Autorità per accertare che tali metodi siano esenti da frode, che sia garantito il valore a fronte del denaro speso, e non sia posta in dubbio la probità delle numerose operazioni finanziarie intraprese dall'Ente attraverso i propri funzionari.

Tavola 1

BEDFORDSHIRE AREA HEALTH AUTHORITY
PERCENTAGE OF EXPENDITURE
DEVOTED TO THE VARIOUS BRANCHES OF THE SERVICE
IN THE YEARS 1977/78 AND 1978/79

1978/79			1977/78	
%	%		%	%
	56.09	Hospital Services		54.63
		Family Practitioner Services		
9.14		— General Medical	9.29	
14.30		— Pharmaceutical	15.03	
4.19		— General Dental	4.79	
0.92	28.55	— General Ophthalmic	0.98	30.09
	8.67	Community Health		8.60
	2.20	Ambulances		2.13
	4.49	Other, including Administration		4.55
	<u>100.00</u>			<u>100.00</u>

**BEDFORDSHIRE AREA HEALTH AUTHORITY
REVENUE EXPENDITURE 1975/76 TO 1978/79**

	1975/76	1976/77	1977/78	1978/79
	£	£	£	£
Hospital Services	17,885,968	19,383,811	22,803,102	25,206,638
Community Health Services	2,809,775	3,152,721	3,524,950	3,968,189
Ambulance Services	705,310	772,141	895,010	980,518
District Administration	611,520	519,685	565,826	582,605
Area Administration	689,622	1,111,353	1,257,578	1,483,729
Community Health Councils		32,352	36,504	41,782
Other			*86,313 CR	35,147
	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	22,702,195	24,972,063	28,996,657	32,298,608
Less Income	181,423	196,000	225,085	221,300
Net Expenditure	22,520,772	24,776,063	28,771,572	32,077,308
Approved allocation	22,472,304	24,850,000	28,887,000	32,137,000
Over/underspending	+48,468	-73,937	-115,428	-60,000
<i>F.P.C. Services</i>				
General Medical	2,989,877	3,356,166	3,717,332	4,287,993
Pharmaceutical	3,723,684	4,540,066	5,812,905	6,933,544
General Dental	1,672,371	1,775,050	1,704,612	2,212,032
General Ophthalmic	337,527	379,895	374,498	454,123
	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	8,723,459	10,051,177	11,609,347	13,887,692

* Accounting adjustment

BEDFORDSHIRE AREA HEALTH AUTHORITY

1977/78 REVENUE SPENDING ON HEALTH AND SOCIAL SERVICES
IN BEDFORDSHIRE CLASSIFIED BY DHSS PROGRAMME
GROUP

	1977/78 Outturn for Bedfordshire	Agency	National Summary shown in Table 4.1 of HC(78)12				
			1976/77 Outturn		1981/82 (Illustrative) Projection		
			£'000	%	£ million	%	£ million
A. PRIMARY CARE							
Family Practitioner Services	11,609	AHA	25.6	1,019	19.5	1,144	19.7
Prevention	107	"	0.4	14	0.3	17	0.3
Family Planning	166	"	0.3	12	0.2	15	0.3
Other Community Health	947	"	1.9	50	1.1	61	1.1
	<u>12,909</u>		<u>26.2</u>	<u>1,103</u>	<u>21.1</u>	<u>1,237</u>	<u>21.4</u>
B. GENERAL AND ACUTE HOSPITAL AND MATERNITY SERVICES							
Acute In-Patients and Out-Patients	11,601	AHA	23.6	1,661	31.8	1,822	31.5
Ambulances	895	"	1.8	304	2.0	111	1.9
Obstetric In-Patients and Out-Patients	1,906	"	4.0	262	3.9	108	3.2
Midwives	214	"	0.4	24	0.5	24	0.4
	<u>14,696</u>		<u>29.0</u>	<u>1,991</u>	<u>30.2</u>	<u>2,145</u>	<u>37.0</u>
C. SERVICES MAINLY FOR THE ELDERLY AND PHYSICALLY HANDICAPPED							
Geriatric In-Patients and Out- Patients	2,240	AHA	4.6	263	5.0	310	5.3
Non-Psychiatric Day Patients	60	"	0.1	15	0.3	10	0.3
Home Nursing	760	"	1.5	01	1.6	108	1.9
Chiropody	182	"	0.3	11	0.2	13	0.2
Residential Care	1,614	CC	3.3	170	3.3	103	3.2
Home Help	727	"	1.5	105	2.0	131	2.3
Meals	124	"	0.3	12	0.2	15	0.3
Day Care	424	"	0.8	25	0.5	26	0.5
Aids, Adaptations etc.	160	"	0.3	13	0.2	14	0.2
	<u>6,277</u>		<u>12.7</u>	<u>693</u>	<u>13.3</u>	<u>823</u>	<u>14.2</u>
D. SERVICES FOR THE MENTALLY HANDICAPPED							
Mental Handicap In-Patients and Out-Patients	2,105	AHA	4.3	109	3.6	209	3.6
Residential Care	422	CC	0.8	22	0.4	32	0.6
Day Care	342	"	0.7	30	0.6	41	0.7
	<u>2,869</u>		<u>5.8</u>	<u>241</u>	<u>4.6</u>	<u>282</u>	<u>4.9</u>

	1977/78		1976/77		1981/82	
	Outturn for		Outturn		Illustrative	
	Bedfordshire	Agency	£ million	%	£ million	%
E. SERVICES FOR THE MENTALLY ILL						
Mental Illness In-Patients and Out-Patients	4,500	AHA	393	7.5	426	7.4
Psychiatric Day Patients	216	"	16	0.3	20	0.3
Residential Care	1	CC	5	0.1	8	0.1
Day Care	-	"	4	0.1	9	0.2
	<u>4,805</u>		<u>410</u>	<u>0.0</u>	<u>463</u>	<u>0.0</u>
F. SERVICES MAINLY FOR CHILDREN						
Health Visiting	443	AHA	47	0.0	63	1.1
School Health	641	"	51	1.0	51	0.9
Residential Care	1,708	CC	143	2.8	164	2.8
Boarding Out	196	"	20	0.4	26	0.5
Day Nurseries etc.	292	"	35	0.6	37	0.6
Intermediate Treatment	6	"	1	-	2	-
	<u>3,364</u>		<u>295</u>	<u>5.7</u>	<u>343</u>	<u>5.9</u>
G. OTHER SERVICES						
Social Work	1,136	CC	107	2.1	119	2.1
Other L.A. Services	207	"	28	0.3	30	0.5
Health Service Administration and Community Health Councils etc.	1,074	AHA	207	4.0	203	3.5
L.A. Administration	1,175	CC	152	2.5	148	2.5
	<u>4,592</u>		<u>474</u>	<u>9.1</u>	<u>500</u>	<u>8.6</u>
TOTAL REVENUE EXPENDITURE	<u>£49,312</u>		<u>£5,215</u>	<u>100.0</u>	<u>£5,793</u>	<u>100.0</u>

Excluding centrally funded Special Hospitals for Mentally Ill, "other hospital" (blood transfusion service etc.), welfare foods, and other centrally funded services.

SUMMARY

	Bedfordshire		National	
	1977/78	%	1976/77	1981/82
	£1000		£ million	£ million
Primary Care	12,909	26.2	1,103	1,237
General and Acute Hospital etc.	14,696	29.8	1,991	2,145
Elderly and Physically Handicapped	6,277	12.7	693	823
Mentally Handicapped	2,069	5.0	241	282
Mentally Ill	4,805	9.0	410	463
Children	3,364	6.0	295	343
Other Services	4,392	8.9	474	500
	<u>49,312</u>	<u>100.0</u>	<u>5,215</u>	<u>5,793</u>

Dott. CARLOS MONTOYA: Esperienze europee di integrazione dei servizi socio-sanitari.

La presente relazione costituisce una breve rassegna della situazione, dell'esperienza e delle prospettive relative al coordinamento dei servizi sanitari e assistenziali in alcuni Paesi industrializzati.

La legge sul Servizio Sanitario Italiano (n. 833 del 23 dicembre 1978), approvata di recente, dispone che « che le leggi regionali... coordineranno gli interventi sanitari con gli interventi economici, sociali ed organizzativi nel territorio di competenza della regione » (art. 11) e stabilisce « le norme per la direzione coordinata e integrata dei servizi dell'unità sanitaria locale con i servizi sociali esistenti nel territorio » (art. 15). Il C.N.E.L. ha pertanto ritenuto opportuno esaminare l'argomento delle integrazioni dei servizi sociali e sanitari.

Dal punto di vista dell'O.M.S., l'invito a considerare questo tema non poteva giungere a un momento più opportuno. Uno dei principali obiettivi dell'attuale programma di lavoro dell'O.M.S. consiste nella « promozione di una più stretta cooperazione dei servizi sanitari con tutti gli altri settori interessati alla promozione della salute, inclusi i servizi di assistenza sociale » (OMS « Sixth General Programme of Work, 1978-1983 », Ginevra 1976). Le politiche approvate recentemente dall'Assemblea Mondiale della Sanità includono tra i loro principi quello della cooperazione intersettoriale per la salute per tutti. Quindi, il primo passo logico in quella cooperazione si effettua verso il più vicino associato, cioè verso i servizi sociali personali. Inoltre il coordinamento o l'integrazione con i servizi sociali ha un'enorme rilevanza al livello della erogazione dei servizi prestati agli individui e alle famiglie, arricchendo perciò l'assistenza sanitaria primaria, la strategia chiave per il perseguimento della salute nei

paesi sia in via di sviluppo sia sviluppati (Ufficio Regionale Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: « The relevance of the Alma Ata Recommendations to the European Region, 1979 »; Glyn Thomas, R. « New Perspectives in Primary Health Care General Practice International 3-1979 » (pp. 126-129).

Ma l'impostazione intersettoriale del problema sanitario non dovrebbe essere limitata all'assistenza sanitaria e ai servizi sociali personali. Come ha affermato Kohn dovrebbe essere considerata nel contesto della politica sociale e dei servizi sociali in generale, comprendendo ogni azione collettiva, pubblica e privata, volta al miglioramento del benessere del popolo e all'ottimizzazione del suo funzionamento sociale. Rientrano in questa categoria l'occupazione, la sicurezza sociale finanziaria, l'istruzione, l'edilizia popolare, il trasporto collettivo e la ricreazione.

Ma i servizi sociali non possono essere dissociati dall'organizzazione e dai risultati del lavoro produttivo. Si tratta di determinanti di un grado maggiore o minore di salute, benessere ed istruzione della popolazione che sono condizionate anche dallo sviluppo sociale.

Una concezione integrata dello sviluppo come sviluppo umano è la più scientifica, la più efficace e la più efficiente. Non implica una quantità crescente di servizi ma una crescita ed un arricchimento della vita personale e comunitaria in modo che la comunità stessa avrà una natura protettiva e, se necessario, terapeutica.

Nelle esperienze passate in rassegna, le condizioni favorevoli alla riuscita del coordinamento sono la partecipazione comunitaria, il decentramento e la pianificazione. E questi sono anche gli interessi preminenti dell'OMS. Per quanto concerne la partecipazione e il decentramento è possibile apprendere molto dalle delibere. Nel campo della pianificazione l'OMS ha diviso con diversi paesi della regione europea l'esperienza acquisita nella cosiddetta programmazione sanitaria locale. Si tratta di un'esperienza semplice, ampia e flessibile, rivolta alla totalità dei problemi sanitari e connessi con la sanità e richiede la partecipazione di tutti i gruppi decisionali interessati. Può essere facilmente adattata a livello regionale, come è stato dimostrato nelle recenti applicazioni preliminari in Portogallo e Spagna. L'esperienza è stata

effettuata anche in Algeria e in Scozia e viene considerata per la Danimarca. La Jugoslavia ospiterà un Seminario Interregionale organizzato dall'OMS sull'argomento e che avrà luogo il mese prossimo (11-17 novembre 1979).

Questa relazione segue lo studio preparato dal Dr. R. Kohn per l'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS nel 1977 (Kohn R. « Coordination of health and welfare services in four countries: Austria, Italy, Poland and Sweden », World Health Organization Regionale Office for Europe - Public Health in Europe 6, 1977), che si riferisce a quattro paesi: Austria, Polonia, Italia e Svezia.

Nel caso dei primi due paesi il testo incluso qui è un riassunto selettivo delle relazioni di Kohn. I dr. J.L. Kilgout, H. Hellberg, G. Sterky e B. Tomic hanno gentilmente contribuito con ampie comunicazioni personali. I dr. M. Postiglione, G. Thomas e R. Vuori hanno fornito diligentemente materiale e bibliografia relativi all'esperienza in materia dell'Ufficio regionale europeo dell'OMS.

Le esperienze dei Paesi

AUSTRIA (R. Kohn: « Coordination of health and welfare services in four countries: Austria, Italy, Poland and Sweden »).

L'Austria presenta un'esperienza interessante in quanto le responsabilità federali per i servizi sanitari e sociali, riunite prima in un unico ministero, sono state poi separate in due ministeri. Il Ministero Federale della Sanità e della Tutela Ambientale ha potere normativo su tutte le questioni sanitarie, mentre la realizzazione spetta alle province e il finanziamento è una funzione dei diversi istituti di assicurazione contro le malattie.

Il Ministero federale per l'amministrazione sociale si occupa della preparazione della legislazione nel campo dell'assicurazione dei redditi e dell'assicurazione contro le malattie. Non si occupa dell'erogazione di servizi sociali: questo è un compito demandato completamente alle province. In alcune province i servizi sanitari e sociali sono riuniti in un unico dipartimento.

Una delle principali questioni, in Austria, si riferisce all'esigenza funzionale di integrare il sistema sanitario con l'assistenza

agli anziani. Aumentando l'assistenza a domicilio per gli anziani si potrebbero liberare posti letto negli istituti di cura e negli ospizi (per non malati), riducendo pertanto la domanda di letti d'ospedale. In Austria gli istituti di cura per gli anziani, gli ospizi e i cronici dipendono generalmente dai dipartimenti del servizio sociale. E' però molto difficile tracciare una linea di demarcazione tra questi istituti e gli istituti sanitari.

L'assistenza domiciliare è fornita sempre dai servizi sociali che utilizzano personale sanitario (infermieri). Questa assistenza non è pagata automaticamente dall'assicurazione contro le malattie: si tratta di un'opzione che preclude uno stretto legame tra i servizi sociali e l'assicurazione sociale.

Nelle province in cui esiste un migliore coordinamento tra i servizi sanitari e sociali, ciò è dovuto più a una buona comunicazione personale che ad accordi organizzativi formali.

FINLANDIA

Fino al 1968 in Finlandia esistevano due Enti Nazionali separati, uno per la Sanità e uno per l'Assistenza Sociale, entrambi sotto l'egida del Ministero degli Interni.

Da quell'anno esiste invece un unico Ministero degli Affari sociali e della sanità, con due ministri e un segretario permanente. Gli enti sono ancora separati ed agiscono come due dipartimenti tecnici nello stesso edificio.

A livello regionale, i due dipartimenti della sanità e dell'assistenza sociale sono stati integrati in un unico ente. A livello comunale esistono due enti separati dell'assistenza sociale e della sanità, composti dai membri del consiglio governativo locale.

L'Ente Sanitario è responsabile dei centri sanitari, degli ospedali locali, della prevenzione delle malattie contagiose e della salute dell'ambiente. L'assistenza medica primaria è data da medici privati; l'assicurazione sanitaria rimborsa il paziente secondo una tariffa fissa. Il settore sanitario impiega, oltre ad altri professionisti, infermiere pediatriche e psichiatriche ma non impiega assistenti sociali.

L'Ente per l'Assistenza Sociale si occupa dei programmi di visite domiciliari, di refezione, di assistenza all'infanzia e dei

bisogni sociali derivati da difetti psichici e fisici e di delinquenza giovanile. Ha disponibili posti letto per la cura pediatrica che non sono totalmente sfruttati.

Secondo un recente studio, tra i due servizi esistono scarsi contatti. Talvolta gli enti si riuniscono in seduta e altre volte un funzionario assiste alle riunioni dell'« altro ente » quando sono trattati argomenti o situazioni di sua competenza.

Prospettive di un ulteriore coordinamento

L'introduzione di un sistema comune di pianificazione e di bilancio è stata proposta dal governo al Parlamento. Attualmente esiste un sistema unificato di pianificazione nazionale per il settore sanitario che — tra gli altri effetti positivi — permette sovvenzioni compensative dal Governo centrale a zone meno favorite e a programmi prioritari. Per l'assistenza sociale non esiste un sistema uniforme di pianificazione, ma soltanto una serie di regolamenti ad hoc. Ciò è svantaggioso per entrambi i settori, per esempio, gli anziani ricorrono a posti letti per malati perché non esistono altre possibilità e ciò come risultato di una migliore pianificazione.

Si propone un bilancio unificato (eccettuate alcune attività di assistenza sociale) da preparare a tutti i livelli. Le sovvenzioni centrali per il settore sanitario diminuirebbero e quelli per i programmi sociali aumenterebbero.

Un altro approccio « de facto » per il coordinamento locale è favorito dal decentramento amministrativo esistente in Finlandia. I consumi locali sono così piccoli (popolazione media di circa 10.000 persone) da potersi permettere, nella maggior parte dei casi, solo un amministratore unico per la sanità e le questioni sociali. Esistono diversi modelli pragmatici di amministrazione locale, ma in alcuni modelli l'amministratore non è né un medico né un funzionario dell'assistenza sociale e ciò riduce il tradizionale senso di disagio connesso con il lavoro « sotto » i dottori. Se fosse possibile costituire équipes di assistenza primaria, queste avrebbero migliori possibilità di conseguire un coordinamento come, per esempio, nel caso dei servizi ospedalieri. Un'importante motivazione per i servizi integrati deriva dalle esigenze degli anziani; nell'attuale sistema invece è probabile che siano spediti da un settore all'altro e viceversa.

GIAPPONE

In Giappone esiste un Ministero della sanità e dell'assistenza sociale. L'agenzia delle assicurazioni sociali dipende da questo.

Le sue funzioni riguardano la salute pubblica, la sicurezza dei redditi e i servizi sociali. Questi ultimi includono, tramite gli uffici dell'assistenza sociale, dell'infanzia e delle famiglie, l'assistenza e le cure mediche per i minorati fisici e psichici e la protezione e le cure mediche per l'infanzia priva di una casa normale. Altri uffici del ministero si occupano prevalentemente dei provvedimenti per la prevenzione e il trattamento di particolari categorie di malattie, del miglioramento della salute, dell'ambiente, del controllo dei preparati farmaceutici e dei narcotici, assicurando un accesso senza discriminazioni e tempestivo all'assistenza medica (emergenze, zone lontane) e autorizzando il personale medico.

Le assicurazioni sociali sono divise per categorie professionali e comprendono: assicurazioni per l'assistenza sanitaria generale che includono sussidi per malattia, infortunio e maternità e assicurazioni per le pensioni, i superstiti e l'invalidità.

Esiste anche un sistema di assistenza sociale (non contributivo) sotto forma di pensioni per gli anziani, gli handicappati e le vedove che non hanno diritto a tali prestazioni secondo i programmi contributivi. L'Assistenza pubblica copre un numero sempre minore di indigenti cui fornisce anche l'assistenza sanitaria e prestazioni per altri bisogni. Assegni sociali sono versati per il terzo bambino della famiglia, alle madri o ai tutori di bambini bisognosi o handicappati e agli adulti affetti da minorazioni gravi.

Le amministrazioni locali, a livello di prefettura e municipio, sono responsabili dei servizi sociali attraverso i « dipartimenti per la condizione sociale », « i centri sociali e consultori ». I servizi di assistenza sociale sono rivolti ad alcuni gruppi ben definiti della popolazione di ciascuna area: gli anziani, gli handicappati, i bambini poveri e in situazioni particolari, gli indigenti e le vittime di catastrofi. I « centri sociali » locali, per esempio, hanno il compito di applicare i programmi di assistenza pubblica.

Per ciascuno dei gruppi ricordati è offerto un pacchetto di servizi, sulla base delle esigenze. Questo pacchetto include sia i servizi sociali personali sia i servizi di assistenza sanitaria personale necessari al gruppo.

Un sistema di sussidi assicura servizi medici gratuiti agli anziani di età superiore ai 70 anni. Un esame medico annuale è fornito dalle amministrazioni locali alle persone di età superiore ai 65 anni. Alcuni assistenti visitano anziani a basso reddito e costretti a letto. Sono stati forniti telefoni per permettere agli anziani di chiedere una visita di un assistente sociale. Esistono anche case di cura, case per gli anziani, servizi di consulenza, club sociali e servizi di collocamento per gli anziani.

I servizi sociali offerti dagli adulti handicappati comprendono: esami medici, consulenza legale e di altro tipo, trattamento medico, apparecchi acustici, apparecchi ortopedici, sedie a rotelle, centri di riabilitazione, centri artigianali protetti e attività commerciali, attività sportive e varie forme di aiuto economico.

Per i bambini esistono centri di consultazione con medici ed altri specialisti. I servizi di assistenza sanitaria per le madri e i bambini sono gratuiti quando il paziente ha un reddito basso. Esistono nidi di infanzia per l'intera giornata o per la residenza permanente, istituti per i bambini handicappati poveri, consultori per i giovani delinquenti. E' fornita anche assistenza alle famiglie senza padre.

Le amministrazioni locali sono assistite da 160.000 assistenti sociali volontari che, nelle loro comunità, svolgono queste mansioni per tre anni: valutazione delle situazioni sociali, consulenza sociale e aiuto nelle procedure formali. Inoltre esistono altre organizzazioni private, come le banche del servizio sociale e la Croce Rossa, sovvenzionate dal Governo.

POLONIA

Dopo la seconda guerra mondiale è stato istituito un Ministero separato della sanità, in aggiunta al vecchio Ministero per il lavoro, l'occupazione e l'addestramento. In seguito le sezioni per l'assistenza sociale e la riabilitazione di quest'ultimo sono state trasferite a quello che è divenuto il Ministero della sanità e dell'assistenza sociale.

In coincidenza con un processo di decentramento amministrativo nel paese, la sanità e l'assistenza sociale sono state integrate anche a livello provinciale e di distretto.

Nel 1973 è stato approvato un programma per lo sviluppo di un Servizio Sanitario Nazionale, coordinato dal Ministero della sanità e dell'assistenza sociale, con la partecipazione di tutti i ministeri interessati alla sanità. Gli ospedali gestiti in passato in modo indipendente, le cliniche per i pazienti esterni e i servizi di emergenza saranno unificati in base alle aree. L'integrazione dei servizi sanitari e sociali sarà particolarmente vantaggiosa per una cura ampia della popolazione crescente nella « terza età » in Polonia e per la riabilitazione degli handicappati. Finora i risultati sono stati soddisfacenti. Il settore degli istituti di assistenza sociale amministra e finanzia le case di riposo e di cura per gli anziani e i centri di cura giornaliera e domiciliare sempre per gli anziani. In tutti questi programmi l'assistenza sanitaria è erogata da professionisti che sono impiegati del settore sanitario e retribuiti dal bilancio stanziato per gli istituti di assistenza sociale. Esistono anche programmi per la costituzione di corsie geriatriche negli ospedali, promossi dai servizi sanitari e sociali insieme; il personale incaricato dell'assistenza sociale coopera da vicino con i medici e gli infermieri e partecipa insieme a conferenze sull'argomento. Ogni anno gli assistenti sociali volontari, sotto la supervisione dei servizi sociali, svolgono indagini su tutta l'area di loro competenza e predispongono una lista di individui, con problemi sociali e/o sanitari da seguire.

Analogamente esiste una stretta cooperazione tra il settore degli istituti di riabilitazione dei « Servizi medici, preventivi e sociali » a livello provinciale e distrettuale e il settore gli istituti di assistenza sociale degli stessi servizi. Gli assistenti sociali e le diverse categorie sanitarie sono impiegate dai centri di riabilitazione. Gli handicappati hanno formato una cooperativa che fornisce ampi servizi di riabilitazione, collegati a quelli erogati dai governi locali.

SVEZIA

In Svezia, l'integrazione a livello nazionale ha preceduto il decentramento dei servizi. Dal 1963 esiste un unico Ministero

della sanità e degli affari sociali e, dal 1968, un unico Ente nazionale per la salute e il benessere.

Attualmente la responsabilità per l'assistenza sanitaria spetta principalmente ai consigli di contea e agli enti di assistenza medica di contea. L'assistenza è erogata da ospedali e da centri sanitari locali. In questo ultimo caso, medici e infermieri salariati si occupano dell'assistenza sanitaria primaria. E' importante notare che, di recente (1976) il Parlamento svedese ha respinto una proposta di ritorno al sistema del medico privato di famiglia.

La responsabilità dei servizi di assistenza sociale spetta soprattutto ai municipi, si trova cioè a un livello più periferico rispetto al caso dell'assistenza sanitaria. Le funzioni di questi servizi includono le semplici cure domiciliari per gli adulti e i bambini, l'assistenza agli handicappati e il trattamento degli alcoolizzati. L'accento principale è posto sugli anziani in quanto molti assistenti sociali sono in realtà specializzati in geriatria; il lavoro a favore dell'infanzia riguarda soprattutto l'infermiera pediatrica che è membro dell'équipe sanitaria e i tradizionali problemi « sociali » non sono più prevalenti.

La differenza organizzativa ostacola il pieno coordinamento tra l'assistenza sanitaria e i servizi di assistenza sociale. Ma la politica consiste nella promozione di un tale coordinamento. Le tradizionali rimostranze degli assistenti sociali, relativamente al sistema medico diminuiscono gradualmente ma la retribuzione di un assistente sociale è inferiore a quella di un infermiere.

In molti municipi i servizi sociali — che includono non solo l'assistenza sociale come sopra definita, ma anche l'assistenza nel settore edilizio, dell'occupazione e dell'istruzione — sono situati negli stessi locali del centro sanitario.

Un altro fattore favorevole è costituito dall'inclusione delle lezioni di medicina sociale (60 ore) nel piano di studi. Gli studenti di medicina ricevono in parte un addestramento in altre professioni durante il loro periodo di pratica. Gli infermieri ricevono lezioni di assistenza sociale durante i corsi di diploma e di specializzazione. Infatti, gli infermieri che sono di numero superiore agli assistenti sociali (dieci a uno) svolgono una notevole mole di lavoro di assistenza sociale.

Si è sempre più consapevoli del rapporto che sussiste tra la salute e le questioni sociali. La pianificazione della salute e dell'assistenza sociale viene effettuata congiuntamente a livello nazionale e locale. I lavoratori del settore tengono conferenze speciali insieme e le considerano utili. I servizi sanitari, aperti giorno e notte, trattano molti casi di emergenze sociali e sono più strettamente collegati con l'assistenza sociale.

Il coordinamento procede più rapidamente in alcune zone « pilota » che non nell'insieme del paese. In queste zone progredisce si riconosce che, nonostante l'esigenza di una specializzazione, dovrebbe esistere un grado più alto di addestramento interdisciplinare. Il livello di preparazione degli assistenti sociali dovrebbe essere ulteriormente migliorato. I ruoli dovrebbero essere flessibili e definiti in termini di esigenza dei beneficiari. Un ruolo importante è quello del « consulente familiare » che dovrebbe essere assunto da un solo membro dell'équipe per ciascuna famiglia; in questo caso non importa molto la professione, importa invece il rapporto di fiducia che si instaura e l'esigenza di evitare un distacco tra individui e famiglie a causa delle funzioni professionali.

REGNO UNITO

Nel Regno Unito esiste un unico Segretario di Stato per la salute e i servizi sociali e un Dipartimento della Salute e la Sicurezza Sociale del Servizio Civile.

Fino al 1974 esistevano a livello del governo locale autorità sanitarie locali e autorità di assistenza sociale con coordinamento tra le autorità. La prima era responsabile per quella che chiameremmo assistenza sanitaria primaria, cioè per la prevenzione delle malattie, per la salute nelle scuole e gli ambulatori. I medici generici, i dentisti, gli ottici e le farmacie, cioè quella che potremmo chiamare l'assistenza medica primaria, sono organizzati in un settore a parte del servizio sanitario nazionale. Ma un'altra delle responsabilità delle autorità sanitarie locali consisteva nell'aiuto concesso al GPS per l'assistenza domiciliare. In questo contesto esistevano esperienze positive di coordinamento degli assistenti sociali con i medici generici (GPS) e le infermiere della comunità, soprattutto quando queste lavorano in centri sanitari o in gruppi. La maggioranza degli individui nel Regno

Unito ha avuto il primo contatto con l'assistenza sanitaria al di fuori degli ospedali e l'80% circa dei bisogni sono soddisfatti all'interno della zona della loro comunità (R. Glyn Thomas, comunicazione personale).

I servizi sociali forniti dalle autorità locali erano erogati soprattutto alle famiglie bisognose, agli anziani, agli handicappati, ai minorati psichici, ai delinquenti ed alla tutela dell'infanzia.

Nel 1968, dopo il Rapporto Seebohm, si è avuto un forte incremento dei servizi sociali e dell'assistenza sociale come professione.

Durante gli anni di discussione della riforma del SSN, uno degli obiettivi espressi, oltre al coordinamento dei tre settori, era l'integrazione a livello locale con i servizi sociali personali. Ma non si riteneva possibile assimilare il lavoro di assistenza sociale con i servizi sanitari; né era accettabile porre l'assistenza sanitaria sotto le autorità locali.

Come soluzione parziale, uno dei quattro livelli del nuovo SSN, quello delle Autorità Sanitarie dell'Area, è stato strutturato in modo da far coincidere il loro ambito territoriale con quello dei governi locali delle contee non metropolitane e dei distretti metropolitani. I distretti conservano anche la responsabilità per le questioni di salute ambientale e hanno un ufficiale sanitario capo che non deve essere necessariamente un medico.

I governi locali delle contee non metropolitane e dei distretti metropolitani sono attualmente responsabili dell'istruzione e dei servizi sociali personali e impiegano un direttore dei servizi sociali.

La cooperazione tra le autorità sanitarie da una parte e i servizi sanitari ambientali e sociali per i quali è responsabile il governo locale dall'altra non dipende semplicemente dai comuni confini territoriali. Per statuto è richiesto un comitato paritetico consultivo locale, formato dai membri dei due enti che deve effettuare la pianificazione e fornire consulenza sulla pianificazione e l'esecuzione di servizi in settori di comune interesse. Le discussioni del Comitato paritetico sfociano generalmente in un accor-

do: ma un ente può cercare l'assistenza del governo centrale su questioni per cui tale accordo non è possibile.

Oltre al Comitato consultivo paritetico, ogni autorità sanitaria dell'area ha almeno quattro membri (su un totale approssimativo di 17) della corrispondente autorità locale; e si raccomanda all'autorità locale di cooptare nei relativi comitati i membri o i funzionari dell'autorità sanitaria. Le opinioni del consumatore sono presentate alle Autorità sanitarie dell'area attraverso i corrispondenti Consigli sanitari comunitari. Questi hanno la possibilità di esercitare una pressione in favore del coordinamento.

A livello di distretto sanitario, il più periferico dei quattro livelli del SSN, la pianificazione operativa, si avvale dell'assistenza di équipes di pianificazione sanitaria multidisciplinari. Le équipes permanenti di pianificazione si concentrano su gruppi particolari di bisogni, come la cura degli anziani, dell'infanzia, dei minorati fisici e psichici. Si dovrebbe ricordare che le funzioni dei distretti sanitari comprendono cura all'infanzia, psichiatria e assistenza sociale connessa con la salute. Le équipes di pianificazione sono coordinate e assistite dal medico della Comunità del distretto. In generale si tratta di medici generici, consulenti, infermieri, ispettori sanitari e rappresentanti dei servizi delle autorità locali (Donaldson, R.J. « The new health service in Britain » Royal Society of Health, Londra, 1977; J.L. Kilgour, comunicazione personale).

In pratica come funziona il coordinamento? Alcuni affermano che, secondo le disposizioni attuali, esiste un coordinamento molto scarso e che probabilmente i miglioramenti saranno lenti dato che dipendono in larga parte dall'istruzione e dalla buona volontà dei gruppi in causa. Alcuni chiedono nuovi cambiamenti nella struttura del SSN, che presumibilmente, saranno utili in questo campo. Altri affermano che l'integrazione dei servizi sanitari e sociali in un'unica autorità non è molto giustificata.

Il principale argomento a favore dell'integrazione — come afferma Sir Thomas Brown (The integration of health and social services - The Northern Ireland experience, Hosp. H. Serv. Rev. settembre 1979) — consiste « nell'interdipendenza dell'esigenza di salute e benessere sociale di un uomo »; a differenza di altri

servizi nazionali, si tratta di servizi « multi-professionali per... l'uomo nel suo complesso ».

Lo stesso autore ha parlato dell'esperienza dell'Irlanda del Nord nell'integrazione dei servizi sanitari e sociali; un'esperienza che, nella sua opinione, ha dimostrato come « i servizi non siano solo compatibili ma interdipendenti e come derivino forza l'uno dell'altro, potenziandosi a vicenda ».

Questa integrazione è stata politicamente più facile in Irlanda del Nord che non altrove nel Regno Unito perché « non esisteva un potente lobby del governo locale... il caso della centralizzazione regionale dei servizi dell'autorità locale è stato accettato ampiamente e in modo convincente ». Esistevano poi altri fattori positivi.

« Gli artefici dell'integrazione hanno assicurato la salvaguardia dell'autonomia professionale degli assistenti sociali; dietro loro consiglio, la legislazione prescrive che ogni Ente sanitario dell'area e di assistenza sociale abbia due comitati, uno per i servizi sanitari e uno per i servizi sociali personali ». Un'altro vantaggio dell'Irlanda del nord è costituito dalla valutazione effettuata dalle esigenze della popolazione in fatto di servizi sociali personali e della proposta di uno stanziamento di risorse che tenga conto sia di queste esigenze, sia di quelle sanitarie. La situazione dell'Irlanda del nord ha semplificato le questioni amministrative, rendendo superfluo il bisogno di schemi di pianificazione congiunta. Per quanto concerne l'integrazione tra l'assistenza sociale e i medici generici, l'Irlanda del nord ha più centri sanitari di ogni altra parte del Regno Unito; il 50% circa degli studi dei medici generici si trovano qui e nello stesso edificio lavorano anche assistenti sociali. E' stato poi creato un centro di addestramento sanitario in cui verrà praticata la cooperazione tra assistenti sociali e medici generici.

Nonostante questi vantaggi — conclude Sir Thomas Brown — « l'integrazione dei servizi secondo il sistema amministrativo dell'Irlanda del Nord si trova ancora allo stadio di sviluppo »... « Finora nessun programma completo di assistenza è stato formulato e applicato in pieno ». Uno dei problemi rimanenti consiste nel fatto che i servizi sociali non forniscono ancora un numero

sufficiente di posti letto e le corsie riservate ai malati gravi sono occupate da persone che non hanno altri posti.

JUGOSLAVIA

Il Consiglio Federale della Jugoslavia ha un Comitato unificato per il lavoro, la salute pubblica e gli affari sociali. Il Consiglio ha un vasto campo di attività che include questioni relative agli alloggi, all'occupazione e alla tutela ambientale; ma le sue funzioni consistono esclusivamente nel coordinamento tra i relativi organi a livello repubblicano.

A livello repubblicano esiste un Segretariato della Salute Pubblica e della Politica Sociale. Esistono due vice-segretari, uno per la salute pubblica uno per la politica sociale. Le sue funzioni sono soprattutto di regolazione e supervisione nei confronti delle province e dei comuni e gradualmente vengono trasferite alle Assemblee della Repubblica per la Sanità.

La tendenza generale è stata verso il rafforzamento del ruolo manageriale e decisionale dei comuni. Un passo decisivo in questa direzione è stato l'abolizione, nel 1969, della legge generale sulla salute pubblica. Contemporaneamente, una legge approvata rendeva le Repubbliche e le Province responsabili dell'applicazione vincolante di alcuni servizi minimi di natura preventiva e socio-medica finanziati dall'Assicurazione Sanitaria. Alcuni fondi di solidarietà sono stati istituiti a livello repubblicano e federale per assistere in tal modo i comuni economicamente meno favoriti.

Un'altra tendenza consisteva nell'incorporamento progressivo della popolazione nel sistema dell'assicurazione sanitaria; dapprima gli agricoltori poi i lavoratori autonomi e quindi gli anziani fino, nel 1978-79, all'intera popolazione assistita in virtù della nuova « Legge sulla Salute Pubblica e l'Assicurazione ».

Ai livelli di repubblica e comune, la direzione dei servizi di assistenza sanitaria spetta all'Assemblea dell'Assicurazione Sanitaria. Questa Assemblea ha un direttore assistito da consulenti professionisti. A partire dall'assimilazione dell'Assistenza Sanitaria al principio delle « comunità di interessi autogestite » all'inizio degli anni sessanta le decisioni principali spettano all'Assemblea Comunale dell'Assicurazione Sanitaria — dove sono

rappresentati i lavoratori urbani, gli agricoltori e gli erogatori dei servizi.

Adesso non esiste separazione tra l'Assistenza Sanitaria e l'Assicurazione Sanitaria. I servizi forniti coprono una vasta gamma — soprattutto dall'approvazione della legge sulle forme obbligatorie dell'assicurazione sanitaria e includono alcuni servizi che in altri Paesi sarebbero considerati « assistenza sociale »: per esempio le visite domiciliari e i ricoveri in ospedali motivati socialmente sono pagati dall'assicurazione sanitaria.

Altri servizi di assistenza sociale sono forniti da altri istituzioni. Per esempio, gli asili nido sono finanziati dal Fondo per la protezione dell'infanzia e gestiti dalla relativa Assemblea.

La consulenza alle famiglie e le gravi emergenze sociali sono svolte dal Centro di Assistenza Sociale locale che dipende direttamente dalla principale Assemblea del Comune e dovrebbe cooperare molto da vicino con il Centro Sanitario.

Ma la più importante separazione istituzionale è quella che esiste tra l'Assemblea per l'Assicurazione Sanitaria e l'Assemblea per l'Assicurazione delle Pensioni e d'Invalidità a livello di repubblica e comune. Quest'ultima assicurazione interviene nel campo dell'assistenza sociale e per esempio paga i servizi di orientamento professionale.

Prospettive future. In Jugoslavia esistono tutte le possibilità di coordinare i servizi sanitari e sociali dato che la decisione spetta alla comunità. In generale, i problemi sociali sono demandati ad uno dei fondi di assicurazione perché le risorse sono più abbondanti. Le fabbriche e altre collettività possono decidere di sostenere direttamente alcune attività speciali, spontaneamente o su richiesta del Consiglio Comunale o delle Assemblee. Il coordinamento è ostacolato in una certa misura dal fatto che in Jugoslavia, come in altri Paesi, le istituzioni sono in lotta tra di loro per questioni di prestigio. Le disposizioni istituzionale e relative ai pagamenti, di per se molto complesse, sono di ostacolo alla cooperazione. La migrazione dalla campagna alle città e i sempre più numerosi diritti all'assistenza conferiti alla popolazione dalla legge hanno contribuito a creare un improvviso aumento della mole di lavoro degli enti sanitari e sociali. Retrospectivamente si

può dire che sarebbe stato possibile evitare alcuni problemi se la popolazione fosse stata abituata a contenere le proprie domande.

La maggior parte dei problemi sociali personali in Jugoslavia sono risolti ovviamente dall'assicurazione e da altri meccanismi. In futuro, le questioni dell'integrazione saranno eventualmente incentrate su un lavoro sociale ed economico ampio: lo sviluppo comunitario (Tomic B., Nikolic A. e Tomasevic, V. « Ivanjica: A Community Conquers Health. In J.R. Education, Supplement to Vol. XX, n. 2, 1977).

Alcune indicazioni che emergono dall'esperienza nazionale nel coordinamento dei servizi sanitari e sociali.

Alcuni affermano che il coordinamento non è necessario, altri dicono che non è fattibile.

Allo scopo della presente discussione, farò due ipotesi opposte: che non soltanto il coordinamento, ma addirittura l'integrazione dell'assistenza sanitaria e dei servizi sociali personali sono sia vantaggiosi, sia possibili.

Il motivo e l'esigenza dell'integrazione si trova ovviamente nell'unità delle persone e dei gruppi bisognosi. In molti casi, se non nella maggior parte, l'esigenza è contemporaneamente medica e sociale. Nelle zone in via di sviluppo questa coincidenza di bisogni si chiama « povertà ». Nelle aree industrializzate la differenziazione è maggiore; si parla di « vecchiaia », « bambini », « indigenti », « handicappati ».

La preoccupazione umana allora è quella di evitare di dividere singoli individui e singole famiglie secondo alcuni consigli professionali o organizzativi. Esiste anche una preoccupazione pragmatica, quella di sfruttare le risorse scarse, come il denaro, i posti letto o il personale qualificato nel modo più preciso ed economico possibile secondo i bisogni, usando nella misura più ampia il loro potenziale universale e i loro effetti sinergici.

Le esigenze umana ed economica di integrazione deve essere resa fattibile a vari livelli.

Primo, la politica nazionale e regionale dovrebbe considerare congiuntamente le esigenze dell'assistenza sociale e dell'assistenza sanitaria e stabilire simultaneamente i programmi prioritari, i

beneficiari e la quantità e modalità dei servizi erogati ai diversi individui. Il sistema di finanziamento è un'altra condizione strategica. Dovrebbe essere integrato o almeno armonizzato. Quando esistono diversi sistemi (assicurazioni, bilanci locali e nazionali, ecc.) e diversi bilanci, generalmente le esigenze devono essere deviate in modo disordinato alla ricerca di risorse diverse; raramente le risorse andranno in cerca delle esigenze.

E' vantaggioso avere un certo tipo di pianificazione dei servizi. Potrebbe essere più facile coordinare servizi pianificati e previsti in bilancio, almeno in una certa misura, prima della loro fusione come dimostrano le esperienze della Finlandia e dell'Irlanda del Nord.

Se esistono già due servizi ben sviluppati, sarà meglio realizzare il coordinamento all'interno dei possibili partners, prima di tentare un coordinamento fra loro. Nella riforma del Servizio Sanitario Nazionale del 1974 il Regno Unito non è stato in grado di conseguire i due obiettivi simultaneamente. Sembra che l'integrazione in Polonia sia stata facilitata dal programma del Servizio Sanitario Nazionale. Un coordinamento o integrazione strutturale formale non sono di per sé sufficienti, ma una volta stabiliti possono fornire uno schema per lo sviluppo di un coordinamento informale e pratico (Polonia, Svezia).

Le disposizioni per un coordinamento formale esisterebbero ad un livello locale, regionale e nazionale e riunirebbero non solo le funzioni amministrative ma anche il controllo delle relative risorse finanziarie.

Dato un adeguato sostegno politico del Governo, l'integrazione a livello locale sembra essere quella più efficace: l'Irlanda del Nord, la Svezia, l'Austria ed altri paesi sembrano dimostrare decidere degli adattamenti localmente necessari in relazione ai modelli organizzativi nazionali. L'esperienza del Regno Unito ci dovrebbe mettere in guardia dal porre troppa fiducia nei comitati paritetici stabiliti per legge come metodo di coordinamento.

Un'ipotesi interessante, dimostrata nella realtà della Finlandia e forse della Jugoslavia è che il coordinamento può essere

effettuato con migliore successo da servizi « neutrali », non-medici e non-sociali, evitando all'amministratore la sensazione che uno dei gruppi professionali interessati sia egemonico.

Infatti, sviluppo storico permettendo, i servizi sociali personali si adattano meglio in una matrice di un'assistenza sanitaria ampia, cioè all'interno dei centri sanitari comunitari. In questa matrice, la funzione dell'assistente sociale sarà quella del punto focale di una rete di ricezione, soluzione e riferimento dei problemi (di ogni tipo) dei membri della Comunità. Una delle principali risorse per la soluzione di questi problemi — l'assistenza sanitaria — sarà disponibile proprio nell'équipe cui appartiene l'assistente sociale. Naturalmente alcune di queste funzioni dell'assistente sociale saranno divise dalle infermiere della comunità e da altri membri dell'équipe.

D'altronde dove lo Stato definisce le sue responsabilità assistenziali dirette — come in Giappone — in termini di categorie ben definite di gruppi vulnerabili — di anziani, di handicappati e i bambini bisognosi — l'assistenza sanitaria per queste categorie di beneficiari può essere inclusa come parte del pacchetto di servizi sociali offerto loro. In questo caso, l'assistenza medica per l'insieme della popolazione è fornita separatamente, attraverso un sistema di pratica privata, finanziata dall'assicurazione sanitaria.

In entrambi i casi — servizi sociali personali con assistenza sanitaria o assistenza sanitaria all'interno dei servizi sociali — il campo di assistenza fornita sarà limitato e l'esigenza di coordinamento con altri servizi sociali — occupazione, edilizia, consulenza legale, ecc. — resterà aperta.

La sostanza del coordinamento appare dove e quando i programmi vengono applicati. L'équipes che affrontano realmente i problemi di clienti in carne ed ossa trarranno i maggiori vantaggi dall'integrazione, purché ne abbiano l'occasione. La disponibilità di edifici in comune è un fattore che facilita il processo.

L'applicazione coordinata deve essere controllata e supervisionata. In questo caso l'opzione più favorevole è costituita dai rappresentanti della Comunità: soprattutto se la Comunità è bene informata e contribuisce attivamente alla direzione a livello

comunitario, come avviene in Finlandia e in Jugoslavia, è più facile in particolare quando le strutture per la direzione e il coordinamento dei servizi possono essere inserite in un'adeguata organizzazione amministrativa del Paese. Non è sorprendente che generalmente i più importanti passi verso il coordinamento abbiano coinciso con riforme amministrative nazionali.

Una conclusione generale è raggiunta da chi conosce bene l'esperienze ricordate qui: nei Paesi sviluppati il processo del vero e proprio coordinamento è graduale. Sono necessari una revisione, un adattamento periodico. A volte è inevitabile un regresso temporaneo. L'importanza dei principi indicati sopra non esaurisce quando sono prese alcune decisioni di rilievo sul coordinamento.

Uno dei principali ostacoli al coordinamento si trova nella sfiducia e nell'atteggiamento competitivo di professioni e istituzioni; un altro è rappresentato dagli interessi di gruppo. Un rimedio a tali ostacoli consiste nella presenza di una Comunità informata nelle istanze decisionali e manageriali; un altro, citato dagli svedesi, consiste nella realizzazione di un addestramento interdisciplinare delle professioni sanitarie e del lavoro sociale. Un'educazione comune nello spirito dell'assistenza completa e dello sviluppo comunitario saranno di aiuto. In alcuni Paesi è necessario migliorare la formazione degli assistenti sociali e — su questa base — migliorare il loro status professionale.

Una maggiore comunicazione nelle conferenze comuni, nella programmazione locale, nella formazione e nel lavoro di équipe è richiesta in diversi Paesi. Esiste anche lo spazio per esperimenti locali simultanei, come in Svezia, con varie forme di coordinamento o integrazione, prima di adottare un modello nazionale.

Passiamo ora al problema delle decisioni.

In ogni Paese sono possibili varie strategie alternative per il coordinamento a un certo livello. La scelta dovrebbe essere basata su una analisi attenta della situazione di base e su ampie finalità sociali perseguite. Alcune questioni fondamentali da chiedere sono:

Quali sono i principali bisogni sociali e medici in ogni Regione e località?

Quali problemi sono comuni ai servizi sanitari assistenziali e ad altri settori sociali ed economici?

Come sono soddisfatti questi bisogni attualmente?

Da quale Istituto e programma? Come sono finanziate queste attività?

Qual'è il campo di responsabilità del settore pubblico? Del settore privato? Delle istituzioni miste o terze? Quali sono le politiche dichiarate?

Quale processo di pianificazione esiste?

Qual'è l'organizzazione e quale la direzione attuale dei servizi in esame? Quali mutamenti strutturali sono previsti?

Quale livello amministrativo ha il potere adeguato, la motivazione e la flessibilità per essere il punto centrale del coordinamento? (1).

Quanto coordinamento o quanta integrazione esistono adesso a livello di applicazione?

Quale integrazione è, in caso, richiesta? Da chi? Di che tipo?

Chi si oppone all'integrazione? Per quale motivo?

Quali esperienze di integrazione esistono nel Paese?

In caso affermativo, queste esperienze sono state discusse e i loro risultati sono stati comunicati? A chi?

Quale formazione di professionisti è realizzata? Quali sono i loro atteggiamenti rispetto all'integrazione? Come è possibile eliminare gli eventuali motivi oggettivi dell'opposizione? E' possibile organizzare programmi congiunti di formazione?

Quali misure organizzative e legislative sarebbero di aiuto per far avanzare il processo di coordinamento nella direzione giusta?

Prima di concludere questa presentazione, vorrei ritornare sulla questione dell'integrazione che appare realmente la migliore nel contesto del lavoro di équipe locale.

(1) In questo caso è importante ricordare che negli USA è stato riscontrato un numero ottimale di organizzazioni che possono essere coordinate (non più di dodici) e una dimensione ottimale della popolazione (100-150 mila). I dati si riferiscono all'esperienza della Pianificazione Sanitaria dell'Area.

Vi sono alcuni principi di lavoro d'équipe che vorrei sottoporre al vostro giudizio e che non scaturiscono dall'esperienza di una qualche regione in particolare, ma sembrano piuttosto rappresentare un modello universale verso il quale le aspirazioni di coloro che operano nel settore sanitario in gran parte dei Paesi convergono.

I principi vengono realizzati solo in alcuni pochi Paesi e sono forse più facili a conseguirsi in quelli in via di sviluppo, dove le necessità sono più visibili e dove la storia organizzativa è meno pesante e gravosa. Essi sono facilmente riconoscibili in molte delle aree pilota di successo, siano esse in Svezia o a Giava.

I principi sono incentrati sull'assistenza ambulatoriale e domiciliare attuata in seno alla Comunità.

Tale assistenza dovrebbe essere:

— svolta da équipes pluridisciplinari;

— se le risorse lo consentono (per esempio, nelle aree urbane) il medico di famiglia nella équipe dovrebbe essere pluri-personale, cioè, vi dovrebbe essere un medico generico per gli adulti, un pediatra e un ostetrico-ginecologo; ciò consentirà l'applicazione immediata di gran parte delle attuali conoscenze mediche, e ridurrà i rinvii del paziente per un consulto (referrals). L'assistente sociale, l'infermiera e la levatrice sono componenti chiave dell'équipe;

— l'assistenza dovrebbe essere effettuata per settori. In altri termini dovrebbe corrispondere a un'area e ad una popolazione ben definite; e tale settore dovrebbe essere noto in ogni dettaglio non soltanto alle infermiere, alle assistenti sociali ma anche ai dottori;

— anche se l'economia di scala esige che vi siano, per esempio non più di un edificio con un centro sanitario per — diciamo — ogni gruppo di popolazione di 40 o 50 mila unità, le équipes dovrebbero ciascuna coprire non più di diecimila persone;

— l'équipe - e non una istituzione astratta - dovrebbe essere responsabile della sanità della popolazione con la quale opera: di ogni evitabile decesso e malattia;

— dovrebbe esservi una costante integrazione degli aspetti somatici e psichici dell'assistenza; degli aspetti individuali e sociali; e degli aspetti preventivi e curativi;

— dovrebbe esservi una continuità nell'assistenza, una continuità longitudinale nel tempo: poiché la stessa équipe segue la stessa popolazione, si viene ad evitare un eccessivo avvicendamento. Ciò è all'origine di una assai accresciuta efficacia ed efficienza;

— vi dovrebbe anche essere una continuità negli istituti e nei livelli di assistenza: nessuna frattura tra l'assistenza a domicilio, quella ambulatoriale, quella presso le scuole e quella in ospedale. L'équipe del centro sanitario loale dovrebbe essere la chiave verso una tale continuità. Due esempi di come ciò può essere reso possibile: l'ospedale dovrebbe essere considerato uno strumento — senza dubbio uno strumento sofisticato e costoso, ma essenzialmente uno strumento — da gestirsi da parte dell'équipe del centro medico: e i medici dell'équipe dovrebbero quanto più possibile ripartire il proprio tempo tra il centro sanitario e l'ospedale e, quando possibile, all'équipe dovrebbe essere affidato il compito dell'insegnamento universitario;

— l'assistenza dovrebbe essere essenzialmente e volutamente educativa: dovrebbe consistere nel lavoro con la comunità (anziché per essa e da parte di essa), basato sulle sentite esigenze della popolazione e si dovrebbe costruire cominciando da lì.

E' questa una sorta di dottrina dell'assistenza medica integrale. E' il risultato dell'esperienza. Può anche essere un punto di partenza, il requisito indispensabile di ogni politica e programma.

Dr. JULIAN ZABICKI: Integrazione dei servizi socio-sanitari, preventivi, curativi e riabilitativi a livello locale in Polonia.

Organizzazione sanitaria integrata /Zoz/ nel territorio del complesso industriale « Huta im Lenina ».

L'assistenza socio-sanitaria nell'ambito del lavoro nell'anno 1978 è stata effettuata sotto forma terapeutica, profilattica, riabilitativa e sociale su circa 83.000 lavoratori del territorio di Nowa Huta, parte della città di Cracovia; tra questi circa 16.000 donne e 5.000 giovani delle scuole professionali. Circa il 50% è costituito da lavoratori del più grande combinato metallurgico polacco, il resto da lavoratori di imprese di costruzioni.

Il servizio integrato di assistenza medica industriale « Huta im Lenina » costituisce come organizzazione un complesso di assistenza sanitaria, che, per la parte amministrativa, dipende dal dipartimento della sanità pubblica della città di Cracovia, e per la parte economica è legato strettamente al complesso industriale di Huta.

L'assistenza sanitaria nel campo del lavoro è finanziata da due fonti. L'organico è finanziato dal bilancio del dipartimento della sanità pubblica, mentre tutto l'approvvigionamento e il funzionamento del complesso è finanziato dalle industrie. Il servizio medico industriale costituisce un modello di assistenza sanitaria, che riunisce in sé in un unico organismo tutti gli elementi di un moderno servizio medico: terapeutico, profilattico-preventivo, riabilitativo e di assistenza sociale.

Le strutture sono costituite da: (1)

1) assistenza sanitaria circoscrizionale per i diversi reparti di produzione e aziende, costituita da 24 ambulatori locali, dei

(1) Vedi allegato n. 1.

quali 12 ambulatori per i lavoratori metallurgici e 12 per le aziende di costruzioni;

2) servizio medico specializzato in un policlinico centrale specializzato;

3) servizio di pronto soccorso funzionante 24 ore su 24;

4) un reparto di 45 letti, facente parte della clinica di malattie professionali, dell'Accademia Medica;

5) un reparto di chirurgia di 45 letti;

6) un reparto di fisioterapia e riabilitazione;

7) laboratori diagnostici, di analisi, chimici, biochimici, tossicologia clinica, ematologia, pneumologia, audiometria, elettrocardiografia, elettroencefalografia, citologia e radiologia ecc.;

8) laboratorio di igiene del lavoro;

9) cattedra di Medicina del lavoro e malattie professionali collegata con la clinica di malattie del lavoro;

10) laboratorio di sociologia del lavoro;

11) laboratorio di psicologia del lavoro;

12) laboratorio di fisiologia del lavoro;

13) laboratorio ergonomia;

14) reparto di assistenza sociale per i lavoratori delle industrie;

15) una infermeria per i lavoratori che abitano negli alberghi dei lavoratori;

16) sanatori;

17) reparti amministrativi.

Specifico caratteristica di questo complesso di assistenza medica industriale è il fatto che la cattedra di medicina del lavoro dell'Accademia Medica, è situata nel complesso. Questa cattedra ha, oltre al compito di diagnosticare e curare le malattie professionali, anche quello di fare corsi specializzati per studenti e medici, e condurre lavori di ricerca scientifica.

Il fatto che il servizio medico industriale è localizzato proprio nel centro di un grande complesso industriale, permette di associare la scienza e l'insegnamento alla pratica, di associare

complessivamente tra loro diagnosi, terapia, profilassi, riabilitazione e attività sociali.

Questo complesso di assistenza medica industriale è arrivato allo stato attuale di organizzazione attraverso 20 anni di attività e trasformazioni organizzative, ed è come il risultato di un'adattamento alla specificità del complesso industriale giovane e in dinamico sviluppo.

La storia dello sviluppo del complesso sanitario, è in realtà la storia del combinato « Huta im Lenina », in funzione alla sua crescita e sviluppo.

I primi centri sanitari nel territorio di « Huta » sono stati ambulatori per infermiere e medici.

Questi centri poi, nel corso del tempo, si sono sviluppati in grandi ambulatori medici. La loro successiva formazione ha permesso di poter realizzare i fondamentali principi della medicina del lavoro e cioè:

- avvicinare il più possibile il servizio medico al posto di lavoro;
- unità tra terapia e profilassi;
- facile accesso agli ambulatori.

Questi ambulatori terapeutico-profilattici sono stati progettati contemporaneamente alla costruzione di reparti di produzione.

La loro grandezza e campo d'azione e struttura sono state basate su:

- 1) parametri demografici del personale, numero, età, sesso dei lavoratori;
- 2) numero e dislocazione dei singoli reparti di produzione;
- 3) processi tecnici e fattori nocivi alla salute derivanti da essi;
- 4) localizzazione e distanza dei reparti di produzione e industrie dal centro della città di Cracovia;
- 5) fabbisogno del servizio terapeutico-profilattico;
- 6) concezione di una rete di ambulatori organizzata di medicina industriale;

7) collaborazione finanziaria tra il servizio medico industriale e le industrie.

L'azione del servizio di medicina industriale è caratterizzata dall'unità tra terapia e profilassi.

La profilassi ha un particolare valore per lo stato di salute. Essa è praticata sotto diverse forme e indirizzi, basandosi sia sul discernimento del rischio professionale dei lavoratori, quantitativo e qualitativo, e sia sull'analisi della morbilità del personale.

Una parte dell'attività profilattica riguarda direttamente l'uomo, una seconda parte, invece, si basa sul miglioramento dell'ambiente di lavoro, essendo in stretto rapporto con la sua struttura tecnica.

Tra le attività profilattiche le forme più comuni sono:

- visite di assunzione al lavoro;
- visite periodiche di controllo;
- ricerche specifiche in relazione a determinati sintomi;
- ricerche epidemiologiche sullo stato di salute;
- esercizio di un consultorio attivo in rapporto a determinate malattie croniche, a malattie a carattere sociale;
- visite di controllo;
- invio ai sanatori e a ferie profilattiche soprattutto di persone che hanno un lavoro nocivo e gravoso;
- cambio di lavoro in caso di limitata abilità al lavoro, o di rischio di malattie professionali;
- ricerche per diagnosticare nocività del posto di lavoro come: impolverazione, rumore, parametri di microclima etc.;
- partecipazione, con i rispettivi responsabili del posto di lavoro, alle visite di controllo dei luoghi di lavoro, sia dal punto di vista sociale che sanitario-igienico;
- propaganda sanitaria;
- eseguire in collaborazione con le industrie varie, immediate azioni profilattiche, come: vaccinazioni, profilassi contro l'influenza, programmazione di lavori scientifici, e adeguata programmazione di investigazione in rapporto al progresso tecnico.

Le visite di assunzione e di controllo periodico hanno una prevalente importanza per la salute dei lavoratori su tutto ciò sopra esposto.

La programmazione delle visite di controllo periodiche è fatta in unità col reparto responsabile della sicurezza e igiene del lavoro nelle fabbriche, la loro frequenza e determinazione dipendono dal tipo di rischio provocato da fattori nocivi e gravosi per la salute.

La programmazione di termini periodici per l'effettuazione delle suddette visite e la loro regolazione è affidata a responsabili dei diversi reparti, essi a loro volta sono responsabili dell'effettuazione di esse, davanti alla direzione dell'azienda.

Visite speciali e analisi sono effettuate, come negli anni precedenti, riguardo a:

- malattie croniche dell'apparato respiratorio servendosi del laboratorio pneumologico;
- malattie cardiovascolari - laboratorio di elettrocardiografia;
- ipertensione arteriosa - sua progressività;
- ulcera gastrica e duodenale;
- ricerca e scoperta di sintomi occulti psico-nervosi e epilessia, attraverso il laboratorio di elettroencefalografia e psicotecnico;
- disturbi dell'udito in persone esposte a rumore - laboratorio audiometrico;
- dermatosi professionali;
- micosi;
- stadi precancerosi - attraverso analisi citologiche;
- malattie vascolari - varici;
- ricerca per porre rimedio al processo di invecchiamento del personale;
- ricerche per diagnosticare tempestivamente la cataratta dei siderurgici;
- visite per la diagnosi precoce della tbc polmonare;

— esperimenti su animali - conigli - sull'adattamento nelle « Cocsochemica »;

— ricerca epidemiologica su tutta la popolazione esposta a determinati fattori nocivi provocati dall'industria.

I risultati delle visite vengono utilizzati per l'inserimento nei rispettivi consultori, per cambiamenti di lavoro, terapia, azioni profilattiche, o programmazione di altri lavori di ricerca.

I consultori sono per le seguenti malattie croniche:

— ulcera gastrica e duodenale;

— malattia dell'apparato cardiocircolatorio: infarto cardiaco, insufficienza coronaria, ipertensione arteriosa, stati dopo infarto;

— malattie psico-nervose e epilessia;

— malattie del ricambio - per esempio diabete mellito;

— malattie reumatoidali come: poliartrite cronica progressiva, spondilosi anchilopoietica, coxartrosi;

— bronchite cronica e asma bronchiale;

— tubercolosi polmonare;

— malattie renali croniche;

— malattie professionali;

— malati con limitata abilità al lavoro dopo incidenti o malattie;

— donne in gravidanza;

— malattie della tiroide;

— malattie professionali della pelle;

— malattie veneree;

— malattie croniche dell'apparato riproduttivo;

— altre manifestazioni patologiche specifiche per determinate esposizioni professionali per esempio: malati dopo ustioni, malati con disturbi dell'udito, malati di anemia.

Attualmente nel complesso sanitario lavorano 143 medici di diverse specializzazioni, 35 stomatologi, circa 180 infermiere, 85 assistenti di laboratorio e tecnici.

La frequenza al complesso sanitario è stata nell'anno 1978 di più di 2 milioni di pazienti. I medici hanno effettuato 744.342 consultazioni, gli stomatologi 110.567, analisi analitiche-chimiche 647.837, radiografie 145.149, elettrocardiografie 21.486, consultazioni di fisioterapia e riabilitazione 93.214.

Le forme, l'ambito e la finalità dell'impiego dei vari metodi di azione profilattica-terapeutica dipendono soprattutto dal potenziale lavorativo:

- organico;
- locali;
- impianti e apparecchiature mediche.

Quanto più i metodi sono moderni, tanto più l'apparecchiatura è precisa e costosa, tanto più è necessario personale specializzato. L'organizzazione dei ZOZ permette una completa e economica utilizzazione del potenziale lavorativo. Aumenta anche la possibilità e l'universalità delle esperienze riguardanti l'assistenza sanitaria di base e specializzata così come il servizio sociale.

Al tempo stesso cambia il carattere del lavoro del servizio sanitario da passivo a più attivo, delineando alcuni suoi futuri compiti.

Nell'insieme la politica sanitaria si basa su tre forme organizzative:

1) ZOZ - di base, agente in delimitati distretti, profilattici terapeutici, avendo sotto la sua assistenza 30-150.000 abitanti. Le città, aventi più di 150.000 abitanti possono costituire uno o più distretti profilattici-terapeutici in dipendenza delle condizioni locali.

2) Complessi specializzati di servizio sanitario a livello di provincia, aventi i seguenti compiti:

- assicurare le prestazioni integranti il servizio di base, particolarmente prestazioni di specializzazioni a campo ristretto;
- prestazioni consultive;
- azione metodica organizzativa;

— corsi di aggiornamento e specializzazione per il personale sanitario.

3) Unità di servizio sanitario a tipo regionale, come:

— cliniche Accademia Medica, istituti scientifici, con prestazioni altamente specializzate sia in forma ambulatoriale che ospedaliera;

— ricerca scientifica;

— qualificazione professionale del personale medico.

L'assistenza sanitaria di base del distretto profilattico-terapeutico concorre alla difesa della salute della società.

4) Circostrizione

Normalmente la circostrizione in città comprende circa 3.000-5.000 abitanti, in paese 3.000-6.000 abitanti, nell'industria circa 1.000 lavoratori.

Questo servizio di base è costituito da:

— gabinetti di medicina generale;

— gabinetti pediatrici;

— gabinetti ginecologici;

— gabinetti stomatologici.

Per le industrie questa assistenza è effettuata da consultori di medicina del lavoro e industriali.

Per la popolazione dei paesi l'assistenza di base è assicurata da ambulatori.

Conclusioni

1) L'integrazione del servizio sanitario condotta nel 1973 in circostrizioni locali è in pratica una forma di azione migliore e più moderna perché agente in complessi.

2) L'integrazione permette una più agevole disposizione dell'organico secondo le necessità e richiede un numero minore di personale amministrativo.

3) Il complesso fa sì che gli apparecchi e gli strumenti medici vengano completamente utilizzati. Dal punto di vista economico questo sistema è più conveniente.

4) Importante è la grandezza del complesso, perché al di sopra di una certa grandezza la sua direzione è difficile, mentre al disotto di essa non è conveniente dal punto di vista economico.

5) Un buon funzionamento del complesso dipende soprattutto dal lavoro condotto bene nel territorio, in particolare dalla preparazione adeguata dei medici e delle infermiere che vanno a domicilio.

6) Nell'esperimento d'integrazione anche la cattedra di medicina del lavoro e malattie professionali in pratica ha superato il suo esame, perché ha permesso una più adeguata attività del servizio sanitario e l'effettuazione di ricerche scientifiche importanti come per es. ricerche epidemiologiche sulla salute del personale di una fabbrica.

7) La forma d'organizzazione del complesso integrato a livello locale — ZOZ — dipende dalle possibilità e dai fini dell'integrazione, così come dalla situazione locale. Le diverse forme vanno di pari passo con le varianti di organizzazione e struttura interna, ma vengono sempre mantenute la funzione e i fini, risultanti dalla concezione generale dell'integrazione del complesso a livello locale.

Sotto questo aspetto l'integrazione deve essere compresa come un processo dinamico e non statico.

L'allegato 1 e lo schema n. 1 presentano la struttura e i fini del complesso unificato a livello locale per tutta la popolazione.

Struttura e fini del complesso integrato a livello locale per tutta la popolazione.

Nelle città con un'industrializzazione poco sviluppata viene organizzata l'assistenza sanitaria integrata, profilattica, riabilitativa e sociale per tutta la popolazione, e per le industrie si costituisce un reparto di medicina del lavoro.

In questa concezione viene distinta nei fini, nei doveri così come nelle strutture del complesso integrato a livello locale la funzione dell'assistenza sanitaria per i lavoratori e per i giovani delle scuole.

Nella situazione locale, in cui c'è un ospedale grande e efficiente, i reparti ospedalieri sono base fondamentale specializzata per tutto il complesso integrato. Nelle città non molto grandi, in cui c'è un ospedale molto grande, questo può svolgere la funzione di base specializzata per 2 o 3 complessi integrati — ZOZ —. Il complesso comprende:

- 1) Reparto di assistenza di base.
- 2) Reparto di assistenza specializzata.
- 3) Reparto diagnostico.
- 4) Reparto di assistenza sociale.
- 5) Reparto di coordinazione organizzativa.
- 6) Reparto amministrativo-economico.
- 7) Reparto tecnico.

Il compito fondamentale del complesso è quello di assicurare a tutta la popolazione di un dato luogo un'assistenza sanitaria e sociale completa e accessibile.

Il complesso, oltre ai compiti già elencati per il complesso industriale, ha i seguenti fini:

- 1) Assistenza di base per tutta la popolazione:
 - a) prestazioni profilattiche con riferimento all'ambiente domestico e di lavoro;

b) prestazioni individuali in ambulatorio profilattico-terapeutiche — assistenza ambulatoriale — e a domicilio del malato, quando necessaria;

c) consultori.

2) Assistenza specializzata per tutta la popolazione:

a) prestazioni profilattiche integranti le prestazioni dell'assistenza di base;

b) prestazioni individuali profilattico-terapeutiche nelle diverse specialità in forma ambulatoriale o a domicilio;

c) assistenza ospedaliera a malati il cui stato di salute richiede un soggiorno ospedaliero;

d) pronto soccorso in caso di incidenti o improvvisa malattia.

3) Assistenza speciale ai lavoratori:

a) controllo sulle condizioni di lavoro e sullo stato sanitario delle aziende;

b) analisi sulle condizioni dell'igiene del lavoro e sullo stato sanitario;

c) visite profilattiche, di assunzione e di controllo.

d) prestazioni individuali profilattico-terapeutiche di base o specializzate;

e) consultori per malattie contratte nel lavoro, per donne in gravidanza, per minorenni, per invalidi, per malati cronici, e per persone che richiedono una speciale assistenza;

f) in caso di assunzione dei lavoratori proporre posti di lavoro adeguati alle loro possibilità psicofisiche, e collaborare con le industrie per adattare tipo e condizioni di lavoro nelle possibilità psicofisiche dei lavoratori;

g) collaborazione con le aziende nella riabilitazione professionale e attività ergonomica;

h) valutazione dello stato di salute del personale e analisi delle assenze per malattia, traendone deduzioni per migliorare lo stato di salute e limitare le cause di malattie e incidenti.

4) Assistenza ai bambini dell'asilo d'infanzia, ai bambini e ai giovani delle scuole, di internati e di case di rieducazione:

a) controllo sullo stato sanitario-igienico dei locali;

b) prestazioni profilattiche;

c) prestazioni profilattico-terapeutiche di assistenza di base, anche per gli insegnanti e tutto il personale.

5) Assistenza a studenti e personale universitario:

a) controllo dello stato profilattico-igienico dei locali;

b) prestazioni profilattiche;

c) prestazioni individuali profilattico-terapeutiche di assistenza di base e specializzata.

6) Assistenza sociale, valutazione, organizzazione dell'assistenza in caso di bisogni vitali per persone:

a) inabili al lavoro per età, per malattia, per persone che non sono in grado di soddisfare le proprie necessità per mancanza di mezzi di mantenimento o per incapacità;

b) insegnamento professionale;
difficili.

7) Assistenza educativa:

a) assistenza a bambini fino a 3 anni di madri lavoratrici;

b) assistenza a bambini fino a 3 anni temporanea o permanente, che non hanno assistenza familiare.

8) Riabilitazione professionale:

a) consultori professionali per invalidi e persone non del tutto abili la lavoro;

b) insegnamento professionale.

c) collaborazione per l'occupazione degli invalidi con speciali condizioni.

9) Referti medici sullo stato di salute.

10) Propaganda sanitaria.

I compiti del servizio di assistenza sociale comprendono: questioni di assistenza sociale, di assistenza educativa, di riabilitazione professionale. In particolare:

1) Assistenza sociale:

- a) determinare bisogni e cercare di soddisfarli;
- b) organizzare e controllare ricoveri statali per pensionati e case diurne di assistenza sociale;
- c) valutazione dei bisogni ambientali e organizzazione di assistenza;
- d) controllare la realizzazione dell'assistenza;
- e) organizzazione di corsi di aggiornamento per lavoratori nel campo dell'assistenza e per gli assistenti sociali;
- f) collaborazione con gli organi amministrativi locali, con i sindacati e altre organizzazioni sociali, con i tribunali e unità di amministrazione nazionale.

2) Assistenza educativa:

- a) assistenza in asili per bambini al di sotto dei 3 anni, di madri lavoratrici;
- b) assistenza per bambini al di sotto dei 3 anni, che non hanno contemporaneamente o permanentemente assistenza dalla famiglia;
- c) indirizzare ai riformatori e distribuirne i posti;
- d) controllo sul funzionamento degli asili e ospizi per bambini;
- e) collaborazione con altre cellule organizzative del complesso, con i dipartimenti e provveditorati dell'istruzione e educazione pubblica, con i dipartimenti per i minorenni, con organizzazioni sociali ecc.

3) Riabilitazione professionale:

- a) determinare le necessità in campo riabilitativo e riellaborare piani di assunzione;
- b) determinare lo sviluppo di speciali forme di assunzione degli invalidi;

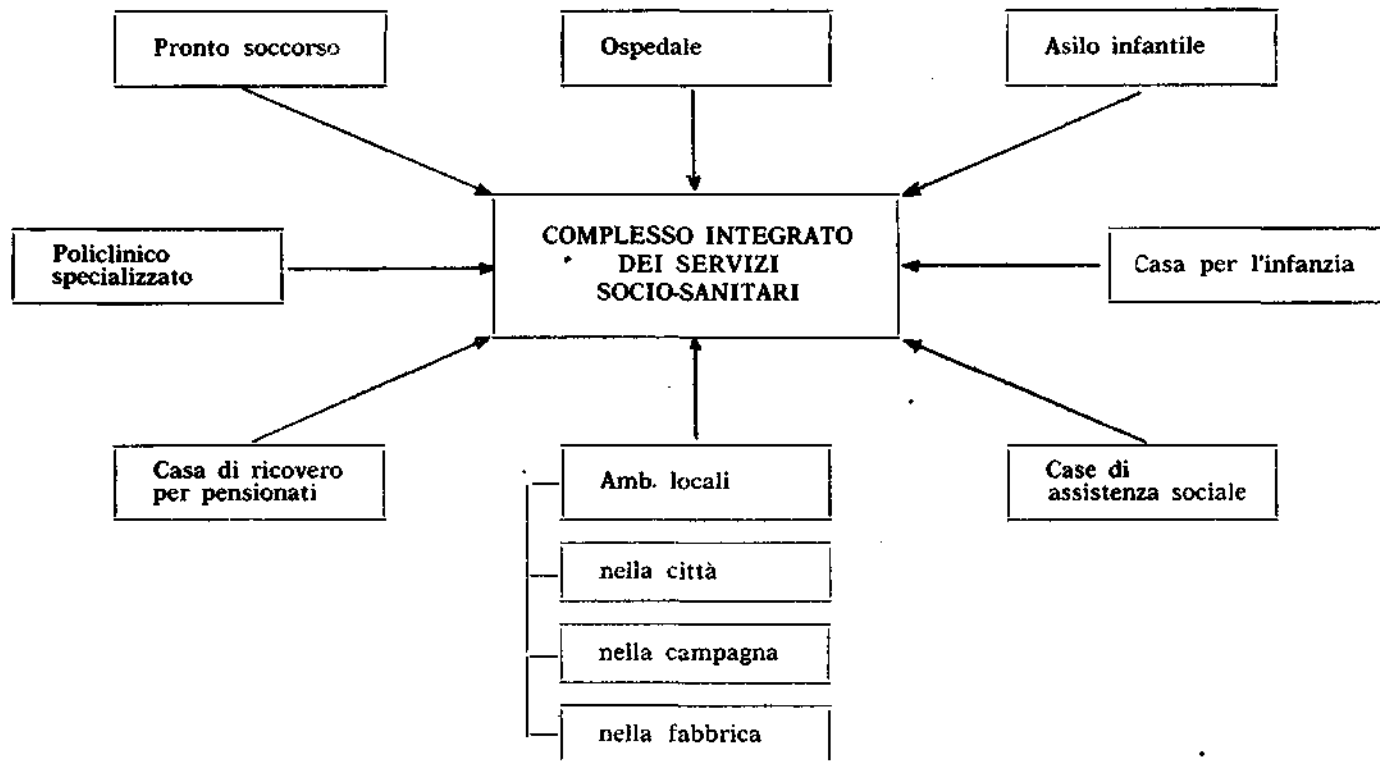
c) consultorio professionale, addestramento e assunzione invalidi o lavoratori con abilità al lavoro limitata;

d) collaborazione con le aziende, con le associazioni di invalidi e con altre unità di assistenza sanitaria, nel campo di riabilitazione professionale;

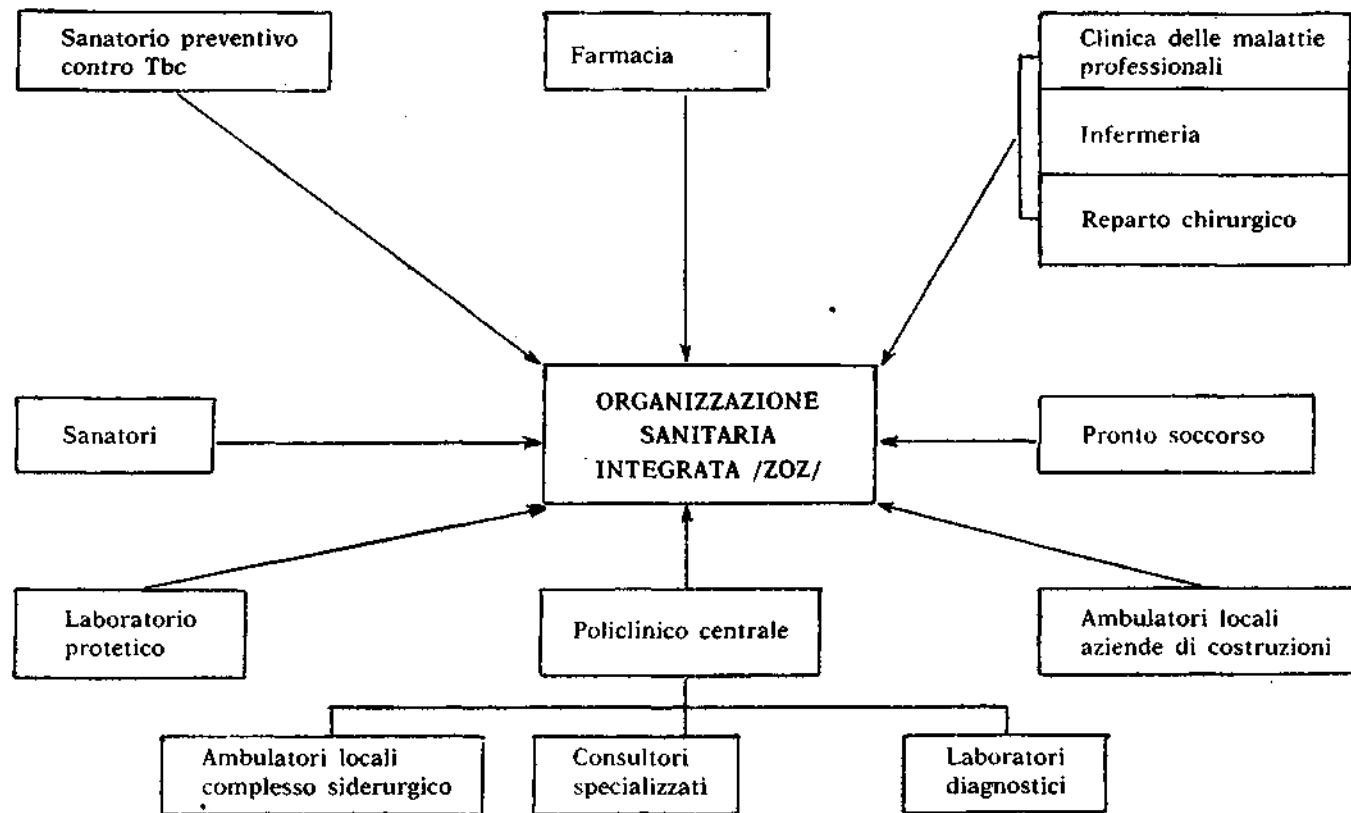
e) controllo sulle condizioni di lavoro e regolarità nell'assunzione degli invalidi.

Schema n. 1

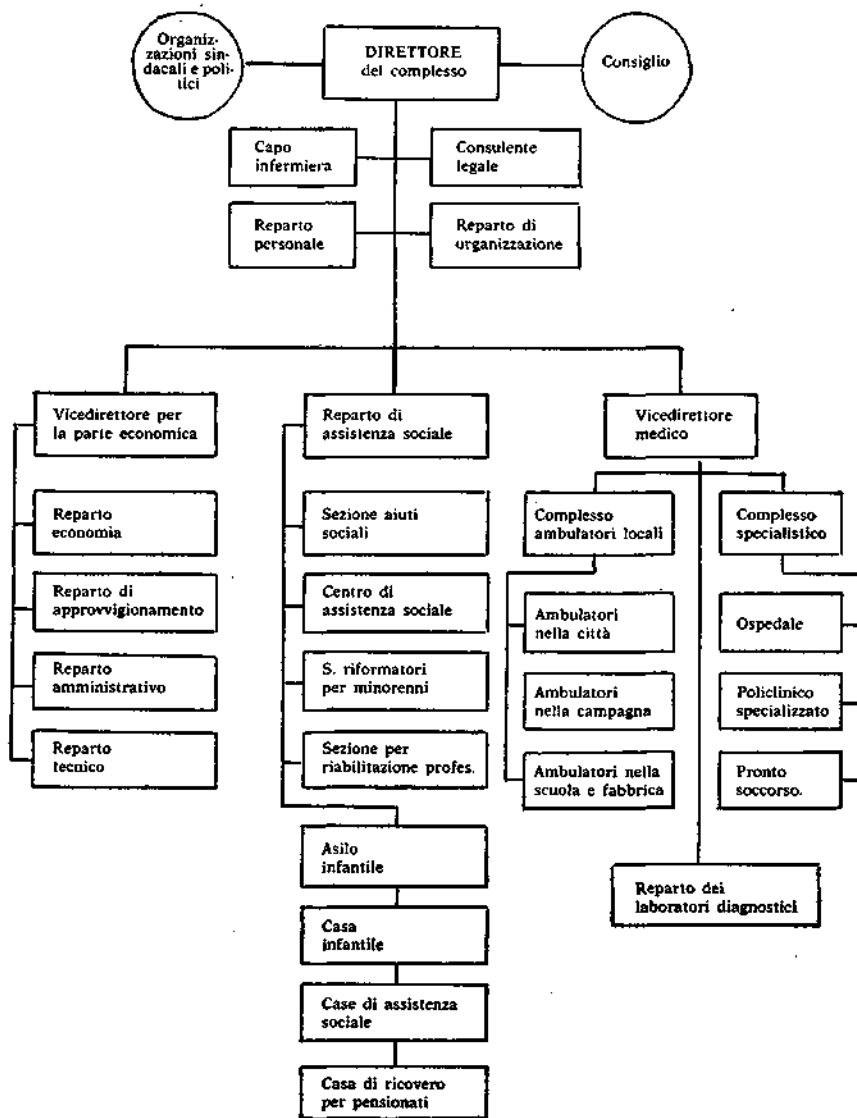
L'integrazione dei servizi socio-sanitari a livello di unità locali/ZOZ/



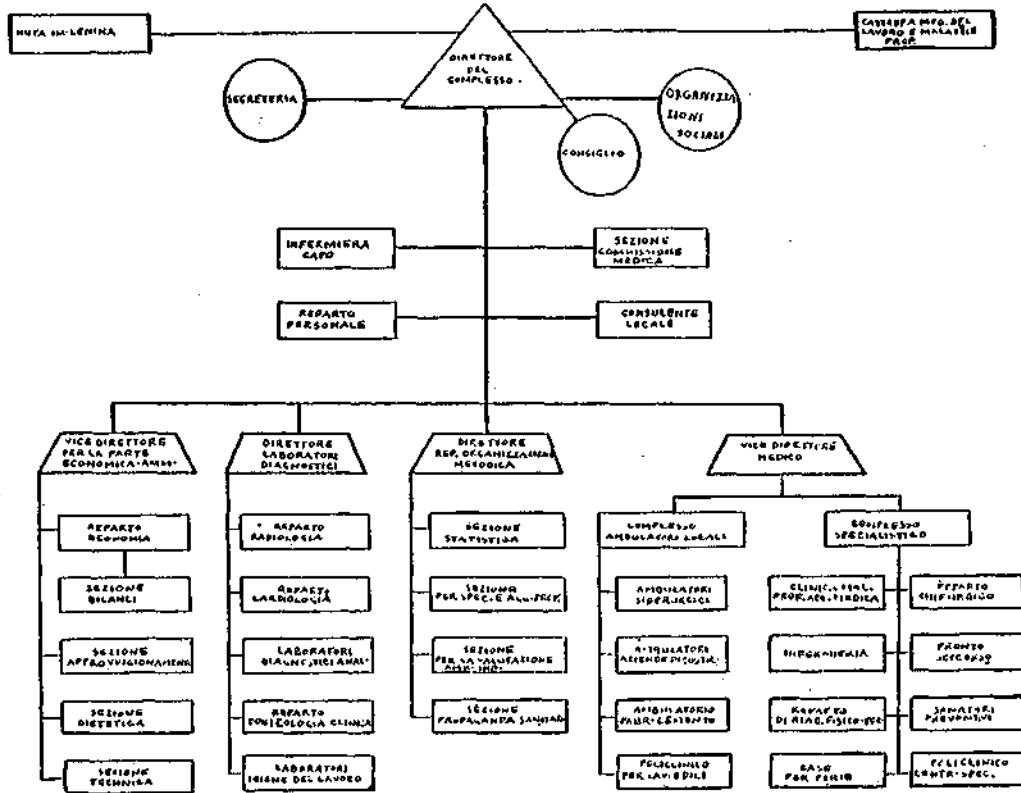
Schema organizzazione sanitaria /Zoz/ del complesso industriale Huta im. Lenina



Schema dell'integrazione dei servizi socio-sanitari a livello di unità locali



SCHEMA ORGANIZZAZIONE SANITARIA INTEGRATA - ZOZ
NEL TERRITORIO DEL COMPLESSO INDUSTRIALE "HUTA IM LENINA"



Dott. FRANCO MARZIALE: Processi di integrazione delle Unità Sanitarie Locali nel contesto generale del Servizio Sanitario.

Permettetemi in primo luogo di ringraziare il Presidente del Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro per la fiducia che ha riposto in me invitandomi a partecipare a questo Primo Incontro Internazionale di Studio sulla riforma sanitaria.

Vorrei in seguito felicitare gli organizzatori dell'importante iniziativa che spero porterà più di una risposta ai vari interrogativi che ancora sussistono al riguardo della riforma sanitaria italiana e servirà a orientare i responsabili di altri Paesi europei che ancora esitano ad intraprendere il cammino della riforma verso un servizio nazionale di sanità.

Il Consiglio d'Europa ha orientato da anni la sua politica di sanità pubblica nel senso di una promozione di una politica europea della sanità destinata a rendere effettivo il diritto di tutti al servizio sanitario, e non solamente alle cure mediche ma egualmente ad ogni altra misura di prevenzione e di promozione della salute, eliminando così ogni forma di disuguaglianza fondata sulle condizioni socio-economiche e culturali dell'individuo.

Tale politica evidenzia l'interesse profondo del Consiglio d'Europa per lo sforzo intrapreso dal Governo italiano in vista di creare un sistema sanitario alla base del quale risiede il diritto di ogni cittadino a disporre su tutto il territorio nazionale di una gamma di servizi di prevenzione, di cura e di riabilitazione efficaci, efficienti e assicuranti, grazie al loro decentramento, una piena partecipazione degli utenti, una più grande umanizzazione della medicina, una completa educazione sanitaria e un controllo educativo, che permetterà di contenere le spese entro i limiti accettabili per la comunità.

Nel mio intervento mi propongo di illustrare certi aspetti del processo di integrazione delle unità sanitarie locali nel contesto generale del servizio nazionale.

Si tratta di riflessioni che, partendo da esperienze realizzate in vari Paesi europei, dovrebbero permettere di orientare sul piano pratico l'applicazione della legge.

Mi soffermerò in particolare su:

- i vari modelli di integrazione:
 - verticale;
 - orizzontale;
 - totale;
- il fulcro attorno al quale si dovrebbe costruire l'unità sanitaria;
 - la natura e le funzioni dell'unità sanitaria (rapporto unità sanitaria-servizi privati);
- i vari livelli d'azione;
- il personale e la sua formazione;
- il controllo.

Perciò il mio intervento non sarà tanto il compendio delle attività del Consiglio d'Europa in materia di sanità pubblica quanto l'esposizione delle esperienze raccolte, nell'ambito del Consiglio d'Europa, attraverso lo studio e l'analisi dei sistemi sanitari esistenti nei 21 Paesi membri, che voglio sperare utile a proporre una soluzione che si adatti alla situazione italiana.

Alcune Costituzioni (vedi, per esempio, i Paesi dell'Est europeo e quella recente del Portogallo) contengono riferimenti specifici ad un sistema sanitario nazionale.

La Costituzione italiana non contiene disposizioni specifiche riguardanti la salute, ma lo spirito della legge e, in particolare, l'art. 32 (La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della comunità) fanno della salute un diritto al quale ogni cittadino può naturalmente appellarsi.

La legge 23-12-1978 n. 833, riguardante la riforma sanitaria in corso in Italia, garantisce ora l'universalità di questo diritto in contrapposizione al diritto precedente condizionato in maniera riduttiva dal rapporto assicurativo tra l'individuo e l'Ente di assicurazione. In tal modo l'assistenza e la cura non sono più legate

all'esistenza di un'attività lavorativa del titolare del diritto o dei membri della sua famiglia ma copre i bisogni di tutte le categorie dei cittadini: da quelli degli anziani non pensionati a quelli dei disoccupati senza indennità, delle vedove, delle divorziate, di coloro che non maturavano, prima della riforma, le ore lavorative necessarie per l'assistenza sanitaria.

Inoltre la legge attua quanto ancora previsto dalla Costituzione, nell'art. 5, e cioè « il più ampio decentramento amministrativo » dei servizi.

Occorre precisare, però, che spesso si parla, a torto e genericamente, di diritto alla salute, mentre dovrebbe essere evidente che lo Stato non può che garantire i mezzi necessari per raggiungere e conservare il più alto livello possibile di salute.

Questa deve essere intesa come uno stato di benessere non solo fisico ma anche mentale e sociale del cittadino, il quale deve essere considerato indipendentemente dalle attività e dalle funzioni che svolge nella società.

L'integrazione e la riorganizzazione dei servizi esistenti, nell'ambito dell'organizzazione territoriale prevista dall'istituzione del servizio sanitario in Italia, è un fattore importantissimo per raggiungere gli obiettivi sopra citati.

Tali servizi sono enumerati nell'art. 14 della legge e possono essere considerati, schematicamente, come facenti parte dei gruppi seguenti:

- servizi di protezione materno-infantile;
- servizi di medicina scolastica;
- servizi di medicina del lavoro;
- servizi di protezione degli anziani;
- servizi di igiene;
- servizi di trasporto tramite ambulanze;
- servizi di prevenzione individuale e collettiva delle malattie fisiche e psichiche;
- servizi di educazione sanitaria;
- servizi di assistenza medica e infermieristica, domiciliare e ambulatoriale;

— servizi di igiene dell'ambiente.

Per tali servizi può essere suggerito un sistema di integrazione che, grazie ad una certa elasticità di funzionamento, potrebbe adeguarsi più facilmente ed efficacemente a tutte le esigenze del cittadino e delle unità sanitarie.

Secondo tale sistema, l'integrazione dei servizi esistenti potrebbe essere concepita in forma « orizzontale » e « verticale ». Con la prima si faciliterebbe la collaborazione dei servizi a disposizione del cittadino, cosicché, in ogni momento della sua vita e per ogni particolare bisogno di assistenza, egli potrebbe avere a disposizione i servizi necessari per quelle situazioni particolari.

Con la seconda forma, i servizi sanitari potrebbero essere organizzati in modo da essere a disposizione dell'individuo, per tutto il corso della sua vita, in determinati settori e soprattutto in quelli della prevenzione, e dell'educazione sanitaria. E' evidente, infatti, che tali settori riguardano il cittadino in quanto entità sociale in un continuo apprendere il modo migliore di mantenere il suo stato di salute in ogni stadio dell'evoluzione fisica e psichica.

Il settore della riabilitazione, per esempio, potrebbe essere interessato ad un funzionamento « verticale » dei servizi: esso riguarda, infatti, la prevenzione, la cura e la riabilitazione. Occorre poi notare che, secondo lo spirito della nuova legge, il concetto stesso di riabilitazione verrà trasformato nel senso che non riguarderà più solo gli infortuni avvenuti in un ambiente di lavoro ma qualsiasi altro tipo di infortunio e di impedimento, visto nell'ottica di una perdita di facoltà piuttosto che in quello di una perdita di capacità di produrre e di guadagnare.

Ad esempio, per quanto riguarda gli incidenti che possono capitare ai bambini e alle persone anziane (colgo l'occasione per ricordare che esiste un ottimo rapporto preparato dal Consiglio d'Europa sugli incidenti che possono capitare ai bambini (*), incidenti più numerosi e gravi di quanto si possa pensare; per quanto riguarda, ancora, gli incidenti domestici, la prevenzione e

(*) Conseil de l'Europe, Recherches médicales coordonnées, *Accidents des enfants en tant que problème de santé publique*, Strasbourg 1971.

l'educazione sanitaria possono giocare un ruolo determinante. Il bambino e l'anziano sono in tal modo garantiti non da lavoro, che non possono ancora o non possono più svolgere, ma dal fatto di vedere riconosciuta la loro posizione di utenti del sistema sanitario, nella vita di tutti i giorni, come cittadini di pieno diritto. Allo stesso modo la casalinga vede finalmente riconosciuto, sotto questo aspetto, il valore del suo lavoro, essendo garantita (come chiunque altro che svolga un lavoro a domicilio) contro gli eventuali incidenti domestici.

Infatti, una volta stabilito il diritto, per ogni cittadino, a mantenere e a riacquistare la salute, tale diritto universale non deve più distinguere tra incidente avvenuto sul lavoro e incidente avvenuto in qualsiasi altra occasione.

Ho detto all'inizio che, per quanto riguarda l'educazione sanitaria, vedrei l'integrazione dei servizi esistenti e il loro funzionamento piuttosto in senso verticale: ad ogni momento dell'evoluzione fisica e sociale dell'individuo (il neonato, il bambino, l'adolescente, l'adulto, l'anziano; oppure: lo studente, il lavoratore, il pensionato, eccetera) il servizio è a sua disposizione per le necessità del momento.

Ciò non vuol dire che tale funzionamento verticale del servizio sia il solo possibile e il più adatto in ogni occasione; può darsi, invece, che, in una determinata situazione, l'utente abbia maggiormente bisogno del servizio di educazione considerato in senso orizzontale: nel caso, per esempio, in cui non è più solo lo studente, in quanto genericamente tale, ad avere la necessità del servizio previsto per la sua situazione, ma lo studente che vive quella determinata esperienza (problema), unica e personale (droga, per esempio) che lo porta a dover esigere dal servizio sanitario un intervento più personalizzato di quello previsto per lui in quanto studente.

Un altro esempio potrebbe chiarire il concetto dell'opportunità delle due forme di integrazione. Infatti, un'educazione sanitaria adeguata potrebbe essere impartita in forma orizzontale (vale a dire a seconda delle necessità del momento) dalla famiglia e, in alcuni Paesi, ciò avviene o è preso in seria considerazione; tuttavia in altri, tra cui il nostro, la crisi attuale del nucleo familiare rende impossibile tale forma orizzontale di azione.

Perciò l'individuo, a meno che non faccia parte, in maniera continua e approfondita, di qualche gruppo sociale, dovrebbe, in questo settore, essere educato dall'unità sanitaria locale; dovendosi trattare di formazione continua e generale, ciò comporterebbe un intervento verticale, lungo tutto il corso della sua vita, da parte dell'unità sanitaria.

Da quanto detto finora risulta che l'interazione funzionale e un'ulteriore integrazione delle due forme complementari di integrazione, verticale e orizzontale, porterebbero a una cosiddetta « integrazione totale » dei servizi esistenti, con la possibilità quindi di creare un sistema di prestazioni equilibrato e dinamico, capace cioè di adeguarsi ai bisogni e alle situazioni del cittadino e ai problemi posti dal funzionamento delle unità sanitarie locali.

Il fulcro dell'integrazione

Un aspetto interessante di integrazione dei servizi è quello che, in alcuni Paesi dell'Est europeo, prevede tale integrazione attorno a una grande impresa: sono i cosiddetti « circondari sanitari d'impresa », dove le imprese partecipano al finanziamento delle installazioni sanitarie sul luogo di lavoro. Ciò da una parte contribuisce a far sì che le installazioni sanitarie siano ben equipaggiate ma dall'altra provoca un certo raddoppiamento dei servizi, perché il malato può essere curato sia presso l'impresa sia presso l'unità sanitaria locale.

Un sistema di integrazine « totale » dei servizi potrebbe, tenendo conto delle condizioni particolari dei lavoratori, ovviare a questi inconvenienti e, sottolineando la specificità dei vari servizi, tra cui quelli già esistenti e che riguardano il mondo del lavoro, farne risaltare l'utilità per l'utente a seconda dei suoi bisogni e delle specializzazioni di tali servizi. Per cui un lavoratore troverebbe, nell'unità sanitaria, non un doppione di servizi, con uguali possibilità di assistenza, ma servizi distinti in modo tale da assisterlo sia per quanto riguarda malattie connesse con il lavoro (e in questo caso il centro medico adatto potrebbe essere presso l'impresa) sia per quanto riguarda esigenze sanitarie di altro genere, per le quali l'assistenza viene assicurata in un luogo esterno all'impresa, più agevole per il resto della popolazione.

Le unità sanitarie locali

I servizi sanitari esistenti e il loro funzionamento in seguito a un'integrazione orizzontale e/o verticale, e quindi completa, « totale », sono compresi, secondo la legge riguardante l'istituzione del servizio sanitario nazionale, nelle unità sanitarie locali.

Significato dell'istituzione

Per meglio interpretare la legge e applicarla, secondo lo spirito di questo convegno, penso sia opportuno soffermarsi sul significato della nuova istituzione.

La definizione che di essa viene data dall'art. 10 della legge sottolinea il fatto che non si tratta di un luogo fisico o di un insieme di centri funzionanti separatamente, ma dell'insieme dei servizi coordinati a seconda delle necessità del cittadino. E' per questo che l'unità sanitaria garantisce l'unità dell'assistenza sanitaria e della cura in ogni sua fase e, grazie a ciò, il paziente trova in essa (U.S.) il posto che gli compete come parte attiva e partecipa del trattamento di cui abbisogna. Del resto, la « totalità » dell'integrazione dei servizi, la loro capacità di adeguarsi alle necessità contingenti (azione orizzontale) o ricorrenti (azione verticale) di assistenza, permettono, da parte dell'unità sanitaria una conoscenza più approfondita dei bisogni del cittadino e un intervento efficace.

Non bisogna dimenticare, infatti, che una stretta collaborazione fra la popolazione e l'unità sanitaria deve costituire, assieme alla partecipazione attiva del paziente al suo trattamento, uno degli obiettivi principali dell'istituzione dell'unità sanitaria.

La composizione e il funzionamento

L'unità sanitaria potrebbe funzionare a più livelli di azione.

Secondo il primo livello, comprendente un centro medico di primo livello, essa potrebbe fornire agli abitanti del territorio interessato le cure ambulatoriali e ospedaliere fondamentali e i servizi d'urgenza.

Il centro medico dovrebbe assicurare una permanenza ed essere fornito di un piccolo laboratorio e di un equipaggiamento radiografico per la diagnosi e l'attività ospedaliera locale; come servizio logistico, dovrebbe disporre di un certo numero di letti

d'ospedale per l'osservazione, la cura delle affezioni benigne e per i pazienti cronici.

Nel secondo livello, comprendente un centro medico di secondo livello, l'unità sanitaria assicurerebbe i servizi specializzati, che non sono offerti nel primo, e si potrebbe incaricare della formazione del personale para-medico. Il centro dovrebbe comprendere almeno 4 settori di specializzazione clinica e ogni comune compreso nella unità sanitaria dovrebbe avervi garantita una capacità di ricezione proporzionale alla sua popolazione.

Al terzo livello verrebbe posto un centro medico-universitario assicurante i servizi specializzati non previsti ai livelli precedenti e quelli il cui mantenimento non è conveniente negli altri centri; il centro assicurerebbe la formazione dei futuri medici, servendo come base, al tempo stesso, per le attività scientifiche e di ricerca dell'unità sanitaria.

E' evidente che la possibilità di strutturare in forma verticale e orizzontale i servizi messi a disposizione ai vari livelli garantisce il coordinamento dei passaggi necessari del paziente dall'uno all'altro ed è capace di trovare una soluzione, evitando quindi vuoti di presenza e di efficacia, per ogni stadio di assistenza in cui potrebbe trovarsi l'individuo.

Per quanto riguarda la degenza, l'integrazione dei servizi favorirebbe enormemente la razionalizzazione e il risparmio nel settore importantissimo della disponibilità dei posti letto. Infatti, il centro medico di 1° livello potrebbe riservarsi negli altri centri di 2° e 3° livello, in maniera proporzionale alla popolazione e tenendo conto dei tassi di morbilità riscontrati negli ultimi anni, un certo numero di posti letto necessari per gli interventi specializzati e previsti per il periodo strettamente necessario all'intervento. Questo permetterebbe di realizzare delle economie importanti perché gli operati al 2° e al 3° livello non rimarrebbero degenti in strutture costose per la convalescenza ma potrebbero ritornare al centro di 1° livello che, tra l'altro, essendo situato più vicino al domicilio del paziente, eviterebbe ai familiari i disagi dello spostamento e favorirebbe, in un ambito familiare, un recupero più rapido e un migliore appoggio sociale.

Inoltre, la possibilità di usare i servizi in forma verticale od

orizzontale rende possibile un uso migliore dei servizi esistenti, una migliore pianificazione, utilizzando tutti i servizi preesistenti, come i centri di consultazione pre e post-natale, gli ambulatori, i laboratori, i servizi ospedalieri ecc., supplendo naturalmente alle mancanze che vengono constatate.

L'integrazione totale, con l'esistenza di organi di coordinamento e di controllo che la rendono possibile ed efficace, dovrebbe facilitare inoltre la raccolta di dati (tramite schede debitamente aggiornate, in possesso dell'unità sanitaria e del paziente) atti allo studio, alla prevenzione e al controllo, in materia di salute, con la possibilità di essere utilizzati statisticamente e quindi in forma utile per tutto l'insieme del sistema, integrato nel servizio nazionale.

Non bisogna sottovalutare l'importanza della disponibilità, a qualsiasi livello, di tali dati e spesso, anche a livello europeo, ci troviamo di fronte alla necessità di avere un maggior numero di statistiche di morbilità, che invece sono difficili da ottenere. Tale disponibilità di dati permetterebbe una visione globale o continua della situazione sanitaria italiana, il suo confronto con altre situazioni nazionali e una programmazione sfociante, in caso di necessità, in interventi tempestivi e razionali presso tutta la popolazione italiana pronta alla collaborazione ed educata in tal senso.

Tavola I

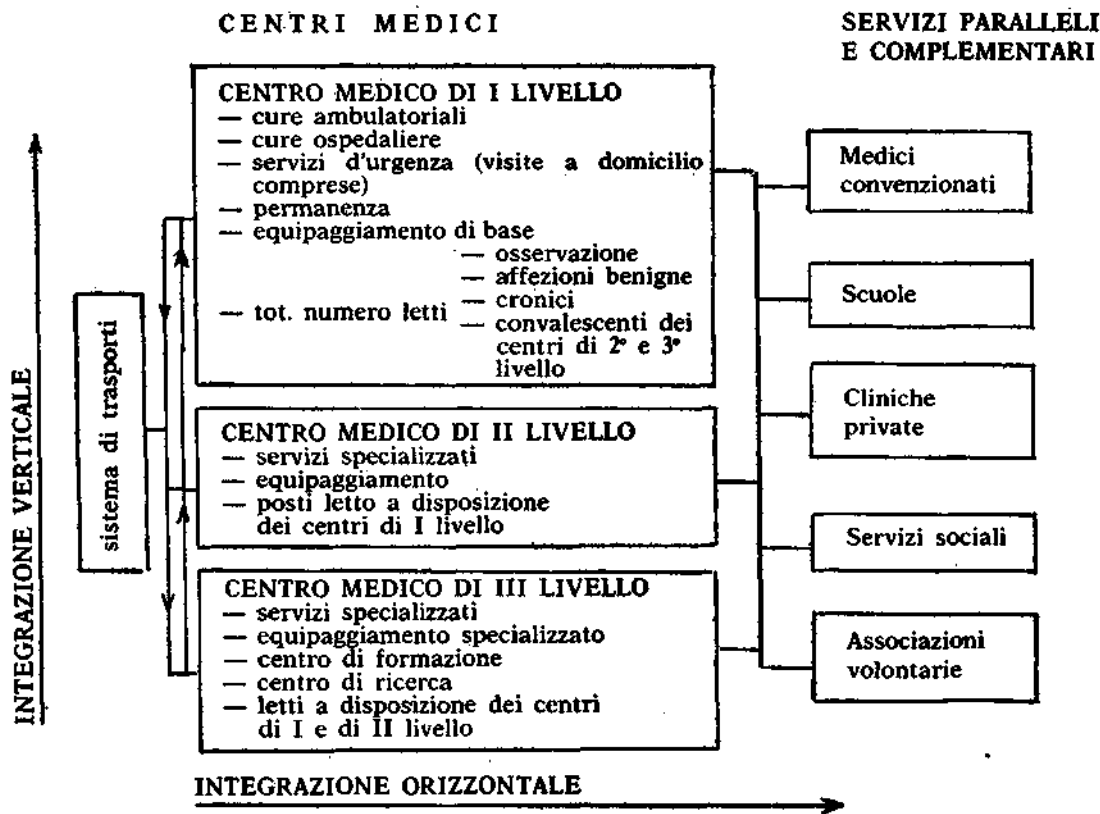


TAVOLA II

INTEGRAZIONE ORIZZONTALE E VERTICALE DEI SERVIZI

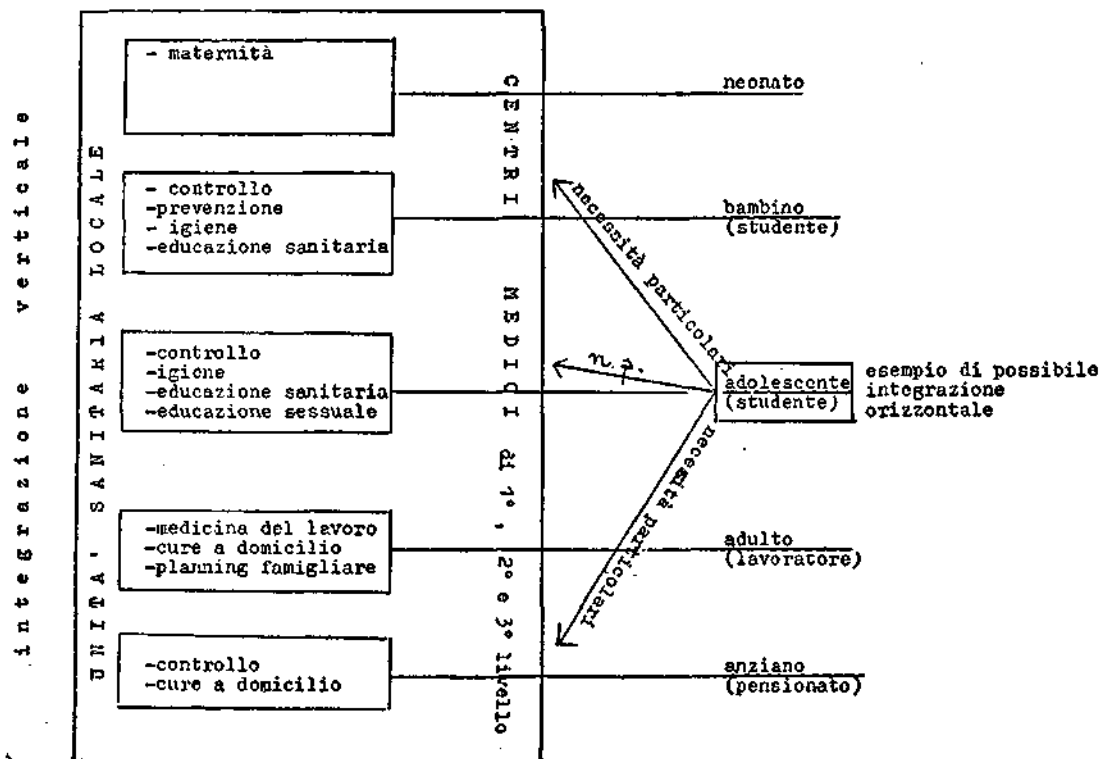
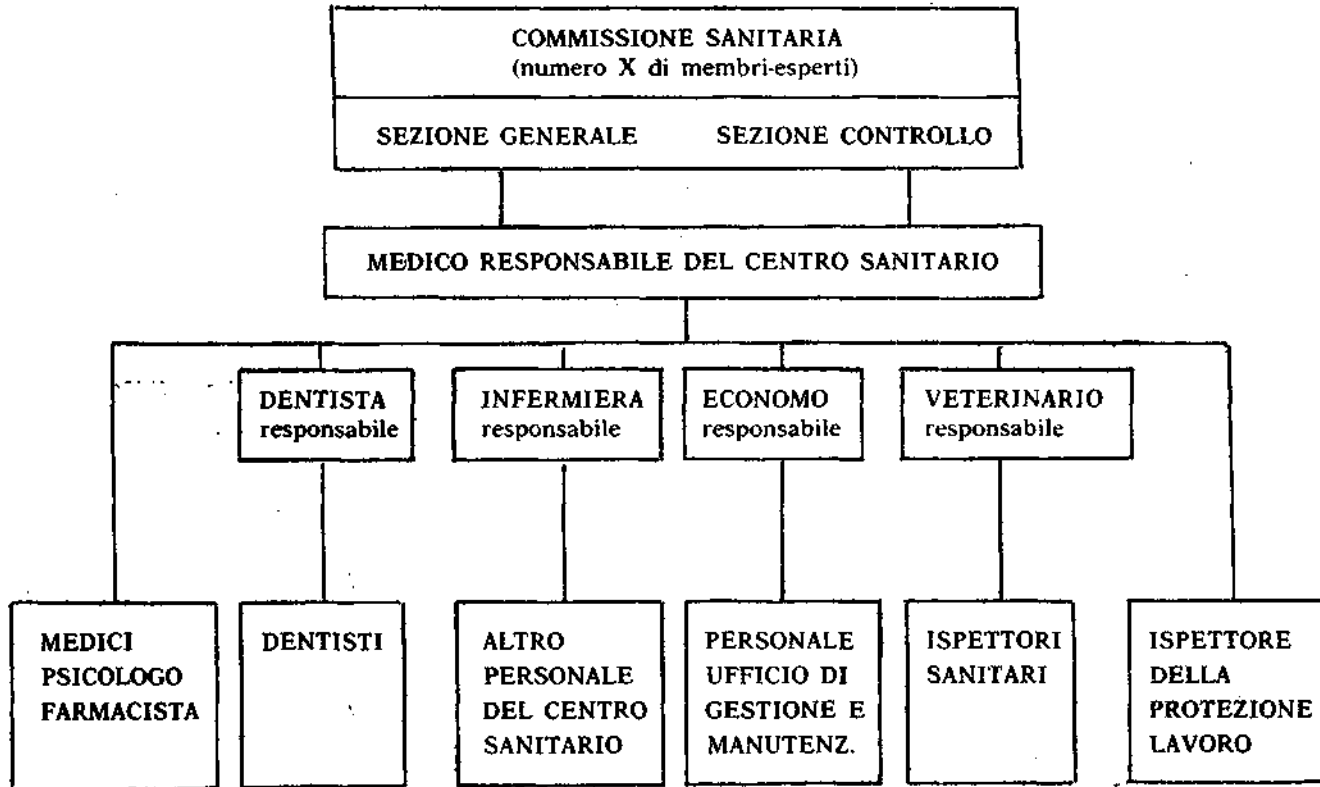


Tavola III

PRINCIPALI COMPONENTI DELL'UNITA' SANITARIA DI BASE



Rapporto unità sanitaria-servizi privati

L'istituzione delle unità sanitarie potrebbe portare a una completa statalizzazione dei servizi e delle funzioni del personale addetto, togliendo qualsiasi spazio all'iniziativa privata.

Ma, se prendiamo come esempio l'organizzazione sanitaria britannica o il testo di leggi recenti, quale la legge sanitaria danese, osserviamo che l'istituzione dell'unità sanitaria non solo non esige necessariamente una scomparsa del settore privato ma, anzi, una volta stabilito il diritto di ogni cittadino ad usufruire di servizi ugualmente validi e accessibili, implica la possibilità di una collaborazione tra il settore pubblico, presente in maniera uniforme e garantita in tutto il Paese, e quello privato o volontario, quando questi ultimi, restando immutate le prerogative pubbliche del Servizio nazionale, si rivelano utili ai fini di una maggiore efficacia dei servizi, di una più rigorosa tutela della salute e di un possibile contenimento delle spese di gestione.

Per esempio, la Danimarca ha istituito nel 1975 un Servizio nazionale a carattere misto che, nel caso di cure ambulatoriali, combina l'offerta diretta delle cure, a titolo gratuito, e l'offerta indiretta, con rimborso, a scelta del beneficiario.

Nel Regno Unito, dove la maggior parte dei servizi sanitari è assicurata dal « National Health Service », la responsabilità delle cure è ripartita tra i servizi ospedalieri comunitari da una parte (l'unità sanitaria italiana) e quelli dispensati dal medico di famiglia dall'altra (GP, general practitioner, o family doctor). I servizi di salute ospedalieri comunitari, emanati dalle autorità regionali della salute, dispensano trattamenti e cure in casi particolari, come l'ostetricia, la pediatria, la psichiatria e la geriatria; sono ugualmente incaricati della medicina scolastica e delle cure a domicilio. I servizi praticati dai « general practitioners » comprendono quelli dei medici di famiglia, dei farmacisti, dei dentisti e degli oculisti, che esercitano in maniera convenzionata ma indipendente: infatti non sono salariati del Servizio nazionale, anche se la loro remunerazione che è fissata in maniera appropriata ai servizi che rendono, è a carico delle pubbliche finanze.

Si tratta quindi di un Servizio nazionale che utilizza parallelamente i servizi pubblici istituiti dallo Stato e quelli privati, chiamati a collaborare con i servizi pubblici.

I due esempi sopra riportati implicano una chiarificazione del ruolo del personale medico e paramedico all'interno e all'esterno dell'unità sanitaria, che può scegliere tra l'adesione completa al servizio sanitario nazionale o una convenzionata, ferma restando la priorità delle esigenze del Servizio nazionale, il cui scopo principale è, come si è visto, quello di garantire ad ogni cittadino servizi qualitativamente uguali.

E' poi interessante notare come gran parte delle strutture private ora esistenti (vedi, per esempio, il trasporto tramite ambulanze e i mezzi particolari a disposizione delle organizzazioni di volontariato) possano integrarsi efficacemente, secondo le necessità di azione orizzontale o verticale dell'assistenza, nell'Unità sanitaria, pur conservando l'originale posizione statutaria e un margine riconosciuto di azione indipendente.

Il Personale e la sua formazione

Il più importante fattore di integrazione è costituito da quella che potremmo definire "l'équipe sanitaria".

L'équipe di base potrebbe essere composta nella maniera seguente: il medico, il dentista, l'infermiera, l'assistente sociale, lo psicologo, il radiologo e la levatrice (con una certa periodicità) e il personale amministrativo.

A questo personale bisognerebbe applicare tre principi:

1° - l'équipe deve essere concepita su una base multidisciplinare;

2° - dare la priorità ai servizi preventivi;

3° - il lavoro dell'équipe deve essere completato da quello di specialisti e di consulenti diversi.

Le funzioni del personale devono naturalmente situarsi a più livelli: da una parte le persone che assicurano il servizio, vale a dire gli esecutori e, d'altra parte, le persone responsabili della pianificazione e dell'organizzazione del servizio.

Inoltre, come abbiamo visto parlando della composizione e del funzionamento dell'unità sanitaria, il sistema generale, quando è pienamente sviluppato, comporta tre livelli di personale: l'équipe di base, l'équipe specializzata e i servizi interni delle cliniche specializzate.

All'équipe sanitaria deve essere assicurata una formazione continua. La formazione e l'insegnamento devono essere di competenza di un corpo insegnante multidisciplinare ed esercitarsi nel quadro di un'educazione permanente. La formazione deve comprendere:

- lo studio dell'azione preventiva;
- lo studio dei problemi psicosociologici;
- il comportamento di gruppo e di lavoro in équipe;
- l'influenza dell'ambiente sull'individuo;
- l'insegnamento dei metodi di individuazione/ricerca (dépistage) precoce degli handicappati;
- i problemi della comunicazione.

La formazione dell'équipe sanitaria deve essere sufficientemente polivalente affinché ciascun membro possa comprendere e seguire i problemi della salute dell'individuo dal concepimento fino al termine della sua vita. Questo esige la revisione e l'estensione della formazione in discipline diverse.

Bisogna accordare un ruolo prioritario alla modifica degli obiettivi e dei programmi di formazione in tutte le professioni interessate.

Visto che è indispensabile che la formazione dell'équipe avvenga in condizioni di lavoro autentico, bisognerebbe creare dei centri di dimostrazione, di formazione e di ricerca in materia di salute pubblica in funzione del personale dei servizi sanitari. Questi centri potrebbero anche avere un ruolo importante nel funzionamento dei differenti modelli di integrazione, orizzontale, verticale e misto, permettendo a ogni regione di scegliere il proprio orientamento in funzione dello stato di sviluppo dei suoi servizi sanitari.

Il medico facente parte dell'équipe polivalente dovrebbe avere una formazione basata sui problemi della famiglia, una grande esperienza di medicina generale e dei problemi di salute pubblica, come la prevenzione delle malattie e degli incidenti, la medicina sociale, l'igiene dell'ambiente, l'epidemiologia e l'educazione in materia di salute.

Il programma di formazione dovrebbe contenere le materie seguenti:

- genetica, patologia intra-uterina, patologia perinatale;
- la gravidanza normale;
- le gravidanze a rischio elevato, le future madri dovendo allora essere dirette verso un ospedale specializzato;
- la crescita e lo sviluppo del neonato, del bambino e dell'adolescente;
- la dietetica e la nutrizione della madre e del bambino;
- la medicina della formazione professionale e la medicina del lavoro;
- la psicologia del bambino e dell'adolescente;
- l'influenza dell'ambiente sul bambino e la famiglia;
- gli elementi di base in materia di audiologia, d'ortopedia, di pedagogia e di sessuologia.

Sarebbe preferibile che il medico dell'équipe polivalente avesse acquisito una specializzazione (per esempio, in materia di igiene familiare).

Il dentista dovrebbe intervenire in seno all'équipe allo stadio più precoce possibile per persuadere i clienti dell'importanza di una buona igiene dentaria.

L'intervento del dentista al primo stadio delle cure pre- e post-natali è essenziale e il suo ruolo è soprattutto di carattere educativo:

- incitare i genitori e i figli ad adottare pratiche che assicurino una buona salute dentaria;
- fornire agli altri membri dell'équipe informazioni precise sulle malattie dentarie e la loro prevenzione.

I dentisti che lavorano in un servizio pubblico di igiene dentaria dovrebbero avere una conoscenza approfondita delle cure da dare ai bambini e avere una buona formazione in materia di epidemiologia, di tecniche preventive e di educazione sanitaria.

L'infermiere che coordina i lavori dell'équipe sul piano delle cure sanitarie di base dovrebbe essere specializzato nel campo della salute pubblica e del parto. La sua formazione dovrebbe essere nello stesso tempo teorica e pratica, senza dimenticare l'esperienza clinica, per esempio in clinica pediatrica. Il centro di dimostrazione, di formazione e di ricerca in materia di salute pubblica costituirebbe un quadro di formazione ideale per questa categoria di personale.

La formazione dell'infermiere dell'unità sanitaria dovrebbe permettere:

— di definire i bisogni e le risorse sanitarie dell'individuo, della famiglia e della popolazione;

— di pianificare il lavoro delle infermiere dell'unità sanitaria in un distretto, dando la priorità all'azione e valutando le risorse disponibili;

— di assumere le sue funzioni con competenza professionale;

— di assumere con altri la responsabilità dell'educazione sanitaria nel distretto e di partecipare a questa educazione;

— di partecipare all'individuazione dei problemi sanitari, con studi epidemiologici, e ai lavori di ricerca connessi al lavoro di infermiere dell'unità sanitaria e di trarre profitto dai risultati;

— di cercare una cooperazione costruttiva;

— di valutare continuamente il lavoro e di effettuare gli adattamenti necessari al livello della pianificazione e della messa in opera;

— di accettare le differenze e di rispettare il valore umano, il modo di vita e l'intimità degli individui;

— di far di tutto per promuovere e mantenere un servizio qualitativamente valido.

L'assistente sociale dovrebbe essere completamente al corrente dei problemi delle famiglie di cui è incaricato per essere poi capace di raccomandare delle soluzioni ai problemi

che si pongono in ogni caso particolare. L'assistente sociale dovrebbe aver ugualmente ricevuto una formazione al lavoro di équipe.

Lo psicologo, che è molto spesso un psicologo genetista, potrebbe lavorare come consulente al primo livello o essere uno psicologo clinico che lavora nell'équipe del secondo livello. In tal caso esso deve essere messo su un piede di parità con lo psichiatra dell'équipe.

Per quanto riguarda il personale amministrativo, il reclutamento del personale per i servizi sanitari generali e i servizi di salute scolastica permetterebbe di evitare che il personale specializzato sia costretto ad effettuare dei compiti amministrativi.

Il personale del secondo livello, gli specialisti, dovrebbero essere in grado di consultare attivamente e passivamente, cioè di chiedere il parere dei differenti servizi sanitari generali e di salute scolastica così come di effettuare essi stessi delle consultazioni nei casi che verrebbero loro sottoposti dai servizi di base.

Registro sanitario e quaderno individuale di salute

L'integrazione sarebbe facilitata da:

1) l'utilizzazione di un registro sanitario cumulativo, semplificato, il più possibile normalizzato su scala europea, affinché ogni bambino possa in ogni distretto essere seguito fino all'età di 18 anni. Questo registro dovrebbe permettere di raccogliere, a fini statistici, i dati epidemiologici e gli altri dati riguardanti la sua salute. Inoltre si potrebbe ricorrere a dei registri sotto forma di schede indicanti, per esempio, il peso, la taglia, il perimetro cranico, con lo scopo di seguire lo sviluppo del bambino.

Uno schedario cumulativo, comprendente anche i servizi di maternità, potrebbe essere studiato.

2) Un quaderno di salute individuale, destinato ad accompagnare l'individuo dalla nascita all'età adulta compresa, dovrebbe essere consegnato alla famiglia che sarebbe così maggiormente in grado di assumere una propria responsabilità sanitaria nei confronti del figlio; quest'ultimo potrebbe assumersi

le responsabilità di come gestire il suo « capitale salute » alla maggiore età.

Il Controllo

Il sistema di integrazione totale, a vari livelli, implica una forma efficace di controllo.

Infatti il controllo deve avere come scopo di migliorare l'efficacia del sistema sanitario e la qualità dell'azione medica. Perciò le attività di controllo non devono limitarsi a misure di tipo repressivo che riguardano abusi o frodi ma preoccuparsi di razionalizzare e di assicurare il massimo di efficacia alle spese sostenute.

Così, per esempio, in Belgio e in Gran Bretagna, i medici che si occupano del controllo praticano sempre più con innegabile successo, il controllo delle attività sotto forma di un dialogo con i colleghi e i pazienti.

Questo nuovo orientamento verso un controllo della qualità dei servizi non è tuttavia incompatibile col mantenimento di certe misure di controllo amministrativo. Comunque l'attività di controllo non può, come quella di prevenzione, di previsione e di pianificazione, essere svolta in maniera separata e autonoma. Se la maniera più opportuna di assicurare una protezione sanitaria efficace dell'insieme della popolazione, al costo minimo per la collettività è, come abbiamo visto, quella di orientarsi verso una concezione integrata dei servizi, ne risulta che anche l'attività di controllo deve integrarsi, verticalmente e orizzontalmente, con l'insieme dei servizi offerti dall'unità sanitaria.

Conclusioni

Da tutto il mio discorso e dai suggerimenti in esso contenuti per una buona applicazione della riforma spero possano essere riprese, in conclusione, alcune idee fondamentali.

Innanzitutto voglio richiamare il concetto che, con la riforma sanitaria italiana, il diritto ad ogni cittadino di usufruire in maniera eguale del servizio sanitario nazionale è garantito proprio dalla natura decentrata e integrata di tale servizio.

Non solo, ma un buon funzionamento dell'Unità Sanitaria

Locale porta — come abbiamo visto — a una partecipazione attiva del cittadino alla politica locale, regionale e nazionale della salute; ad una nuova consapevolezza della necessità di una sua collaborazione a tale politica, soprattutto per quanto riguarda il contenimento delle spese, possibile solo con un'educazione campo; ed, infine, favorisce l'umanizzazione dei servizi in quanto questi dovrebbero non solo integrarsi tra loro ma anche integrarsi nelle zone in cui operano, facilitando in tal modo la conoscenza delle persone coinvolte e quindi un miglioramento dei rapporti umani.

Come compendio a queste conclusioni vorrei ricordare che il Consiglio d'Europa, in seguito a una recente proposta del Ministro degli Esteri norvegese Knut Frydenlund, ha cominciato a studiare la possibilità di integrare nella Convenzione europea dei diritti dell'uomo anche il riconoscimento individuale di certi diritti socio-economici come, per il nostro caso, il diritto individuale al servizio sanitario; in tal modo nei Paesi che riconoscono tale diritto potrebbe ogni cittadino ricorrere alla Corte europea del diritto dell'uomo nel caso in cui, dopo aver esaurito i possibili ricorsi nazionali, il diritto continui a non essere soddisfatto.

La politica del Governo italiano, che si orienta verso una generalizzazione e una personalizzazione del diritto di ogni cittadino alla salute, si incontra quindi, in modo coerente, a livello europeo, con la realtà e gli sviluppi giuridici previsti, in campo socio-economico e quindi anche sanitario, a tale livello europeo.

Vorrei concludere invitando a favorire il più possibile, a tutti i livelli, la conoscenza della nuova riforma e degli studi, come il nostro, che ne possono favorire l'applicazione: perché è solo con un'informazione semplice, allargata, convincente che si otterrà quella partecipazione degli interessati che è la prima e più importante condizione per il suo funzionamento.

COMUNICAZIONI

MARIN

CORSINI

CATELANI

GRASSI

Dott. GIANNI MARIN*: Il medico condotto e il Servizio Sanitario

Una politica di contenimento, razionalizzazione e controllo delle spese sanitarie deve riconoscere un punto di riferimento prioritario nell'area territoriale dove si realizza l'incontro fra il cittadino ed il servizio e dove pertanto le verifiche dei bisogni, le variazioni alle previsioni di spesa in rapporto alle molteplicità di eventi e situazioni diverse, le valutazioni pratiche del rapporto costi benefici costituiscono una sorte di « osservatorio epidemiologico » dell'andamento delle spese, di estremo interesse ai fini di una oculata programmazione.

Ed è inoltre nel territorio che deve svolgersi quel processo di educazione permanente alla gestione della salute, senza il quale la Riforma Sanitaria rischia di restare soltanto un'enfatica enunciazione destinata a ricalcare fatalmente i vecchi schemi assistenziali.

La maturazione di una moderna coscienza sanitaria costituisce pertanto un investimento, sia pure a medio e lungo termine, in grado di incidere in misura determinante sulle previsioni di riuscita o meno di un efficiente sistema di sicurezza sociale.

Il perseguimento di questo obiettivo è legato, da un lato, alla garanzia di un costante ed ininterrotto processo partecipativo che deve coinvolgere cittadini, forze sociali, scuole, operatori socio-sanitari, dall'altro alla certezza di un permanente collegamento e controllo sulle varie articolazioni del servizio sanitario onde ottenere una risposta sempre più qualificata di fronte ai bisogni dei singoli e delle comunità.

Senza questi presupposti, qualsiasi politica di intervento finanziario nel settore sanitario rischia, se non il fallimento, una inadeguata risposta rispetto alle attese, inammissibili sperequazioni settoriali, ritardi intollerabili a fronte della gravità della situazione particolare della sanità e della situazione generale in cui versa il Paese.

* Associazione Nazionale Medici Condotti.

Anche questa scelta di fondo che costituisce uno degli elementi peculiari del Servizio Sanitario Nazionale ha un costo, la cui rilevanza si può intuire dalla vastità e dalla complessità dei suoi fini.

Si impone perciò una adeguata valutazione delle risorse esistenti soprattutto in termini di personale e struttura ed una loro razionale utilizzazione ed eventuale riconversione per le nuove finalità del Servizio Sanitario.

Qual'è il ruolo, o almeno quale si può ritenere il ruolo della condotta medica in questa fase di profonda trasformazione della sanità in Italia, anche e soprattutto alla luce delle precedenti considerazioni?

Non farò qui la storia della condotta medica, di quanto ha rappresentato e rappresenta tutt'ora questo istituto legato da sempre alle vicende della sanità pubblica italiana. Mi limiterò ad alcune considerazioni che andiamo proponendo fino dai primordi dell'elaborazione della legge di riforma sanitaria. Noi riteniamo che il distretto sanitario, così come previsto dall'art. 10 della legge 833 costituisca la naturale evoluzione della condotta medica e che l'attuale medico condotto si fosse, di fatto, riconoscere in quella figura di operatore pubblico che il piano sanitario triennale indica chiaramente come soggetto di riferimento per l'attività tecnico funzionale del servizio di medicina di base.

Non può sfuggire la singolare coincidenza fra il tipo di attività globale che, spesso in condizioni di estrema difficoltà, il medico condotto ha sempre svolto e quello, proposto con la risoluzione adottata dal Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa il 28 settembre 1977, per il futuro medico di base della Comunità Europea.

Il Sindacato Medici Condotti sta attuando da anni una sistematica politica di aggiornamento della categoria per consentirle di superare quel « gap » tecnico scientifico riconducibile al deterioramento della sanità italiana nel suo complesso ed adeguarla alle nuove esigenze del S.S.N. Certamente il sostanziale salto di qualità che si impone, potrà apparire disagiata e, per alcuni, impossibile, ma noi riteniamo che una mobilitazione dei medici condotti sui grandi temi dell'educazione sanitaria, della prevenzione delle nuove malattie sociali, della medicina globale sia possibile, così come lo è stato sempre ed encomiabilmente nel passato nei confronti dei grandi eventi che hanno caratterizzato la storia della sanità pubblica italiana.

Premesso che questo tipo di utilizzazione del medico condotto rispon-

de a quelle esigenze di fondo che costituiscono il tema di questo convegno, vorrei, chiudendo queste brevi note, sottolineare alcune particolari caratteristiche che riconfermano la validità sotto il profilo del contenimento della spesa:

1) la residenzialità e la capillarità di distribuzione su tutto il territorio che consentono l'adozione di provvedimenti di igiene, profilassi ed assistenza di base omogenea su tutto il territorio;

2) il rapporto di dipendenza diretta dell'ente locale e quindi il vincolo con il territorio e la conseguente garanzia di continuità assistenziale e preventiva, non sufficientemente assicurata dal solo rapporto convenzionale;

3) una specifica ed aggiornata preparazione verificata mediante l'assunzione per pubblico concorso e continuamente arricchita da una esperienza acquisita « sul campo »;

4) l'utilizzazione di un sanitario residente con funzioni di medicina globale in alternativa alla artificiosa e costosa istituzione di servizi autonomi di medicina preventiva o mirata a livello elementare;

5) il coinvolgimento del medico di famiglia nel meccanismo partecipativo gestionale e la sua responsabilizzazione alla valutazione del rapporto costi benefici.

Queste brevi considerazioni consentono di ipotizzare un non trascurabile contributo del medico condotto alla politica di contenimento dei costi, come risultato immediato, fermo restando il contributo di fondo alla realizzazione di un intervento sanitario sempre più perfezionato ed in linea con l'evolversi dei tempi, ma non del tutto dimentico, come ha ricordato ieri il Dott. Tamburi, dell'acuto giudizio che dell'intervento medico ci ha lasciato il vecchio Seneca specie in questa epoca in cui il paziente chiede, sempre più spesso, una parola più che un farmaco per risolvere i suoi problemi.

Dott. MARIO CORSINI*: L'integrazione dei servizi sociali e sanitari come strumento della riqualificazione della spesa sanitaria.

Questa comunicazione è centrata sul tema dell'integrazione dei servizi sociali e sanitari nel quadro delle politiche di contenimento della spesa

* Federazione CGIL-CISL-UIL.

sanitaria che sono state oggetto di esame nel corso dei primi due giorni di lavoro di questo Incontro.

L'esigenza dell'integrazione dei servizi dipende, infatti, non solo dalla necessità di dare risposte adeguate ai bisogni della popolazione ma anche dall'opportunità di depurare la spesa sanitaria da oneri che non hanno un'origine medica.

E' in questa ottica che le organizzazioni sindacali hanno concordato un'azione pressante per raggiungere l'obiettivo di un sistema di servizi integrato, rivendicando la contestualità e la saldatura, a livello legislativo, tra la riforma sanitaria e quella dell'assistenza.

In effetti, è ormai convinzione generale che in Italia, come negli altri Paesi, l'organizzazione sanitaria è spesso chiamata a sopperire ad esigenze che non hanno, od hanno in modo ridotto, una valenza sanitaria e che potrebbero essere meglio risolte con interventi di natura sociale. E' troppo noto il fenomeno dell'ospedalizzazione di anziani, con una frequenza dei ricoveri ospedalieri, nel nostro paese, superiore del 60% alla media e con una permanenza media in giornate di ricovero superiore del 170%.

Gli anziani costituiscono, inoltre, la maggioranza degli ospiti degli istituti psichiatrici.

Sono ricoveri motivati da condizioni di isolamento ed emarginazione dovute alle particolari caratteristiche che ha assunto l'organizzazione sociale ed economica delle società industriali che determina nuove situazioni di vita e nuovi bisogni, a cui si tarda a dare risposta in modo corrispondente alle esigenze degli individui e delle famiglie.

Problemi non diversi esistono per altre categorie di cittadini portatori di handicap, per i quali sono estremamente ridotte le opportunità di riabilitazione e reinserimento sociale, anche se la legislazione vigente detta norme precise in questa direzione.

Il movimento dei lavoratori e le forze riformatrici hanno avanzato proposte alternative all'inevitabile ospedalizzazione o istituzionalizzazione degli anziani, dei portatori di sofferenze psichiche, degli handicappati, tali da garantire una rete di servizi aperti al livello territoriale, per consentire la conservazione del più alto grado di integrazione sociale, presupposto dall'integrità psichica personale, oltreché espressione di una società capace di assicurare uguali diritti e dignità ai suoi membri.

La mancata realizzazione di un'adeguato programma di iniziative so-

ciali è alla base del lamentato insuccesso di alcune leggi nazionali, salutate come il punto di approdo di una lunga battaglia politica delle forze riformatrici; leggi che avevano suscitato favorevoli attese nell'opinione pubblica quali ad esempio la legge di riforma dell'assistenza psichiatrica e quella sulle tossicodipendenze.

Se una revisione deve essere, oggi, effettuata delle modalità di intervento in questi settori deve partire proprio dalla constatazione della fondamentale importanza dell'affiancamento all'intervento sanitario di programmi di natura sociale.

L'obiezione corrente riguarda i limiti nella disponibilità delle risorse da investire nello sviluppo di queste nuove attività. In effetti, dopo i trasferimenti alle Regioni ed ai Comuni delle funzioni assistenziali, effettuati in base al D.P.R. 616 del '77, non oltre 500 miliardi sono a disposizione degli enti locali per attività sociali, tra l'altro con precisi vincoli di destinazione.

A queste risorse si aggiunge una consistente, anche se non rilevante, dotazione patrimoniale, diversamente distribuita tra le Regioni, che può consentire la base per la creazione di nuovi servizi ed in particolare di strutture polifunzionali per case-albergo, centri diurni socio-culturali, servizi di ristoro, comunità-alloggio e strutture comunitarie « protette ».

Si tratta però di risorse economiche e beni patrimoniali di modesta portata se confrontati con l'entità dei bisogni.

Una risposta positiva all'ulteriore sviluppo di queste attività può venire da una riconversione di spesa e strutture attualmente impegnate nel campo sanitario e particolarmente nel settore ospedaliero.

In base ai dati noti, molte Regioni si trovano nelle condizioni di avere un indice di posti-letto nettamente superiore agli standards auspicati dal Piano Sanitario Nazionale. Sono anche le Regioni che hanno un più alto tasso di ospedalizzazioni della popolazione, con ciò dimostrando l'uso improprio di queste strutture. In altre Regioni, anche se l'indice dei posti-letto è in limiti accettabili, il costo giornaliero della degenza, in alcuni ospedali, è così alto da denunciare disfunzioni quasi sempre imputabili all'eccesso di personale rispetto ai servizi erogati.

La riconversione del personale e delle strutture per l'erogazione di servizi sociali, il trasferimento delle risorse economiche relative al bilancio assistenziale, avrebbe il vantaggio di costituire, nell'immediato, una occa-

sione di riduzione della spesa sanitaria, con effetti moltiplicatori nel lungo periodo in considerazione del fatto che questi servizi costituiscono un freno al ricorso al servizio sanitario.

Questa operazione ha forti limiti nell'attuale contesto legislativo stante i vincoli di destinazione della spesa previsti dalla riforma sanitaria e l'impossibilità ad operare la mobilità del personale in conseguenza del diverso rapporto di dipendenza del personale sanitario e di quello dei servizi sociali, regionale il primo e comunale il secondo.

Appare allora evidente come le proposte di integrazione dei servizi sociali e sanitari, per essere operanti, debbano trovare risposta sotto l'aspetto istituzionale e normativo adeguando la legislazione vigente, cogliendo l'occasione dell'approvazione della legge quadro sulla riforma dell'assistenza, in modo da assicurare l'unità di indirizzo politico, anche se con momenti di specificità gestionali, delle attività sanitarie e di quelle sociali in un'unica unità locale di servizi e dando al personale delle due aree di attività un medesimo inquadramento per consentire la necessaria mobilità.

E anche in considerazione di queste ragioni che le organizzazioni sindacali intendono premere per una sollecita approvazione della legge quadro di riforma dell'assistenza che preveda modalità di programmazione e gestione integrata del sistema dei servizi sociali e sanitari, recuperando tutti i possibili rapporti con la normativa prevista dalla legge di riforma sanitaria.

Infine, non può non essere sottolineato in questa sede il costo sociale ed economico creato dall'invalidità provocata dal sistema produttivo.

E' per questo motivo che il sindacato attribuisce grande valore alla realizzazione di attività di prevenzione fondate sul coinvolgimento e la partecipazione reale di coloro che sono esposti a rischi più o meno immediati per la loro salute. Non vi possono essere dubbi sul positivo effetto economico che investimenti in questo basilare settore dell'intervento sanitario produrranno in termini di minor costo della struttura tradizionale e quindi di maggiore produttività della stessa.

In mancanza di adeguate risposte ai problemi sin qui richiamati si ridurrebbero in modo significativo le possibilità pratiche di operare il contenimento della spesa sanitaria che altrimenti resta affidata a misure di carattere finanziario ed amministrativo scarsamente incidenti sulla qualità dei servizi resi e sul sinergismo complessivo delle politiche sociali in questo settore.

E deve essere ben chiaro che guardare al problema della riduzione della spesa percorrendo strade che diano risposte in positivo ai bisogni della popolazione costituisce l'unica base di confronto che il movimento dei lavoratori è disposto ad accettare per risolvere le questioni che sono state sollevate nel corso di questo importante Incontro.

Dott. RICCARDO CATELANI*: Rapporto fra cittadini e servizio sanitario: analisi degli atti, delle procedure, dei comportamenti.

1) Un riferimento pratico alla storia delle riforme. Quando si passò dal programma INA-CASA a quello GESCAL (la cosiddetta riforma edilizia) anche se sulla carta — anzi, nella legge — si insisteva sull'organizzazione delle nuove residenze e sulla dotazione di servizi e strutture sociali, ci si preoccupò di costruire case e si relegò ogni altro intervento sui servizi e sull'organizzazione dell'ambiente sociale a livello di velleità sociologiche.

Vallanzasca viene dalla Comasina, quartiere GESCAL, i quartieri periferici sono zone di intensa contrapposizione con la città ed hanno assunto la funzione di zone-dormitorio che tutti dicevano di non volere.

La partecipazione è diventata un fatto di lotta ed il solo risultato, indubbiamente valido, di tutta l'azione sociale descritto nelle leggi è la costituzione di sindacati di inquilini ed assegnatari che si contrappongono a Comuni, Istituti Case Popolari, Regioni, per ottenere ciò che la legge doveva loro garantire a priori.

2) Anche la legge sul S.S.N. ha un indirizzo molto aperto alla partecipazione ed è tutta orientata a ridurre i contenuti burocratici a vantaggio dell'efficacia del servizio, a portare fuori degli « Enti » ed a livello di territorio le prestazioni di tutela della salute.

Si parla di partecipazione dei cittadini (artt. 1 e 13) degli utenti (art. 13) dei lavoratori e delle loro organizzazioni (artt. 2, 13) degli operatori delle USL (artt. 13 e 15) dei comuni e degli enti locali (artt. 13 e 55), si indica nella partecipazione il metodo per l'attività delle regioni (art. 11).

Ma questa filosofia, questo indirizzo politico, questa volontà dei

* Direttore della Fondazione Italiana per la Ricerca Medica.

cittadini (non dimentichiamoci che non c'è altra riforma che si attui più letteralmente sulla pelle dei cittadini) rischia di non trovare adeguata rispondenza in fase attuativa.

3) Innanzitutto c'è un comportamento abituale nell'attuazione delle nostre leggi, specie delle più importanti e complesse: dare applicazione agli aspetti più vistosi e politicamente vincolanti (il passaggio delle competenze alle Regioni e agli accordi nazionali, nel caso del servizio sanitario), facendo slittare, se non accantonando definitivamente, tutti o gran parte dei contenuti della legge che, considerati secondari o marginali, rappresentano invece il vero cambiamento in contenuti, metodi e comportamenti del rapporto fra cittadini e servizi pubblici.

L'analisi che segue tiene presente i cinque profili descritti dal Prof. Ardigò nella sua relazione e ne prospetta una integrazione nei tempi e nei contenuti per favorire il massimo coinvolgimento della popolazione.

4) L'art. 15 della legge indica in maniera a volte non molto chiara — conosciamo tutti il dibattito in corso nelle Regioni sull'identificazione o no fra organi comunali e dell'USL — la struttura ed il funzionamento della USL, ponendo particolare attenzione all'assemblea generale ed al comitato di gestione. Sarà opera estremamente saggia se questi organi, prima di lanciarsi in opere di ingegneria organizzativa o nella costituzione di nuovi presidi e servizi, si preoccuperanno di costituire un canale aperto di informazione della popolazione e degli operatori sanitari e sociali sulla realtà sanitaria del proprio territorio e di stabilire rapporti costanti di comunicazione delle decisioni prese.

Forse noi siamo assillati dalla quantità di notizie che continuamente ci arrivano: non pensiamo alla massa di persone che della cosiddetta riforma sanitaria, del servizio sanitario nazionale sanno solo che non devono rivolgersi più alla mutua, ma alla circoscrizione o al Comune e che il libretto si timbra in un altro posto.

Qualsiasi « esperto » cui si parli di partecipazione di base reagisce o considerandola mera velleità o facendola risalire alle sole « organizzazioni » (sociali, di volontariato, ecc.). Ma non si è mai tentata la strada di creare un canale di comunicazione diretta di informazione costante sull'attività di servizi pubblici. Non abbiamo paura che da questo derivi un caos di richieste o una pressione eccessivamente diversificata. Le tanto criticate forme di partecipazione agli organi scolastici (l'art. 11 della legge 833 li richiama esplicitamente) sono da migliorare, ma hanno aperto intanto una

strada che può divenire affollata (e ben che sia così) solo se diffondiamo informazioni costanti e di reale interesse.

Così l'USL informi costantemente le persone, i gruppi familiari sulle entrate e sulle spese, sulla situazione ambientale e di salute della USL, sui nuovi servizi, sui motivi delle modifiche di strutture e di procedure, sulle prestazioni e servizi che si possono ottenere. Se non altro si eviterà che i presidi, i servizi e le prestazioni divengano potere di pochi.

5) Un primo campo ove questi strumenti dovranno funzionare è costituito dal distretto di base ove vengono erogati servizi di primo livello e di pronto intervento e dove si incontrano i singoli utenti con i medici convenzionati e dove dovrebbero svilupparsi i servizi domiciliari e territoriali.

E' una realtà nuova per il medico operare in modo integrato con i presidi e servizi delle USL; è una vecchia aspirazione dell'utente passare dalla posizione di « assistito » a quella di titolare di un diritto — appunto la tutela della salute — che non è burocrazia né interesse corporativo, ma un diritto costituzionale (art. 32).

Sono rapporti tutti da costruire — ma non a tavolino se non nelle linee di indirizzo — favorendo un contatto diretto fra medico, operatore sanitario e utente ove la funzione degli organi dell'USL sia essenzialmente di impostare, coordinare e verificare i risultati. Si potrà così avviare un processo di reciproco scambio che porterà alla formazione di un patrimonio comune di informazioni e di comportamenti che più di ogni modulo, timbro e circolare, o di formule tipo quota capitaria o parcella, potranno dare sostanza ai servizi di base integrati nella USL.

6) Altri settori che richiedono la massima collaborazione individuale, familiare e sociale più che servizi burocratizzati, sono quelli per gli anziani e per l'infanzia. Qui la funzione medica cede il campo in modo netto a quella sociale per l'attuazione di prestazioni domiciliari, di centri di accoglienza, di forme di sostegno nei confronti delle famiglie, di azioni di prevenzione delle malattie ovviamente con accentuazioni specifiche per le due categorie.

L'interesse e la comprensione del problema da parte delle singole persone e delle famiglie fa sì che interventi in questi campi ottengano una immediata partecipazione e la possibilità di un lavoro comune smitizzando il principio, che molti ritengono assoluto, che ogni collaborazione di base può avvenire solo con l'attribuzione formale di poteri.

Certo è che, anche in questo come in altri casi, elemento fondamentale per sviluppare la collaborazione, specie individuale e familiare, è la preparazione, la capacità, il comportamento degli operatori dell'USL che devono considerare l'apporto individuale e familiare come un arricchimento e comunque come un modo metodologicamente corretto per realizzare un intervento produttivo.

7) Educazione sanitaria, medicina scolastica, igiene mentale, qualità degli alimenti, prevenzione primaria, volontariato, sono settori specifici di integrazione fra servizi sanitari e sociali in grado di provocare una effettiva trasformazione di contenuti e di metodi nella tutela della salute portando fuori dalle strutture burocratiche i valori di evoluzione civile e culturale che sono alla base di ogni riforma e di quella sanitaria in particolare.

8) Certo è che tutto questo richiede un impegno congiunto su due direttrici:

— la prima di riconoscere validità primaria al contributo dei singoli cittadini, delle famiglie, dei gruppi sociali per una tutela della salute non delegata ma fatta propria;

— la seconda di realizzare questo impegno in modo coordinato ed equilibrato in ogni regione ed USL per evitare che anche attraverso un non omogeneo processo di sviluppo civile si accentui il divario esistente nel Paese.

Dr. ALDRIGO GRASSI*: *La programmazione sanitaria regionale.*

Accolgo volentieri l'invito contenuto nell'ultima parte della Relazione introduttiva del Prof. Ardigò per brevemente affrontare alcuni problemi connessi con la programmazione regionale nel campo dei servizi socio-sanitari di base.

A ciò vorrei premettere una considerazione di ordine più generale legata al quadro legislativo-istituzionale alle cui coordinate si trova a riferirsi l'attività programmatica regionale.

Non si possono infatti appieno comprendere la portata e i limiti

* Componente del Comitato Tecnico del Centro Studi del Ministero della Sanità (funzionario della Regione Emilia-Romagna).

dell'iniziativa regionale nel settore se non si rammenta che, nonostante l'attuazione di provvedimenti di grande rilevanza quali la riforma sanitaria e il decreto n. 616/77 di attuazione della legge 382/75, permangono irrisolte le questioni relative alla riforma del sistema delle autonomie locali e dell'assistenza: è del tutto evidente che solo dopo il completamento di questi iter legislativi, si potrà parlare di quadro di riferimento certo anche per la programmazione sanitaria regionale.

Ciò non significa tuttavia che non vi siano già oggi le condizioni per avviare un processo di riforma del nostro sistema sanitario in grado di introdurre decisivi elementi di trasformazione a livello centrale e locale sia sul piano organizzativo che tecnico-gestionale.

Il richiamo alle mancate riforme del sistema delle autonomie locali e dell'assistenza perde poi qualsiasi valenza « rituale » se si fa riferimento ai servizi socio-sanitari di base e quindi alle strette connessioni che devono sussistere tra servizi sanitari e servizi sociali e alla necessità di una loro gestione unitaria e partecipata.

E questa non è cosa da poco in quanto la legislazione regionale in materia è tuttora costretta a dibattersi tra « escamotage » e veri e propri « colpi di mano » per anticipare soluzioni (ma quali?) legislative di carattere nazionale: assolutamente « teorico » (ancorché apprezzabile) è a questo riguardo lo sforzo che compie il piano sanitario nazionale 1980-82 per proporre la ricomposizione, a livello di distretto sanitario, di compiti e funzioni la cui gestione rimane separata.

Un'ultima riflessione mi sia consentita in appendice a questa premessa. Mi sembra di intravedere un rischio grave (già presente nel documento di piano sanitario nazionale) in certe soluzioni legislative regionali che tendono ad istituzionalizzare forme settoriali di partecipazione, a livello di base, attraverso la proposizione di organismi paralleli a quelli propri dell'ente locale (penso ai quartieri, alle circoscrizioni, ad esempio).

Si direbbe che, in mancanza da un lato di una riforma delle autonomie, in presenza dall'altro di esperienze spesso deludenti nella gestione comunale o degli organi del decentramento, si tenda a « by-passare » l'impatto con i limiti e le inadeguatezze delle istituzioni illudendosi di andare ad una « rifondazione dal basso (come si usa dire oggi) della partecipazione democratica attraverso l'invenzione di organismi nuovi (« buoni », per definizione) da porre in parallelo (ma forse, non sarebbe forte, in qualche caso, la tentazione di dire « da contrapporre »?) alle

forme nelle quali è organizzato il nostro sistema democratico. Devo dire molto chiaramente che non solo non credo alla possibilità di istituzionalizzazione legislativa di queste forme di partecipazione (vi sono le organizzazioni sindacali, le forze sociali, gruppi di operatori, associazioni volontarie che non abbisognano di alcuna ulteriore legittimazione) ma, di più, ritengo che incamminandosi su questa strada si contribuisca a rinviare l'impatto con il problema vero che è quello di colmare il fossato tra cittadini ed istituzioni attraverso la riappropriazione da parte delle istituzioni della necessaria credibilità sul piano delle garanzie di effettiva rappresentatività e di partecipazione e controllo democratico.

Non mi spingo oltre su questo terreno (anche se sarei molto tentato di farlo), perché mi interessa soffermarmi brevemente su due punti che più direttamente riguardano la programmazione sanitaria regionale.

Il primo è, starei per dire, paradossale, che dopo anni di acceso dibattito sulla necessità di una programmazione sanitaria regionale quale occasione di rinnovamento e di governo decentrato del servizio sanitario, si senta parlare così poco in questi ultimi tempi dei piani sanitari regionali 1980-82 che dovrebbero essere approvati entro questo mese dai consigli regionali.

Non credo che sia una mia sensazione personale, perché in questi mesi non sono mancati momenti di verifica e di confronto tra le Regioni e con il Governo: non è pensabile d'altra parte che si attenda, per aprire il dibattito, il varo « ufficiale » del piano sanitario nazionale che, del resto, si configura come documento di così « ampio respiro » da apparire per molti versi sospeso a mezz'aria.

Sappiamo tutti che la legge di riforma affida esclusivamente alle Regioni il compito di costruire i piani sanitari regionali, con i soli vincoli di compatibilità con gli indirizzi del piano sanitario nazionale e con i piani di sviluppo socio-economico regionale.

E la partecipazione? E i piani « costruiti dal basso » di cui abbiamo discettato per anni? Ormai i tempi sono quelli che sono, il 1980 è alle porte, i piani regionali « s'hanno da fare » ed il rischio, al di là delle affermazioni di principio, di buttare a mare i buoni propositi e di costruire il piano sanitario « a tavolino »; come si suol dire, negli uffici regionali, burocratizzando i momenti obbligatori di consultazione, non è del tutto teorico.

Voglio allora ricordare l'esperienza in questo campo della Emilia-Ro-

magna che, già nel maggio scorso, approvava una legge che fissava le procedure per la formazione del piano sanitario regionale, stabilendone nel contempo i contenuti qualificanti e le direttrici di fondo. In questo modo veniva affidato ai Comprensori, ai Comuni, alle Province il compito di elaborare degli schemi di piano sanitario comprensoriale sulla base della specificità delle singole situazioni locali e nell'osservanza delle indicazioni, dei vincoli e degli standards fissati con la legge regionale.

La presenza pertanto oggi dei piani comprensoriali consente di mettere mano alla costruzione di una legge regionale di piano sanitario 1980-82 che dovrà rappresentare la sintesi dei singoli piani comprensoriali e che sarà pertanto il risultato finale di un processo che ha direttamente responsabilizzato enti locali, forze politiche, forze sociali, gruppi organizzati di operatori e singoli cittadini.

Non voglio qui proporre « ricette risolutive » o riaffermare la esemplarità (e, con essa, implicitamente, la improponibilità in altre situazioni) del « modello emiliano »: voglio però dire che si tratta di un tentativo serio ed originale di ricercare nuove forme di programmazione attorno alle quali forse oggi sarebbe opportuno maggiormente soffermarsi; quanto ci ha con tanta precisione illustrato nella sua relazione il Dr. Shephard, del resto, sembra avvalorare l'importanza di sperimentazioni di questo tipo in campo programmatorio regionale.

Il secondo ed ultimo punto che volevo toccare interessa più direttamente i contenuti della programmazione e in modo particolare riguarda la questione dei « distretti sanitari ».

Dico subito, perché non voglio che le mie affermazioni vengano fraintese, che credo che nel distretto si giocherà nei prossimi dieci anni (e, sottolineo, nei prossimi dieci anni) la credibilità del nuovo sistema sanitario voluto dalla legge 833: e che quindi sin dal primo piano sanitario nazionale si debbano gettare delle solide basi per una efficace organizzazione socio-sanitaria distrettuale. Non mi convincono però gli entusiasmi di coloro, molti in verità che tendono a vedere oggi nel distretto la riproposizione « in miniatura », starei per dire, dell'organizzazione sanitaria e dei servizi dell'unità sanitaria locale.

Sono francamente poche le Regioni che hanno fatto l'esperienza anticipatrice dei consorzi socio-sanitari: quelle che l'hanno fatta tuttavia sanno che cosa significhi dotare il consorzio ieri, l'unità sanitaria locale domani, dei servizi territoriali essenziali, in una situazione di estrema

disgregazione del sistema sanitario e di impreparazione complessiva di fronte alla necessità di realizzare una vera politica di prevenzione.

Che significato ha, allora, sorvolare (come del resto anche lo stesso piano sanitario nazionale fa) sull'organizzazione dei servizi sanitari che deve essere assicurata in ogni unità sanitaria locale, per entrare invece quasi con pignoleria nel merito di quella che dovrà essere, nel prossimo triennio, l'organizzazione del distretto sanitario? Forse che si pensa di costruire lo « edificio-unità sanitaria locale » mettendo una vicina all'altra (o, magari, sopra) una serie di stanze, certo ben curate nell'arredamento, ma prive dei servizi essenziali e non rispondenti all'esigenza di arrivare ad una costruzione armonica ed omogenea?

Molti si illudono, a mio parere, che quella di puntare tutte le carte sul distretto (tutto e subito!) sia una linea riformista estremamente avanzata: mi viene invece il sospetto che si faccia il gioco di chi dice di voler cambiare tutto per non cambiare niente: ci potremmo trovare così nel 1982 con le unità sanitarie locali senza servizi essenziali, ma forse, in compenso, avremo distretti imperniati sulle attuali condotte mediche ed ostetriche riverniciate.

Ritengo allora che il problema vero sia quello di porre realisticamente, nella prospettiva triennale, la questione della costruzione dei distretti secondo le indicazioni di massima contenute nella legge di riforma sanitaria, senza forzature e senza velleitarismi; e ciò con l'obiettivo prioritario di una effettiva estensione a tutto il territorio nazionale di una diversa organizzazione dell'assistenza medica di base, con particolare riguardo ai problemi sanitari della popolazione anziana e alle interrelazioni con i servizi sociali di primo livello.

CONCLUSIONI

— Discorso del Ministro della Sanità, On.le **RENATO ALTISSIMO**.

— Discorso di chiusura del Presidente **STORTI**.

On. RENATO ALTISSIMO, Ministro della Sanità.

Signor Presidente, Signore, Signori, se è vero che gli anni '60 sono stati gli anni del tumulto operativo, che gli anni '70 sono stati quelli della redistribuzione selvaggia, della logica corporativa e del corpo a corpo fra le segmentazioni della società, non vi è alcun dubbio che gli anni '80 dovranno essere quelli della grande razionalizzazione dei comportamenti privati e pubblici.

Se non fosse la nostra coscienza a suggerirci questo ruolo, ci penserebbero certamente gli eventi che vengono maturando sul piano internazionale a cominciare dalla nuova distribuzione delle risorse nel mondo per effetto della questione energetica, dell'emergere di nuovi paesi, della redistribuzione dei ruoli strategici tra blocchi e gruppi di paesi.

Per quanto riguarda il nostro, questa realtà la veniamo misurando negli squilibri del nostro sistema economico, come massimo tributario dei detentori delle fonti energetiche e di quelli delle materie prime. Negli anni '80 saremo relativamente più poveri e ciò ci impegna a comportamenti responsabili e non occasionali. Ciò vale per gli imprenditori, per i lavoratori, ma soprattutto per i responsabili del pubblico dovere, che in larga misura si estrinseca attraverso l'erogazione dei servizi collettivi.

Se ciò è vero, non è privo di senso storico il fatto che il nostro paese si affaccia alla soglia degli anni '80 con un atto di riforma che si presenta come un grande fenomeno di razionalizzazione e di redistribuzione dei ruoli. In qualche modo siamo di fronte all'emergere di un fenomeno educativo nel senso più profondo, non fosse altro per la responsabilità che distribuisce i vari livelli della società e per la qualità e quantità di riflessioni alle quali ha sottoposto e sottopone tutti i responsabili.

D'altronde la riforma sanitaria non costituisce un fenomeno isolato, anche nel settore delle prestazioni previdenziali e sociali

è in atto un processo analogo, inteso ad abbattere privilegi di caste e di settori, sovrapposizioni di vantaggi, cattiva disposizione sociale della funzione protettiva dello Stato nei confronti dei cittadini.

Altrettanto può dirsi per il settore fiscale, dove faticosamente si cerca di trovare un nuovo ordine ed una nuova giustizia.

Certo non sarà l'intenzione generale a produrre gli effetti sociali che andiamo cercando. Il lavoro è duro, a volte deludente, ma sempre puntuale, ma non per ciò perde fascino l'azione innovatrice.

La funzione innovativa prende corpo se si accettano le regole del gioco e se sarà rispettata la ripartizione dei ruoli. Elemento caratterizzante della riforma sanitaria sta nel nuovo riparto delle funzioni. Sarebbe politicamente assurdo se noi oggi cercassimo lo scontro per tutelare la conservazione dei ruoli che passano dallo Stato alle Regioni e dalle Regioni agli Enti Locali. Guardo alla corralità degli impegni come alla condizione essenziale per realizzare la riforma sanitaria.

Essa, come è ben evidente, non avrà carattere istantaneo ma processuale, si svilupperà nel tempo con una linea di successivi aggiustamenti, fino ad ottenere la sua completa attuazione. La riforma infatti non è la legge, anche se è nella legge; non è il piano sanitario nazionale anche se è nel piano sanitario nazionale, che ieri è stato qui illustrato dal prof. Paderni che ne è il padre. La riforma invece è in tutti coloro che sono destinati per funzione e nei vari ruoli a farla funzionare e a renderla viva. E quindi in coloro che hanno la responsabilità del servizio a livello politico, operativo, ma anche negli utenti, i quali devono acquisire la prestazione non come una concessione sovrana, ma come una conquista da difendere e da migliorare, da mantenere nei limiti delle prestazioni necessarie, evitando quegli abusi che possono comprometterne l'equilibrio.

La riforma sanitaria, è vero, corre in parallelo con altre riforme che ho già ricordato; se ne differenzia però per un carattere, e cioè per la sua globalità; è in sostanza l'unica riforma che riguarda tutti i cittadini, nessuno escluso. Ciò ci deve far riflettere sulla natura del suo impatto nella realtà sociale e sul

contenuto politico della sua realizzazione. Se infatti mancasse questo obiettivo ci renderemmo determinanti nel danneggiare l'immagine dello Stato repubblicano e il delicato equilibrio sul quale fonda il sistema delle garanzie sulle quali tra l'altro oggi si discute.

In positivo, è prendendo a prestito dalla medicina sportiva un concetto, vorrei dire che, come si dice « è uno sport che fa bene perché interessa tutti i muscoli ». Così la riforma può far bene allo Stato perché coinvolge tutte le istituzioni. Le coinvolge in un rapporto nuovo che, superando il rapporto verticale burocratico del vecchio stato unitario inventa il rapporto politico funzionale come elemento innovativo e realizzatore. Ma sarà poi vero tutto questo? Questo è proprio il ruolo al quale dobbiamo adempiere: la scommessa con la realtà.

Debbo dire che l'esperienza di questi primi 45 giorni alla Sanità mi fa ritenere che nessun ingrediente manchi a livello politico, perché l'esito della riforma sia positivo. Nel Ministero ho trovato competenze eccellenti e volontà di fare e debbo dire che questa esperienza smentisce largamente l'immagine di una dirigenza statale bassa e schiva dalle responsabilità.

Nelle Regioni ho trovato assessori bensì gelosissimi, qualche volta perfino fin troppo, delle loro prerogative, ma tutti indistintamente orientati a realizzare una coralità creativa con il ministro. Presso le forze sociali, presso i sindacati ho trovato la giusta preoccupazione di tutelare i propri amministrati, ma anche una ferma scelta a favore della migliore qualità del servizio nell'interesse dei cittadini.

Mi rendo conto che, come è proprio del rapporto politico, non mancheranno i conflitti, ma in essi quando sono condotti in buona fede ed a fini di bene, risiede una forza inestimabile di valori democratici. E' mia ferma volontà risolvere con prontezza ogni malinteso che dovesse nascere ed ogni conflitto. Non ho dimestichezza con la tecnica del rinvio che, fra le abitudini nazionali, è una delle più deleterie. Intendo applicare nell'amministrazione della cosa pubblica i medesimi criteri di efficienza e prontezza che sono richiesti nell'attività privata, senza lasciare al facile domani le difficoltà di oggi. Queste sono certamente molte. Abbiamo accumulato alcuni significativi ritardi che sto cercando

in un clima di attiva collaborazione di recuperare perché è mia volontà, se val la pena di riaffermarlo, che la riforma decolli nei tempi previsti, pur tenendo conto che essa non dispiegherà integralmente i suoi frutti che più avanti nel tempo.

Se il ruolo politico nella riforma avrà un peso determinante non minore sarà il ruolo dei medici e degli operatori della sanità. Ho sostenuto in altre occasioni che la riforma va fatta con i medici e su questo punto ho avuto il consenso delle Regioni. Ribadisco quindi in questa sede così appropriata, che la comune volontà politica riconosce al medico una funzione essenziale nell'attuazione della riforma, un'essenzialità che viene arricchendosi di contenuto nel corso degli intensi rapporti che stiamo intrattenendo con i sindacati dei medici e con le forze sociali e politiche.

Con ciò desidero fugare l'impressione, forse non immotivata, che nel passato non si sia sufficientemente riconosciuto il ruolo del medico nella prestazione sanitaria. Considero errata qualsiasi politica tendente ad immolare i medici sull'altare delle regioni, non mi è stato chiesto e comunque così non sarà: giocheremo lealmente e a carte scoperte.

Del pari importante è il ruolo del personale sanitario infermieristico, al quale il Ministero e le Regioni dovranno dedicare una particolare attenzione. Gran parte della qualità del servizio dipende dalla qualità professionale degli infermieri, i dati ci dicono che vi è uno stato di dequalificazione considerevole, occorre perciò investire in cultura sanitaria, subito, certi come siamo che la debolezza di questa struttura può realisticamente pregiudicare le sorti del Servizio Sanitario Nazionale.

Affido a coloro che hanno tempo e capacità di riflettere la considerazione che mi appare assai probabile che il Servizio Sanitario Nazionale chieda un nuovo medico, un nuovo infermiere, che qualche cosa debba essere rinnovato profondamente, sotto questo profilo. Il rischio è quello di confermare, anziché riscattarlo l'antico assunto secondo il quale servizio pubblico è sinonimo di inefficienza e scadente qualità.

Senza — consentitemi il termine — una rivoluzione culturale, l'eventualità negativa ha un'altra probabilità di verificarsi e sarebbe una vera sciagura per tutti noi.

Signor Presidente, è stato in questi giorni qui descritto il Piano Sanitario Nazionale con le propaggini regionali, non intendo ripetere questa mattina cose già dette né invadere spazi altrui. Mi limito quindi ad alcune considerazioni eminentemente politiche che invece mi riguardano.

Se dovessimo misurare lo spazio culturale che corre fra i sogni programmatori degli anni '60 e i disegni operativi di oggi, dovremmo farlo attraverso il piano sanitario nazionale. E' vero che per alcune parti non mi sento di dividerlo totalmente, che alcune cose abbiamo già ritoccato e che altre le rivedremo in occasione della revisione del prossimo aprile 1980, specie per quanto riguarda il profilo economico sul quale tornerò fra breve; debbo però dire che esso si fonda, per gli elementi sostanziali, su una visione che trova il suo unico limite nella carenza informativa. Il concetto di programmazione decentrata, non è solo un omaggio alle regioni, corrisponde ad una concreta utilità sociale ed economica poiché la programmazione potrà meglio percepire la problematica del territorio e del cittadino pur contenendo elementi riequilibratori fra le regioni che individuano una logica di solidarietà sociale che è propria delle società industriali avanzate.

E particolarmente rilevante è l'attuazione dei presidi sanitari, di una più ampia rosa di possibilità terapeutiche, di prevenzione e di riabilitazione. Gli investimenti in questo settore costituiscono e costituiranno una vera scelta strategica intesa al contenimento della spesa sanitaria.

Per naturale vocazione e per esperienze personali, la tematica della spesa sanitaria mi sta particolarmente a cuore. Potrebbe apparire un sogno il voler contemporaneamente ridurre l'incidenza della spesa sanitaria e migliorare la qualità delle prestazioni. Dico onestamente che questo obiettivo non è impossibile purché lo si voglia e lo si voglia con molta lucidità. Già nel corso del primo anno della riforma, il 1980, la spesa sanitaria non toccherà il 6% del prodotto interno lordo, contro cifre superiori del 7½ per cento per il passato che anche in molti paesi presentano analogie con il nostro.

Si può ancora risparmiare a condizione che si faccia un uso oculato del servizio, sia da parte degli utenti che dei medici; si

può comunque, a parità di spesa, dare un servizio migliore; il controllo della spesa è in larga misura legato alla realizzazione di un servizio informativo sanitario al quale stiamo lavorando.

Le tecniche di determinazione della spesa sanitaria per gli anni che sono interessati al piano sanitario nazionale, 1980-1982, non sono soddisfacenti; esse sono fondate essenzialmente sulla proiezione di dati storici che contengono insite le ragioni della crisi nella quale la sanità versa; tendenzialmente minacciano quindi di proiettare errori e vincoli che possono costituire un impedimento grave all'innovazione.

E' per questa ragione che noi abbiamo necessità di incrociare con le proiezioni valori epidemiologici per così dire verticali, onde ottenere una griglia di posizioni che ci consenta di misurare gli scartamenti, di intervenire sulle devianze, di normalizzare, anche da un punto di vista epidemiologico, la situazione del paese. Questa griglia è il vero supporto tecnico della futura sanità italiana, perché incrocia valori puramente economici, con valori puramente sanitari, dalla cui combinazione i caratteri della realtà potranno emergere con puntuale evidenza.

A questo sistema di dati affiancheremo indici non contabili di efficienza, di produttività, di qualità. E' un lavoro in corso, le cui risultanze vorremmo portare già nell'adattamento del piano previsto per la prossima primavera. Nel predisporre questi lavori abbiamo un occhio puntato su questi paesi che hanno già fatto un'analoga esperienza e che oggi si trovano a dover riflettere su alcuni aspetti negativi del loro sistema. D'altronde sono queste riflessioni, assai diffuse nel mondo d'oggi che toccano paesi a diverso regime politico e sociale in forme analoghe. Non vi è alcuna ragione perché ci si debba esimere dal farle anche noi: sarebbe abbastanza nuovo per il nostro paese di saper correggere gli errori di prima di commetterli.

Signor Presidente, queste riflessioni testimoniano contro le ipotesi dei minimizzatori, che il Ministero della Sanità conserva un ruolo effettivo nell'amministrazione della sanità, a condizione che questo ruolo sappia interpretare e far vivere. La legislazione generale, la programmazione, l'indirizzo e il coordinamento, il finanziamento, il controllo, la tutela degli interessi unitari, la conduzione dei rapporti internazionali sono condizioni indivisibi-

li, costituiscono funzioni indispensabili e politicamente qualificanti alle quali il Ministro della Sanità non intende minimamente abdicare.

Ma il problema è un altro: è quello di adattare il ministero alla funzione tecnica, alla nuova funzione tecnica alla quale deve assolvere. L'inerzia del sistema sarà forte, come è concepibile, devo perciò affermare qui che la riforma del ministero è un momento urgente e fondamentale della riforma stessa. Vi porremmo quindi mano prontamente, affidando il compito ad un consorzio di grandi imprese internazionali di organizzazione aziendale. Ministro di un governo di tregua, ignoro la durata, presumibilmente breve, del mio mandato. Mi rendo conto di aver scelto uno spazio operativo non miope e quindi probabilmente travalica la mia sorte; non potevo fare diversamente, né rendere un buon servizio al paese se accettassi di essere miope solo perché avrò, chi lo sa, probabilmente, vita breve.

On. BRUNO STORTI, Presidente del CNEL.

Prima di chiudere ufficialmente, nella mia qualità di Presidente, questo Primo Incontro Internazionale di studio sulla riforma sanitaria, desidero adempiere, e adempio volentieri ad alcuni doveri. Il primo è quello di ringraziare tutti coloro che vi hanno partecipato, con partecipazione e interesse vivissimi, e soprattutto coloro che hanno contribuito alla sua realizzazione: i rappresentanti dell'apposito gruppo di lavoro del CNEL, i dirigenti del Ministero della Sanità, che hanno con noi organizzato questo incontro, il Ministro che ha concluso il dibattito. Esprimo, infine, l'apprezzamento per le illuminanti esperienze e i frutti di ricerca che ci hanno portato tutti i relatori: quelli stranieri, quelli delle organizzazioni internazionali e quelli italiani.

In queste poche parole conclusive, mi astengo dal trarre un giudizio sul risultato di questo Primo Incontro Internazionale, che potrebbe essere affrettato e sommario. Tuttavia è certo che ha sollevato un notevole interesse, come è dimostrato dalla partecipazione che esso ha registrato. Riprendendo le parole del Ministro della Sanità, secondo cui le riforme si fanno

con le leggi, ma nella loro attuazione concreta esse corrono con le gambe degli uomini, la numerosa e partecipe presenza sta a dimostrare che c'è già pronta una schiera di operatori che porteranno avanti questa che è tra le più importanti delle grandi riforme che il nostro paese si accinge a realizzare. Da ciò nasce l'esigenza di estendere al maggior numero di persone interessate le esperienze e le risultanze del Convegno. L'ampia diffusione degli atti del convegno sarà funzionale a questo scopo. Implicita nel sistema di attuazione per fasi del programma sanitario è la prospettiva di ulteriori incontri in corrispondenza degli ulteriori stadi dell'esperienza di attuazione della legge di riforma. Il carattere decentrato del sistema organizzativo del servizio sanitario implica l'impegno a contribuire al decentramento di analoghe iniziative affinché gli enti locali e soprattutto le Regioni siano protagonisti anche nello sforzo di ricerca preordinato alla più funzionale attuazione della riforma.

Un vivo ringraziamento vada a tutti coloro che hanno contribuito a realizzare in concreto questo Convegno: al personale del CNEL, al personale del Ministero della Sanità, agli esperti, ai collaboratori tutti e agli interpreti. Con soddisfazione per i risultati raggiunti, dichiaro quindi chiuso il Primo Incontro Internazionale di Studio sulla Riforma Sanitaria.

Comunicazioni sul primo tema inviate da:

**BORELLO
BORGONOV
DE LUCA
NUCCIO
PIPERNO**

Comunicazioni sul secondo tema inviate da:

**BORRUSO
CAMPARI
CANNAVO'
COLOZZI
FLORAMO
PORCU
SERIO**

Dr. GIOVANNI BORELLO*: La partecipazione come presupposto essenziale di selezione e di riduzione dei costi dell'assistenza sanitaria.

Il grande passo in avanti che la Cina ha compiuto in questi ultimi anni nel campo dell'assistenza sanitaria ha destato sensazione ed interesse.

Tra l'altro quel lontano e misterioso paese si è quasi completamente liberato dalla piaga delle malattie infettive ed ha debellato quelle parassitarie che costituirono per secoli un vero flagello.

Indubbiamente al conseguimento di questi risultati positivi molto ha contribuito lo sviluppo della medicina cinese, e specialmente di quella tradizionale fondata sull'uso terapeutico delle erbe medicinali, sull'agopuntura e su altri mezzi di cura che si stanno affermando ora anche nei paesi dell'Occidente.

Ma il sistema sanitario cinese non avrebbe potuto certamente reggere all'urto massiccio della domanda di assistenza se non avesse affrontato il problema del contenimento e della moderazione delle richieste.

Un problema efficacemente risolto con forme di partecipazione alla spesa da parte dell'utente.

La regola della gratuità totale dell'assistenza è ritenuta dai cinesi assai deleteria per i suoi dirompenti effetti sul piano finanziario: che il malato debba pagarsi i pasti consumati durante la degenza ospedaliera e che debba partecipare con un ticket alla spesa sanitaria è un fatto quindi assolutamente normale e coerente con i principi di quel popolo.

Qualche perplessità destò invece, in Italia, nell'ormai lontano 1963, la Relazione del C.N.E.L. sulla Riforma della Previdenza Sociale, che pose coraggiosamente il problema della gratuità o meno delle prestazioni mediche.

* Commissario della Federazione Nazionale Casse Mutue Malattia degli Artigiani.

Il Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro aveva in effetti intuito che nessun sistema di assistenza sanitaria avrebbe potuto reggere di fronte ad una richiesta di servizi illimitata ed incontrollabile: una gestione ben organizzata deve poter contare sull'esistenza di strumenti di selezione della domanda di assistenza con ammissione solo dei casi che presentino almeno un minimo di necessità.

Si deve peraltro riconoscere che non è facile individuare criteri obiettivamente idonei a stabilire quali siano le soluzioni migliori, considerati i riflessi che le singole scelte possono avere sui principi e sulle impostazioni ideologiche.

Possiamo tuttavia fare al riguardo due ipotesi fondamentali:

1) che la funzione di selezione della domanda venga affidata esclusivamente ad accertamenti di carattere sanitario sulla necessità della prestazione richiesta;

2) che la funzione suddetta venga attuata anche, ed a monte dell'accertamento di cui al punto precedente, attraverso accorgimenti di carattere finanziario opportunamente calibrati.

La selezione sulla base dell'accertamento esclusivamente sanitario è il criterio prevalentemente adottato in Italia fino ad oggi. Nel campo dell'assistenza ospedaliera, la regola è data dall'art. 14 del D.P.R. 27-3-69 n. 128, dove viene stabilito che l'ammissione degli infermi in ospedale, fatta sotto la vigilanza del direttore sanitario, è decisa dal medico di guardia a cui spetta il giudizio sulla necessità del ricovero.

Tale criterio si è rivelato purtroppo poco risolutivo: l'accertamento sanitario, da solo, non si è dimostrato in grado di determinare la selezione delle necessità effettive.

Lo conferma l'esperienza fatta dal sistema mutualistico, messo in crisi non certo e comunque non solo, come si vorrebbe far credere, da ragioni profonde di carattere strutturale e sociale, ma soprattutto dagli sprechi che la mancanza di effettivi controlli selettivi ha reso possibile incoraggiando consumi abnormi di farmaci e ricorso ingiustificato alla degenza ospedaliera. Vedremo poi le contraddizioni che di questa situazione furono all'origine.

L'esperienza ha inoltre dimostrato che non giova affatto discutere se la colpa sia dei malati simulatori di sofferenze, che i medici non hanno i

mezzi per controllare, o se sia invece dei medici che non si assumono, come dovrebbero, la responsabilità di selezionare le necessità effettive dirottando in ambulatorio i casi che possono essere ivi trattati con ampi margini di garanzia per il malato.

Nasce quindi dalle cose l'esigenza di ricercare un criterio moderatore, di carattere oggettivo, da affiancare al criterio sanitario.

La ricerca può svolgersi in due direzioni: una potrebbe consistere nella concentrazione dei mezzi economici disponibili verso le esigenze più gravi attraverso la cosiddetta selezione dei rischi.

Ciò si potrebbe realizzare, in ipotesi, prevedendo una scala di priorità tra le prestazioni (con riguardo al loro contenuto), oppure, prescindendo dal tipo di cura effettuato, con l'introduzione di una specie di franchigia sulla base dell'entità della spesa sostenuta dal malato.

Un tentativo di risolvere il problema attraverso la selezione del rischio è stato attuato, in regime mutualistico, con le ultime forme di assicurazione obbligatoria di malattia, quelle concernenti i lavoratori autonomi (commercianti, artigiani, coltivatori diretti).

Le relative leggi istitutive, che avevano escluso dalle prestazioni obbligatorie alcune forme di assistenza (come la farmaceutica, in parte la generica e le prestazioni integrative) non raggiunsero tuttavia lo scopo che si erano prefisse: la limitazione verso determinate forme provocò infatti l'esplosione surrettizia della frequenza delle forme ammesse (il mutuato che avrebbe dovuto pagarsi la visita generica o le medicine eludeva ogni problema rivolgendosi allo specialista o facendosi addirittura ricoverare).

Più interessante appare l'altra ipotesi, quella della partecipazione alla spesa attraverso il cosiddetto ticket, ormai attuato anche nel nostro paese limitatamente al settore dell'assistenza farmaceutica.

Si tratta di soluzione della quale vanno tuttavia approfondite le implicazioni sociali e sanitarie tenuto conto che spese, anche di modesta entità, possono costituire, per determinate categorie, un sacrificio rilevante e tale da rappresentare, in definitiva, un vero e proprio impedimento per i casi di effettiva necessità.

Bisogna inoltre considerare che l'efficacia del sistema di assistenza sanitaria sul piano della prevenzione delle malattie è destinata a diminuire in proporzione all'aumento delle remore, di qualsiasi specie queste siano.

Nonostante tutto, il ricorso a forme esterne di moderazione e di controllo va tenuto presente ed attuato come male minore; e tra le varie forme quella della partecipazione alla spesa attraverso il ticket sembra la più adatta ad evitare che i costi, ormai elevatissimi, dell'assistenza sanitaria si espandano ulteriormente, anche per gli abusi che la totale gratuità alimenta.

Il Piano Sanitario Nazionale in corso di approvazione considera, per effetto del ticket sui farmaci, un risparmio del 15% sulla spesa. Tale risparmio potrebbe assumere valori sensibilmente più alti se si estendesse il criterio della partecipazione al settore ospedaliero, anche sotto forma di esclusione della gratuità delle spese di vitto consumato durante la degenza.

Il problema delle degenze parcheggio sta diventando purtroppo anche nel nostro paese un problema preoccupante e si va estendendo anche ad aree geografiche nelle quali il fenomeno non è spiegabile con le consuete motivazioni di carattere socio-economico riscontrabili nell'Italia meridionale.

Sappiamo infatti che negli ospedali di Trieste, ad esempio, la percentuale dei ricoveri ultrasessantacinquenni, che nel resto dell'anno è stato in media del 42,7%, è aumentata, nello scorso mese di agosto, di oltre il 15%.

Alla proposta di estensione della partecipazione economica degli utenti, non esiste alternativa che non passi attraverso il senso di responsabilità e l'autocontrollo dei protagonisti del rapporto di assistenza sanitaria.

Tali condizioni soffocate dal sistema mutualistico tradizionale a base burocratica, dovranno essere ricercate con ogni mezzo sebbene nel servizio sanitario nazionale la legge n. 833 del 1978 non abbia previsto, inopinatamente, possibilità concrete di rappresentanza diretta degli utenti e degli operatori.

In effetti, l'introduzione del ticket, risolve in misura corrispondente all'entità ed all'estensione di tale fattore di moderazione, il problema del terzo pagante.

Lo risolve tout-court, in maniera che può essere considerata rozza sotto il profilo sociale per le implicazioni che vi sono connesse, ma lo risolve nell'unico modo dimostratosi di qualche efficacia tenuto conto degli ordinamenti vigenti.

E' noto che secondo un'opinione largamente diffusa in campo economico-sanitario, la causa della crisi del sistema mutualistico andrebbe ricercata, per gli aspetti finanziari, nello svolgimento, da parte degli Enti, di una gestione prevalentemente « burocratica » dell'assistenza di malattia, per effetto di una legislazione che assegnava agli Enti medesimi il ruolo passivo di « terzo pagante ».

Il sistema mutualistico, infatti, mentre da una parte attribuiva agli Enti la responsabilità della gestione assistenziale, lasciava dall'altra, e contraddittoriamente, fuori del controllo ispettivo dei soggetti erogatori, non solo i modelli di consumo degli assistiti, ma anche la stessa offerta dei servizi, prevalentemente affidata ad operatori sanitari convenzionati e quindi estranei alla struttura responsabile del servizio.

In queste condizioni ogni tentativo di governabilità della spesa sanitaria rimase inefficace.

Non è valse, purtroppo, a modificare questo quadro istituzionale l'esperienza mutualistica delle categorie del lavoro autonomo (artigiani, commercianti, coltivatori diretti) un'esperienza che ebbe i caratteri di una vera e propria riforma strutturale.

Vale la pena di ricordare, a questo riguardo, che nella seconda metà degli anni '50, al sistema tradizionale, che già rivelava insanabilmente le sue contraddizioni, fu affiancato un sistema nuovo fondato su una accentuata autonomia normativa degli enti erogatori e, soprattutto, sull'autogoverno delle categorie assistite, autogoverno articolato in forme decentrate a livello provinciale, su base elettiva diretta.

Le leggi istitutive furono, nell'ordine, la n. 1136 del 1954 per la categoria dei coltivatori diretti, la legge n. 1533 del 1956 per gli artigiani e la legge n. 1397 del 1960 per gli esercenti attività commerciali.

Le innovazioni che questo sistema di leggi introdusse nel nostro ordinamento sanitario assistenziale furono essenzialmente due: la prima è costituita dall'estensione dell'assicurazione obbligatoria a lavoratori che, nonostante la generale prescrizione costituzionale, non erano stati assoggettati alla tutela contro le malattie tradizionalmente limitata al lavoro subordinato, ritenuto in condizioni di più accentuata debolezza economica e sociale.

La seconda innovazione, più importante per i profili che qui interessano, fu quella di affidare la gestione degli enti mutualistici, istituiti provincialmente, ai rappresentanti degli stessi assistiti, liberamente eletti.

Le mutue dei lavoratori autonomi furono infatti dotate di accentuate forme di autonomia organizzativa avente la sua espressione più caratteristica nella costituzione degli organi di amministrazione, affidata al sistema elettivo che, attraverso vari gradi, attribuiva agli artigiani assistiti la responsabilità della gestione dell'assicurazione di malattia.

In questa situazione il fenomeno deprecato del terzo pagante rimaneva superato, considerato per giunta il principio del pareggio obbligatorio dei bilanci attraverso contribuzioni integrative, imposto dalla legge per la copertura del fabbisogno determinato da aumento dei costi e da estensione delle prestazioni (art. 23 della legge 29-12-1956 n. 1533).

E' difficile comprendere le ragioni per le quali l'esperienza mutualistica innovatrice sopra descritta, nonostante l'area della popolazione interessata (circa 11 milioni di cittadini) demograficamente distribuiti in fasce di presenza attiva su tutto il territorio nazionale, sia rimasta isolata, al punto da essere considerata episodica e marginale nell'ambito del sistema vigente.

Gli errati riferimenti legislativi anche recenti, generalizzati su modelli istituzionali non compatibili con il particolare ordinamento della mutualità del lavoro autonomo, sono la dimostrazione di questo assunto.

Forse una più attenta considerazione dell'esperienza mutualistica del lavoro autonomo avrebbe potuto modificare gli sviluppi che il problema della riforma sanitaria ha avuto nel nostro paese, facendo convergere le istanze di riforma verso ipotesi di riordinamento-unificazione vitalizzata da forme di democrazia diretta e di autogoverno.

Non sappiamo se il grado di partecipazione (indiretta, per designazione) assicurato nel servizio sanitario nazionale dalla legge 833 del 1978 potrà coinvolgere la diretta responsabilità dell'utente innescando la molla di quell'autocontrollo che l'esperienza ha dimostrato essere elemento essenziale ed imprescindibile per la modifica del tradizionale rapporto spesa-prestazioni.

Occorrerà valorizzare in questo senso i pochi spazi che la legge n. 833 ha lasciato nella formazione degli organi del servizio sanitario nazionale, se si vuole evitare che il servizio stesso, costretto ad acquistare gran parte delle prestazioni con ricorso al convenzionamento esterno, assuma veramente il ruolo di intermediario nella spesa e quindi di terzo pagante.

Dr. ELIO BORGONOVÌ*: L'avvio alla Riforma e la formazione direzionale degli operatori.

PREMESSA

Anche per la Riforma Sanitaria si sta ripetendo una situazione troppo frequente per il settore pubblico. Si chiedono impegni e si danno assicurazioni sui « tempi di attuazione » ma il tutto avviene senza una puntuale considerazione delle condizioni reali per l'avvio di servizi secondo la nuova logica introdotta dalla legge 833/78.

Ancora una volta una Riforma diventa « terreno di scontro politico » più che « occasione per misurare le capacità di adattamento delle strutture pubbliche a nuovi modelli di funzionamento, a nuove logiche razionalizzatrici ».

E' stato compiuto un grosso sforzo politico-culturale per elaborare un progetto di sanità assai avanzato ma poi in quest'ultimo anno si è fatto poco per realizzare le condizioni del cambiamento. E' stato carente, a mio avviso, quel lavoro sotterraneo, capillare e continuo che modifica le attitudini degli operatori ed adegua i modi di operare alle indicazioni degli obiettivi e degli indirizzi di un sistema di sanità pubblica. Per dire che il sistema parte il 1 gennaio 1980 non basta che per quella data siano costituite le unità sanitarie locali, siano approvate le leggi sul loro funzionamento e la loro organizzazione, sia approvato il Piano Sanitario triennale ed i Piani Regionali, ecc.; ma è necessario che il cittadino possa trovare un tipo di assistenza migliore, o almeno pari a quella precedente. Però tutti temono che al venire meno delle modalità di intervento che la legge 833 intende superare (la mutua, la centralità dell'ospedale, ecc.) subentrerà un periodo di notevole caos perché non sono ancora chiare e definite le nuove modalità operative, le nuove linee di responsabilità gestionale (che sono cose diverse dalle « competenze formali ») e non è precisata la collocazione degli operatori.

Già negli ospedali con i consigli di amministrazione destinati a terminare tra breve il loro mandato si rileva un notevole impasse decisionale che vuol dire crescenti difficoltà nel garantire i livelli precedenti di servizi. Già le mutue smobilitano ambulatori senza che vi siano interventi sostitutivi.

* Direttore del Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria (CERGAS).

Basta girare un po' alla periferia, tra chi è coinvolto nel momento finale dell'erogazione del servizio per avere un'idea di continui « piccoli passi » sulla strada del deterioramento della sanità. E non è un problema di credere o non credere alla Riforma! Anche chi ci crede, chi la vuole non può chiudere gli occhi di fronte al rischio che, a causa di certi ritardi, la fase di transizione sia troppo lunga e caotica e porti ad un arretramento dei servizi rispetto al quale sarà poi difficile recuperare.

A mio avviso il ritardo di fondo sta nel fatto di non capire cosa voglia effettivamente dire sul piano operativo, sul piano delle competenze degli operatori un modello « integrato » di assistenza. Si parla di globalità e di unitarietà dei servizi di assistenza e quindi si deve parlare di strutture complesse di offerta.

Vi sono ritardi sul piano formale (dell'approvazione delle leggi, etc.), ma ciò in cui si è veramente in ritardo è la preparazione delle persone a gestire strutture molto più complesse di quelle precedenti.

IL CONCETTO DI « SISTEMA » SANITARIO PRIVILEGIA IL MOMENTO DIREZIONALE.

L'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale può e deve essere letta ed interpretata sotto tre aspetti principali:

- 1) i principi su cui si fonda, che esprimono una dimensione socio-culturale e politico-generale;
- 2) le strutture in cui si articola e quindi i centri e gli ambiti decisionali che prefigura, che evidenziano il modello politico-istituzionale di riferimento;
- 3) le caratteristiche ed i processi di funzionamento da cui dipenderà la reale capacità del modello istituzionale di ottenere gli obiettivi che si è prefissato.

Il periodo storico (assai lungo in verità) precedente l'approvazione della legge di Riforma ed il periodo storico immediatamente successivo a tale approvazione hanno visto la concentrazione di analisi e di dibattiti sui primi due aspetti; l'attuale periodo in cui già si sono mostrate concretamente le difficoltà collegate alla predisposizione degli strumenti per far funzionare le nuove strutture, in cui si incomincia a delineare la complessità di un intervento necessario e valido sul piano logico culturale ma per il quale occorre inventare ed applicare schemi operativi nuovi e non sperimentati e per i quali quindi non esiste accumulazione di competenza, in cui

purtroppo si delincono slittamenti di scadenze assai deleteri, dovrebbe suggerire una maggiore attenzione al terzo aspetto.

Le ipotesi logiche che stanno alla base di queste brevi note sono le seguenti:

1) le difficoltà ed i ritardi relativi alle scadenze per l'attuazione sono indubbiamente collegabili alla generale situazione di impasse politico nel nostro Paese ed alla risoluzione di alcuni importanti nodi politici, ma ha un peso molto rilevante il fatto che vi sono idee molto confuse anche sul piano tecnico circa le condizioni realistiche atte a garantire il funzionamento del sistema secondo i principi, gli indirizzi ed i criteri proposti.

2) L'introduzione del concetto di sistema sanitario, insieme « integrato » di operatori, di strutture e di attività preposti alla tutela unitaria della salute del cittadino ed alla salvaguardia delle condizioni ambientali che possono influire nel bene e nel male su tale stato di salute, sposta inevitabilmente l'accento dalle prestazioni e dagli interventi al contesto organizzativo e gestionale che rende fattibili quelle prestazioni e quegli interventi.

3) Attualmente il punto di maggiore carenza, di maggiore attrito si ha con riguardo alle capacità di gestire organizzazioni complesse, dirigere persone e risorse nello svolgimento coordinato di attività. Carenza di management sanitario che rispecchia la situazione di carenza di management pubblico tipica del nostro Paese.

4) Non è possibile realizzare una corretta direzione se non si accoglie la logica di correlare le risorse impiegate ai risultati ottenuti, quindi se non si abitua gli operatori a:

— definire gli impieghi di risorse in funzione dei possibili, o probabili, risultati ottenibili;

— a valutare i risultati (ottenuti, possibili, o probabili) in funzione delle risorse richieste ed in rapporto a possibili impieghi alternativi delle stesse;

— a verificare con continuità le relazioni tra risultati e risorse.

ALCUNE PRECISAZIONI

Per evitare fin troppo facili equivoci si impongono alcune precisazioni sui punti precedentemente elencati.

Punto I. Perché dalle idee, dai progetti si passi ai fatti è necessario sapere che cosa si vuole e trovare il consenso attorno a questo qualcosa, ma è indispensabile sapere fare. Molte volte le difficoltà nel trovare il consenso nascondono il fatto che non si sa come fare le cose, o si hanno idee così generali da essere molto vaghe.

Si hanno ritardi nel definire il piano sanitario triennale anche perché non si conoscono bene (o comunque non sono molto diffuse) le tecniche e le metodologie di programmazione, specie di quelle che devono garantire nei fatti e non a parole la partecipazione di livelli istituzionali diversi dotati di una propria autonomia.

Non si è sbloccata nei tempi prefissati la questione dei decreti sul personale del S.S.N. e le altre questioni relative all'inquadramento del personale anche perché se non si riescono ad articolare sul piano concreto proposte sui profili e sui contenuti professionali collegati alle nuove funzioni assegnate alle varie strutture del sistema sanitario, su metodi di valutazione della professionalità, sulla separazione tra inquadramento gerarchico e responsabilità funzionale e tra progressione economica e progressione funzionale, esclusivo diventa il peso delle contrastanti spinte settoriali delle varie categorie alla ricerca di equiparazioni automatiche alle figure di « direzione » e di « coordinamento » (cui sono collegati vantaggi prevalentemente di tipo economico) o al riconoscimento di titoli puramente formali cui magari non sono collegabili contenuti funzionali sostanziali (tipico è l'esempio di una gerarchica anzianità di servizio staccata dall'esercizio di date funzioni).

E' in ritardo la definizione dell'organizzazione delle UU.SS.LL. anche perché tecnicamente non si riesce a dire come è possibile far coesistere la collegialità e la partecipazione con le esigenze di chiarezza nell'attribuzione delle responsabilità e perché sono poco conosciute tecniche di organizzazione basate non sulla specializzazione ma sulla responsabilità per i risultati.

Molti dei nodi delle norme di contabilità non sono ancora stati risolti in modo soddisfacente anche perché non è chiara concettualmente e tecnicamente la differenza tra sistema contabile finalizzato a garantire il rispetto di limiti di spesa (logica della semplice autorizzazione) e sistema contabile finalizzato a dare informazioni sui criteri economici seguiti nell'impiego delle risorse. Si è in ritardo anche perché le indicazioni su « bilanci pluriennali » o su « strutture di classificazione per programmi » non sempre, per non dire quasi mai, sono supportate dalla diffusa assimilazione delle tecniche e delle metodologie per una previsione che non sia semplice

estrapolazione di tendenze storiche e per una struttura di bilanci che non appaia come semplice cambiamento di denominazioni per realtà che nella sostanza rimangono le stesse.

Punti 2 e 3. Non va dimenticato che esistono due grandi classi di sprechi in sanità:

— fornire prestazioni o attuare dei servizi che non servono per la salvaguardia o il recupero dello « stato di benessere fisico e/o psichico della persona » o comunque non adottare i metodi più efficaci rispetto allo scopo indicato sotto il profilo della conoscenza tecnico-scientifica in materia;

— non poter fornire quelle prestazioni e quegli interventi che sono noti e per i quali vi è la capacità specialistica (ad esempio capacità tecnica di effettuare certi interventi di « alta » chirurgia) perché non sussistono adeguate condizioni organizzative e di funzionalità, in altre parole, perché si hanno condizioni di inefficiente funzionamento delle strutture.

L'assistenza sanitaria non è più una questione del singolo, del medico che in base alla sua preparazione tecnico-specialistica, alle sue doti personali, alla sua esperienza è in grado di diagnosticare le malattie e di curare i pazienti nel modo migliore o a volte è in grado di svolgere una efficace azione preventiva; ormai si può fare assistenza adeguata ai bisogni solo se si hanno a disposizione attrezzature tecnologicamente avanzate, se esiste il personale capace di far funzionare tali apparecchiature, se si ha l'apporto congiunto di più operatori, se è possibile far seguire a certi trattamenti determinate altre condizioni assistenziali. Lo specialista più bravo può fare molto meno di quanto potrebbe quando non dispone di laboratori attrezzati per esami o per analisi (o quando questi laboratori non funzionano nei tempi e con i ritmi necessari), quando le sale operatorie non possono essere utilizzate perché manca personale medico o non medico specializzato o perché addirittura non possono essere garantiti standard di sicurezza dal punto di vista igienico o della sterilizzazione degli ambienti e degli strumenti, quando non sono disponibili risorse o strumenti per raccogliere ed analizzare dati essenziali per la conoscenza epidemiologica su una certa popolazione e così via.

Creare delle strutture che « non sono responsabili di singole prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ma sono responsabili di gestire nel suo complesso ed in modo unitario una offerta di prestazioni e servizi sanitari capaci di soddisfare il bisogno di salute » significa aumenta-

re la rilevanza delle capacità di « creare le condizioni per poter agire » rispetto alle semplici « capacità di fare certe cose ».

Il medico che ha un proprio gabinetto non ha grossi problemi organizzativi (al massimo problemi di spazio, di sala di attesa, di orario, di segreteria per gli appuntamenti, ecc.).

In un ambulatorio con più medici su cui converge una popolazione più vasta si pongono problemi organizzativi certamente più complessi (eventuali turni per garantire l'apertura in fasce di orario « comode » per gli utenti o per attuare una razionale utilizzazione degli spazi, problemi di come affrontare le « concentrazioni » dell'afflusso, ecc.); se poi si tratta di ambulatori plurispecialistici si hanno problemi di come ottenere l'integrazione, ecc. Incominciano a porsi problemi di tipo economico sui criteri di utilizzo delle strutture, di verifica del consumo di materiali, ecc.

L'esperienza di gestione di ospedali, con una gradualità da quelli con pochi posti letto e con divisioni di base a quelli con migliaia di posti letto e con divisione e/o servizi specialistici dimostra che l'azione dei sanitari perde progressivamente di efficacia quando manca chi si occupi di programmare la presenza del personale, di favorire la sua qualificazione, di coordinare l'azione, di programmare per tempo gli approvvigionamenti, di anticipare certe necessità predisponendo le misure idonee a sopportare l'espansione delle richieste o la modificazione del tipo di patologie più frequenti, di attuare le verifiche ed i controlli necessari per rispettare i tempi di date realizzazioni. Il contributo dato dalle qualità di tipo organizzativo, programmatico, ecc. (in sintesi di tipo direzionale) del personale appare sempre più determinante.

E certamente diventerà ancora più determinante nella U.S.L. le cui complesse funzioni ed i cui complessi meccanismi rischiano di vanificare i vantaggi potenziali della « visione unitaria » dei servizi, dell'intervento in fase di prevenzione o di diagnosi precoce, del possibile minore utilizzo delle forme di assistenza più costose (tema dei filtri e della minore ospedalizzazione). Vanificazione di vantaggi sul piano della qualità dell'assistenza e sul piano economico del costo dell'assistenza.

In Italia si hanno molti medici, qualcuno dice troppi, anche l'altro personale sanitario non è scarso (salvo forse qualche eccezione), semmai si tratta di qualificarlo e di renderlo più professionalizzato; in quanto a conoscenze scientifiche non si è molto arretrati rispetto ad altri Paesi e comunque ai giorni nostri si ha una rapida diffusione su scala mondiale di

tali conoscenze e l'acquisizione può farsi in tempi relativamente brevi; si hanno anche molte persone che negli ospedali, negli enti mutualistici, negli assessorati alla sanità degli Enti Locali, nei consorzi sanitari sono competenti « nella gestione delle carte », nella « quadratura formale dei conti », nell'applicazione delle norme di legge o nella ricerca di tutti i cavilli per poter fare (o non fare) qualcosa, sono poche, invece, le persone che sono in grado di applicare tecniche e metodologie razionali alla gestione delle organizzazioni complesse. L'assunto è molto semplice: se mancheranno, e tutti sono convinti che mancano, veri dirigenti che sappiano combinare le conoscenze del settore sanitario con conoscenze di tipo economico, organizzativo, di programmazione, di rapporti col personale per ottenere un elevato livello di funzionalità degli organismi e delle strutture del S.S.N., molte energie personali e molte risorse economiche saranno disperse. Non saranno certo i dirigenti a « fare la sanità »; il malato va dal medico a farsi curare, va dal tecnico a fare gli esami, ricorre all'infermiere per certe prestazioni infermieristiche, ma se non vi sono buoni dirigenti sarà sempre più probabile che il malato non trovi il medico quando gli serve (o non trovi il medico giusto), debba aspettare giorni (o settimane) per fare le analisi o per avere gli esiti, non trovi il posto in ospedale, ecc.

Un sistema sanitario che vuole estendersi a contenuti sempre più complessi (es. prevenzione), che intende estendersi in modo uniforme a tutta la popolazione, che mira alla globalità nei riguardi del « bisogno di salute » non può costruirsi senza buoni dirigenti. Ma, attenzione, non basta avere persone inquadrare giuridicamente come « dirigenti »! Il mondo reale, la complessità dei fenomeni non si adatta all'inquadramento giuridico ed alle conclusioni di vicende contrattuali più o meno lineari. Non è significativo l'inquadramento normativo contrattuale come « dirigenti », occorrono persone che sappiano effettivamente svolgere funzioni di direzione.

Punto 4. Uno degli elementi che qualifica la capacità manageriale è dato dall'attenzione data alla dimensione economica, non certo per farne criterio guida dell'azione, ma per valutare correttamente le conseguenze di vincolo dato dalla scarsità di risorse rispetto ai bisogni. Il medico ha a che fare con il singolo paziente o con il gruppo di pazienti, generalmente nel momento in cui si manifesta il bisogno; egli ha la responsabilità circa la prevenzione degli eventi morbosi o della cura una volta che malattie o traumi abbiano turbato l'equilibrio fisico di certi individui. In genere la sua responsabilità non gli pone come direttamente rilevante il problema economico. La natura dei risultati, la salute, la vita, sono tali da imporre l'impiego di tutte le risorse che al momento sono disponibili. Il dirigente,

che ha la responsabilità del funzionamento di un sistema di assistenza, vede il problema non in termini individuali, ma collettivi; egli non può trascurare il fatto che le risorse, gli sforzi dedicati al potenziamento dell'ospedale, all'acquisto di una attrezzatura sofisticata, ecc. sono in definitiva sottratti al potenziamento di ambulatori, non consentono di svolgere screenings di massa o screenings mirati, rendono impossibili interventi di controllo delle condizioni ambientali, ecc. La funzione del dirigente si estrinseca in un momento precedente a quello dell'effettivo bisogno, momento in cui la scelta circa il tipo di struttura di offerta che si va a costituire (e quindi il tipo di domanda cui ci si prepara a rispondere) può essere staccata da una diretta personalizzazione e deve quindi tenere conto che le azioni hanno un costo economico e che i risultati ottenibili, anche nel settore della sanità, non hanno valore in assoluto, ma hanno un valore in relazione ai risultati cui si rinuncia precludendo un dato utilizzo di mezzi a scapito di altri.

Ma dirigente è anche colui che non si preoccupa solo di mantenere l'azione nei limiti delle risorse disponibili; dirigente è colui che si sforza continuamente di cambiare le condizioni organizzative e di gestione adattandole ai mutamenti delle condizioni interne ed esterne (dell'ospedale, dell'ambulatorio, dell'U.S.L., ecc.) alla ricerca di modi sempre più efficienti per ottenere quei risultati che gli operatori sanitari dicono essere efficaci per la salvaguardia o il recupero dello stato di salute della popolazione. Chi si preoccupa semplicemente di controllare che non siano superati i limiti di spesa prefissati, chi si accontenta della regolarità formale degli atti non svolge una funzione di tipo direzionale e, mano a mano che le strutture sanitarie accrescono il loro grado di complessità, mostra una incapacità strutturale di risolverne i problemi e non riesce a mantenerle ad un soddisfacente grado di funzionalità. Questo ha indubbiamente riflessi sugli strumenti di cui bisogna dotare qualsiasi sistema per consentire una razionalità di gestione adeguata alla complessità dei problemi di direzione che in esso si hanno; in primo luogo si può fare riferimento agli strumenti contabili collegati ai processi di programmazione e di controllo.

LE AZIONI DA COMPIERE

Se questo è il quadro, si può dire che la nuova sanità non sarà fatta dalle leggi, né dai discorsi e dalle dichiarazioni ma dal cambiamento degli atteggiamenti e dei comportamenti delle persone, specialmente di qualche migliaio di persone in « posizione direzionale » nei presidi complessi (ospedalieri ed extraospedalieri), nelle unità sanitarie, nelle regioni, persone

chiamate a « creare le condizioni perché medici, personale infermieristico, tecnici, ecc. possano lavorare nel migliore modo possibile ».

La loro formazione è una condizione, anzi una precondizione, affinché si attui un sostanziale cambiamento.

Poiché le persone non diventano per legge capaci di fare previsioni, di programmare gli interventi, di controllare la realizzazione, di motivare e di responsabilizzare altri operatori, di perseguire l'efficienza gestionale strumento per una più elevata efficacia socio-sanitaria, si impone un grosso investimento nella formazione.

Ai nostri giorni è abbastanza facile conoscere le realtà più avanzate, è abbastanza agevole sapere come funzionano i servizi in altri Paesi giudicati all'avanguardia: basta fare qualche viaggio all'estero o organizzare un Convegno come questo del C.N.E.L. Ma se queste conoscenze non si diffondono tra gli operatori periferici e, soprattutto, se esse non vengono tradotte in procedure gestionali « applicabili alle differenti situazioni del nostro Paese » si finirà col dare spazio all'improvvisazione o, peggio, alla confusione.

Si parla di contenimento della spesa, ma se a livello delle circa 700/1.000 unità sanitarie locali i responsabili dell'ufficio di direzione o i responsabili di distretto non conosceranno tecniche di valutazione economica degli interventi (esempio analisi costi-benefici) o tecniche per rilevare ed eliminare gli sprechi, l'unico contenimento di spesa possibile sarà quello di ridurre le prestazioni.

Si parla di dare maggiore sviluppo agli interventi di prevenzione e di tutela dell'ambiente, ma se saranno assegnate a queste funzioni persone senza una specifica preparazione si otterranno ben pochi risultati. Si parla di integrazione ospedale-territorio, ma se non verranno applicate a livello periferico tecniche ad hoc di gestione del personale il risultato più probabile sarà quello di mettere in crisi anche l'ospedale dal punto di vista del funzionamento.

Occorre quindi che da iniziative come questa del C.N.E.L. si sviluppino poi iniziative di « formazione finalizzata per i responsabili ai vari livelli del S.S.N. »; iniziative di « corsi per gruppi limitati di operatori » (40-50) in cui, utilizzando metodi di didattica attiva e molto orientati alla « soluzione dei problemi », vi sia un'assistenza diretta a gestire il processo di cambiamento. Solo passando dalla informazione, dalla sensibilizzazione alla creazione di nuove competenze si può realizzare il collegamento tra

l'elaborazione politico-culturale ed il tipo di assistenza sanitaria che il cittadino riceve: diversamente il divario tra i due momenti si accrescerà e « quanto si riesce a fare » sarà sempre più distante da « quanto sarebbe conveniente fare » o da « quanto si promette ».

Nel nostro Paese non mancano certo le idee, le elaborazioni e spesso le nostre leggi sono « all'avanguardia » in quanto a contenuti; l'arretratezza si ha nella fase attuativa quando predominano fattori di tipo organizzativo ed operativo. Ed è su questa fase che si sta arenando, almeno in parte, anche la Riforma Sanitaria. Ed è quindi su questa fase che occorre intervenire chiamando a raccolta le università, i centri e gli istituti specializzati nella formazione, singoli esperti. Le Regioni ed il Ministero, per quanto attiene alle rispettive competenze, dovrebbero dare adeguato supporto e precisa priorità a questo sforzo di formazione, ma devono essere in grado di verificare la professionalità di chi fa formazione per evitare che si « spaccino per formazione semplici rimasticature di astratte teorie staccate dai bisogni operativi ». In poche parole occorre evitare che vi siano solo le « spese di bilancio per la formazione senza avere un'effettiva formazione del personale ». Sarebbe l'ennesimo esempio di spreco.

Dr. GIUSEPPE DE LUCA*: Politica regionale della spesa sanitaria: contenimento e razionalizzazione.

L'incidenza percentuale della spesa per l'assistenza sanitaria sul prodotto interno lordo ha registrato negli ultimi decenni un andamento pressoché costantemente crescente in Italia e nel resto dei Paesi dell'Europa. Questo fatto — è stato detto — ha sempre costituito una grossa preoccupazione per tecnici, politici ed amministratori. Purtroppo l'assistenza sanitaria pubblica resta un aspetto culturalmente confermato ed anzi in continua affermazione.

Le Regioni e le altre autonomie locali in questo stato di cose, vengono a trovarsi in una posizione molto difficile.

Da una parte vi sono i Governi che tendono legittimamente a contenere l'ammontare delle risorse da destinare alla sanità e dall'altra vi sono le strutture sanitarie che abbisognano di ingenti somme per il loro funzionamento.

* Giunta Regionale Lazio - Ufficio di Presidenza.

Dal 1° gennaio 1980 in Italia entrerà in funzione il Servizio Sanitario Nazionale.

Con tale scelta il Paese ha voluto realizzare un sistema tendente ad assicurare adeguati livelli di prestazione a tutti i cittadini e contemporaneamente a contenere e razionalizzare la spesa sanitaria.

Per ottenere risultati soddisfacenti in termini di somme da destinare all'assistenza sanitaria e successivamente per la ripartizione delle stesse a livello regionale non può prescindersi dal considerare alcuni aspetti fondamentali:

- programmazione sanitaria a livello locale, regionale e nazionale;
- conoscenza degli elementi statistico-contabili circa la spesa e le attrezzature ai livelli suddetti e individuazione delle zone di eccessiva spesa;
- determinazione delle quote di spesa relative alle voci non comprimibili e non sopprimibili;
- coinvolgimento nell'azione programmatica ai vari livelli dei partiti, sindacati, categorie mediche, università ecc.;
- tecniche di finanziamento periodico che assicurino la tempestività in corrispondenza di adeguati controlli gestionali nel corso degli esercizi;
- selezione accurata delle nuove assegnazioni nella consapevolezza che investimenti in conto capitale riflettano aumenti della spesa corrente.

Le azioni da svolgere per contenere la spesa, in relazione alle singole assistenze, possono essere così individuate:

— **Medico-generica** — Si deve rilevare il numero dei medici occorrenti in rapporto alla popolazione, effettuando spostamenti degli stessi per mezzo di incentivi economici nelle zone in cui vi è penuria. Occorre limitare l'accesso ai nuovi studenti alla facoltà di medicina inserendo il numero chiuso ed adottare criteri veramente selettivi durante il corso di laurea, cercando di puntare ad una seria e rigorosa preparazione professionale e morale finalizzata alla protezione della salute in corrispondenza ad una più contenuta prescrizione dei farmaci.

— **Assistenza specialistica** — Siamo in presenza di una vera fioritura di nuovi laboratori di analisi. Il numero delle prestazioni di laboratorio, i cui costi sono onerosissimi, cresce in correlazione dei laboratori stessi. Una

attenta vigilanza a livello locale e regionale dovrebbe impedire una crescita smisurata e non giustificata dei laboratori privati. L'esigenza di riequilibrare la presenza dei laboratori e gabinetti diagnostici sul territorio deve essere realizzata eliminando le convenzioni nelle zone in cui vi è pleora di servizi.

— Assistenza farmaceutica — E' stato riscontrato un contenimento dell'uso dei farmaci con l'introduzione del ticket. Tale andamento potrebbe essere ulteriormente accentuato con una adeguata educazione sanitaria nelle scuole, nei luoghi di lavoro, nei gruppi, a livello individuale, in modo da mettere in guardia i cittadini dai pericoli derivanti da un uso smodato di farmaci. Una maggior presenza di farmacie comunali sul territorio potrebbe costituire il proseguimento di una politica di contenimento della spesa.

— Assistenza ospedaliera — Il settore assorbe circa il 60% della spesa globale per l'assistenza sanitaria ed è motivo di grossa preoccupazione. Le spese nel personale rappresentano circa il 65% del costo ospedaliero e la percentuale è in costante aumento.

Le variabili su cui è possibile operare per contenere la spesa ospedaliera possono essere individuate nelle seguenti:

— il numero dei posti letto; riduzione dei posti letto nelle aree in cui sono in sovrabbondanza o in cui l'utilizzazione è impropria adottando una politica di trasformazione delle strutture esistenti nei centri sociali alternativi;

— la durata media di degenza che in alcune aree supera abbondantemente le 9-10 giornate ritenute generalmente ottimali;

— la frequenza di ricovero che risulta tuttora crescente;

— il tasso di occupazione dei posti letto che in alcuni ospedali, come a Roma, supera ancora il 100% ed in altri è inferiore ai livelli ottimali riducendone la razionale utilizzazione;

— eccesso di personale amministrativo e generico e carenza di paramedici specializzati e tecnici;

— ordinamenti amministrativi e di contabilità vecchi e obsoleti;

— potenziamento dei servizi diagnostici (radiologia e laboratorio di analisi) incentivandone la produzione con ampliamento dei turni; effettuazione delle analisi prima del ricovero; utilizzazione di esami praticati in strutture esterne;

— graduale riduzione delle case di cura private, anche non convenzionate, situate — come a Roma — a ridosso degli ospedali autorizzandone e incentivandone la riconversione in centri di altra natura sociale.

Per l'assistenza ospedaliera che come è noto è passata alle Regioni dal 1975, mi sia consentito fare una breve considerazione. Essa ha registrato aumenti di spesa sempre crescenti, superiori all'incremento del P.N.L. e alle altre forme di assistenza. Al riguardo sembra opportuno osservare che dal 1975, con l'avvento delle Regioni, i tassi di accrescimento hanno registrato una netta flessione, talché in alcuni anni gli aumenti di spesa hanno seguito parallelamente l'indice dell'aumento generale dei prezzi.

L'incidenza della spesa per l'assistenza sanitaria sul prodotto interno lordo è risultata in effetti crescente fino all'anno 1974 e lievemente decrescente dal 1975 in poi.

Non ci si vuole ovviamente abbandonare a facili ottimismo, ma tale fatto rappresenta per le Regioni un punto a favore e la motivazione ad operare per l'avvenire con sempre maggiore oculatezza ed accortezza.

In questa delicata fase di transizione, le Regioni avvertono elementi di grossa preoccupazione circa le procedure adottate per la valutazione delle risorse occorrenti per l'assistenza sanitaria e per ciò che riguarda i parametri di ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale.

Fermo restando il rigore con cui la valutazione del Fondo deve essere effettuata, non si può prescindere dalle effettive necessità delle risorse occorrenti a ciascuna Regione per poter operare. Si ritiene necessaria, al proposito, una stretta e costante collaborazione tra Governo e Regioni sia per quanto riguarda i dati di spesa presi a base per la valutazione delle risorse globali, sia per quanto riguarda i coefficienti assunti per le proiezioni e le ripartizioni regionali.

E' da tenere inoltre presente che un riequilibrio tra le Regioni dell'assistenza e della spesa è impensabile nel breve periodo. L'ospedaliera ad esempio, trasferita da ormai quasi cinque anni alle Regioni, non ha registrato in effetti un sostanziale riequilibrio territoriale sebbene il piano di ripartizione del Fondo Nazionale Ospedaliero prevedesse già dei meccanismi per un graduale aggiustamento del preesistente. Non bisogna dimenticare le lungaggini burocratiche ed amministrative che, normalmente, comportano periodi decennali per la costruzione di un ospedale.

Un altro elemento fondamentale di cui è necessario tenere conto nella costruzione dei parametri di ripartizione del Fondo Nazionale Sanitario è quello dell'emigrazione sanitaria che investe soprattutto le regioni del Sud.

Da un'indagine a campione condotta qualche anno fa dal sottoscritto, è risultato, ad esempio, che le divisioni specialistiche degli ospedali romani erano occupate in buona parte da pazienti di altre regioni nelle seguenti misure:

òculistica	28% dei casi di ricovero;
cardiologia	28% dei casi di ricovero;
neurologia	22% dei casi di ricovero;
urologia	20% dei casi di ricovero;
chirurgia plastica	18% dei casi di ricovero.

Per l'oncologia in alcuni poli specialistici romani la presenza di ricoverati non laziali ha superato il 60% dei casi.

In tale quadro è indispensabile prevedere l'introduzione di meccanismi compensativi che tengano conto dei costi medi per la giornata di ricovero, diversificati per tipo di intervento. Solo in questo modo è possibile assicurare l'equilibrio gestionale ed economico delle Regioni.

L'attuazione di una riforma così importante come quella sanitaria — la più importante del dopo guerra — dovrà essere realizzata con l'intento di non mettere in difficoltà le Regioni soprattutto in questo momento in cui il cittadino non nutre molta fiducia nella struttura pubblica.

Dr. RENATO NUCCIO*: La riforma sanitaria: un breve cenno sull'attuale situazione in Sicilia.

La Regione Sicilia si trova in una delicata fase del processo di attuazione della riforma. Cioè quella che vede l'attuazione di una serie di provvedimenti legislativi calati in una realtà socio-sanitaria difficile e contraddittoria.

L'elaborazione delle varie proposte, relative al piano socio-sanitario regionale, sono state precedute da una fase di studio e di analisi che ha

* Consulente economico Presidenza Regione Sicilia.

consentito con una certa approssimazione, la raccolta di dati ed informazioni indispensabili a formulare alcune ipotesi di piano.

Per l'approfondimento di tale problematica è stato costituito un Comitato Regionale di programmazione socio-sanitario che ha condotto uno studio approfondito per le scelte di indirizzo fondamentale. Si è giunti così all'elaborazione di alcune indicazioni programmatiche che, raccolte in un documento di base, sono state diffuse in oltre diecimila esemplari in tutti i presidi sociali ed istituzionali dell'isola.

E' così iniziata un'interessante fase di verifica che ha visto il Governo farsi promotore di una serie di conferenze sanitarie, il cui obiettivo era quello di conoscere esigenze, bisogni ed aspettative dell'utenza sanitaria.

Questa articolazione della raccolta delle indicazioni ha facilitato la messa a punto di una ipotesi programmatica estremamente flessibile la cui validità sarà verificata nel confronto con i bisogni e con i problemi reali di ciascuna zona del territorio regionale.

La metodologia adottata è stata quella di impostare un programma a dimensione socio-territoriale, creato nelle diverse realtà socio-sanitarie emerse dai confronti dialettici con l'utenza sanitaria e con gli operatori del settore.

I documenti relativi a questo processo di raccolta di opinioni, dati e informazioni dalle diverse fonti sono state accuratamente esaminati al fine di verificare la compatibilità tecnico-funzionale delle diverse istanze proposte.

Tutto il materiale raccolto ed acquisito agli atti è stato condensato in un volume divulgato in tutti gli ambienti sanitari della Sicilia; sulle proposte di piano si è svolto ed ancora si sta svolgendo il dibattito all'Assemblea regionale.

In linea con i più recenti orientamenti il piano prevede un intervento articolato in tre tempi:

- preventivo;
- curativo;
- riabilitativo.

Le strutture devono essere quindi tra loro complementari al fine di dare un equilibrio alle tre funzioni di cui soltanto quello curativo è considerato prevalente nell'attuale sistema sanitario.

Da ciò la necessità di predisporre in maniera adeguata il presidio sanitario idoneo a rispondere alle funzioni sopra descritte.

Il modello organizzativo considerato parte da una unità territoriale: la U.S.L. che ha l'onere della gestione e del coordinamento dell'attività socio-sanitaria nel territorio assegnato.

Nella ripartizione territoriale prevista sono individuate 50 U.S.L. con approvazione dell'Assemblea regionale, con possibilità di modifica degli ambiti territoriali ad un anno dalla promulgazione della legge.

L'U.S.L. è quindi un aggregato di servizi ed attrezzature sanitarie e parasanitarie con competenza generale dell'area della « Salute » in una logica di comprensori intercomunali, che possano gestire il loro territorio in maniera organica ed adeguata alle loro reali esigenze.

Quindi l'U.S.L. configurandosi come uno strumento di partecipazione del cittadino alla cosa pubblica ha una dimensione tale da consentirne il funzionamento adeguato e non soltanto per densità di popolazione (100.000 ab. x U.S.L. media) ma anche per condizioni geografiche-sociali-varie-ecc.

All'interno delle U.S.L. saranno istituiti i distretti socio-sanitari che avranno mediamente una competenza su nuclei di popolazione oscillanti fra 10.000 e 20.000 abitanti.

In casi di particolari realtà geografiche saranno previsti dei presidi sanitari, come unità elementari con competenza estremamente limitata.

L'esame approfondito delle realtà esistenti ha consentito la determinazione di una graduazione degli interventi per evitare dispersioni e squilibri nel territorio. In sostanza si interverrà da un lato con l'istituzione delle strutture operative ed amministrative della riforma, dall'altro con una azione politica di più ampio respiro che impegni l'ambiente, il territorio, le strutture socio-politiche e le risorse umane e professionali del settore.

E' questa un'azione estremamente complessa per la quale si sta mobilitando un interesse congiunto di tutte le forze sociali e politiche; ne sono testimonianza gli innumerevoli dibattiti, incontri, proposte che a tutti i livelli hanno consentito la partecipazione di tutti i cittadini a questa trasformazione che tutti li interessa.

Prof. ALDO PIPERNO*: Il significato della riforma dell'organizzazione sanitaria, della programmazione e del contenimento della spesa sotto il profilo sociologico. Prime riflessioni.

L'oggetto della presente comunicazione consiste in un'analisi critica dei modelli di utilizzazione dei servizi sanitari e in una illustrazione di alcune considerazioni, di carattere sociologico, che da quella analisi discendono, in ordine al significato della riforma dell'organizzazione sanitaria, del metodo della programmazione e del contenimento della spesa.

Per evitare di illustrare considerazioni squisitamente teoriche, ritengo opportuno commentare strada facendo i risultati di alcune analisi esplorative da me condotte in passato con la collaborazione di altri colleghi, nonché i risultati di studi realizzati all'estero.

Non è stato possibile sintetizzare, in questa sede, in poche tabelle tutti i dati citati che fanno parte di un vasto « file » di ricerche esplorative, condotte in vista di indagini più ampie nel settore. Il lettore può comunque rivolgersi all'autore per ottenere i dati necessari.

La prima analisi riguarda la valutazione critica delle diagnosi di ospedalizzazione da parte di un « panel » di medici di varia composizione. La valutazione critica riguardava la « proprietà » sia dell'ammissione in ospedale che della durata della degenza. Operativamente, la valutazione è stata condotta:

— stabilendo, dapprima, criteri di proprietà; tra questi: il tipo e la gravità della diagnosi; il tipo di trattamento medico e/o chirurgico richiesto; il tipo di esami diagnostici richiesti sotto il profilo della complessità strumentale e del tipo di utente.

— Valutando, poi, in base a questi criteri e facendo ricorso all'esperienza del servizio posseduta da ogni membro del panel, se l'ammissione in ospedale e la sua durata lasciavano più o meno dubbi sulla proprietà sotto il profilo clinico. In caso positivo la diagnosi veniva valutata « necessaria », altrimenti veniva classificata in due gruppi: « presumibilmente necessaria » o « dubbia ».

La realizzazione di questa analisi condotta sui dati INAM 1974 ha dato sorprendenti risultati: il 39,4% di tutte le diagnosi, il 47,3% dei

* Dell'Istituto di Sociologia dell'Università di Salerno.

ricoveri e il 47,5% delle giornate di degenza possono essere considerate alla luce dei criteri suesposti, sotto la voce « ospedalizzazione dubbia ».

Altre diagnosi pari al 14%; 12,7% e 14,2% sono classificabili sotto la voce « ospedalizzazione presumibilmente necessaria ». Nel complesso, circa il 60% dell'ospedalizzazione risulta in qualche modo dubbia circa la proprietà dell'ammissione e della durata della degenza. Giova segnalare, che questi risultati provenienti da analisi esplorative, non sono molto lontani da quelli ottenuti in analoghe indagini estere, ad esempio quella condotta da Loudon in Inghilterra nel 1970.

Un secondo esercizio è consistito nel mettere in ordine gerarchico, secondo il numero delle giornate di degenza, le varie diagnosi della classificazione dell'INAM. Da questo esercizio emerge che il 12% di tutte le diagnosi, pari a 35 su 278, assorbe il 60% circa di tutta la ospedalizzazione. Queste 35 diagnosi, inoltre, sono riducibili a poco più di 20, in quanto alcune appartengono a una medesima classe più generale (ad esempio bronchite cronica e acuta, ecc.). Circa il 67% di queste diagnosi, 25 su 35, sono classificabili sotto la voce « dubbia » o « presumibilmente necessaria », in base all'analisi precedentemente citata.

Una terza analisi ha riguardato il confronto, per le prime dieci diagnosi tra le 35 suddette, tra il numero dei casi di ricovero e le zone territoriali del Paese. Alcuni risultati interessanti sono: i casi di ricovero per tumore dell'utero sono più che doppi in Italia settentrionale rispetto all'Italia meridionale e insulare (0,20% vs. 0,09%); i casi di tonsillite acuta ricoverati in Italia meridionale (1,13% assicurati) superano del 30% quelli dell'Italia settentrionale (0,84%), mentre quelli di tonsillite cronica (4,28%) sono superiori in Italia settentrionale del 25% rispetto all'Italia meridionale e insulare (3,70%); i casi di colicestite e angiolite sono inferiori del 20% circa in Italia settentrionale rispetto all'Italia meridionale (0,94% vs. 1,13%); i casi di appendicite acuta e appendicite senza indicazione sono nettamente inferiori in Italia meridionale e insulare rispetto all'Italia settentrionale (1,55%; 2,74% vs., 2,50% e 3,49%). Anche per quanto riguarda la durata delle degenze si nota questa diversificazione di carattere territoriale.

Qual'è il significato di questa variabilità? Qual'è l'interpretazione, per così dire, più probabile in vista anche dell'appartenenza delle diagnosi suddette per la maggior parte alla categoria delle « dubbie » e « presumibilmente necessarie ». Due sembrano le alternative:

— o esistono nelle varie zone territoriali cause di ordine epidemio-
logico cui è da attribuirsi la maggiore o minore presenza di malattia che, a
sua volta, produrrebbe tassi differenziati di ospedalizzazione;

— oppure, i tassi differenziati di ospedalizzazione non riflettono una
diversità epidemio-
logica, ma sono i risultati di altri tipi di cause che
operano in modo diverso nelle tre zone territoriali.

E' evidente che la prima interpretazione è, per così dire, « giustifica-
zionista » della variabilità osservata riconducendola ad una causa « obiet-
tiva », la seconda tende invece a vedere nella variabilità osservata, l'esi-
stenza di una « improprietà » nel processo di gestione delle malattie.
Improprietà che per l'appunto ha condotto all'ammissione in ospedale o ad
un allungamento o accorciamento ingiustificato della durata della degenza.

La letteratura appartenente alle scienze sociali favorisce senza ombra
di dubbio la seconda interpretazione. In particolar modo gli economisti
sono stati tra i primi a mettere in evidenza il rapporto intercorrente tra il
numero dei posti letto e quello dei ricoveri. Importanti a riguardo sono le
analisi di Feldstein sul Servizio Sanitario inglese (M. Feldstein. *Economic
Analysis for health service efficiency*, North Holland, 1967) ed una,
recente, promossa in Italia dall'ISPE (*La spesa sanitaria in Italia dal 1964
al 1977*). In quest'ultima, la correlazione tra posti letto e ricoveri era quasi
perfetta (0,96) per i dati del 1974.

Il pregio dell'analisi economica sta nel rilevare l'impatto dell'offerta
sulla domanda e, quindi, della variabilità dell'offerta sulla variabilità della
domanda. L'analisi va però completata, è necessario investigare quali aspet-
ti dell'offerta determinano quelli della domanda. In altri termini, è op-
portuno porsi, dopo aver studiato il rapporto unicamente quantitativo
tra offerta e domanda messo in luce dall'analisi economica, alcuni
quesiti intorno alla natura dell'offerta. Cioè quali configurazioni dell'offer-
ta rispetto ad altre spiegano il fenomeno della variabilità della domanda, e
poi, come la stessa tipologia della domanda svolge un'azione di feedback
sull'offerta medesima. Per rispondere a questi ulteriori quesiti vengono in
aiuto soprattutto discipline attinenti alla sociologia della medicina, dell'or-
ganizzazione, delle professioni e della scienza.

Le considerazioni si fanno troppo teoriche; torniamo ai dati.

Confrontando i tassi di ricovero nelle divisioni di medicina e chirurgia
secondo le zone territoriali si nota che:

— in primo luogo, la probabilità di essere ammessi in una divisione di chirurgia è superiore del 7% circa in Italia meridionale e insulare rispetto all'Italia centrale e settentrionale (45,1% vs. 38,4% e 39,1%);

— in secondo luogo, le ammissioni in chirurgia sono superiori a quelle in medicina in Italia meridionale (29,1% vs. 23,8%), mentre il rapporto è inverso in Italia centrale e settentrionale, cioè: le ammissioni in chirurgia sono minori di quelle in medicina (19,3% vs. 21,4% e 10,8% vs. 54,8%).

Tale maggior livello di ospedalizzazione in chirurgia non corrisponde ad una maggior offerta di posti-letto chirurgici, come conseguirebbe da un'applicazione meccanica dell'ipotesi economica concernente il rapporto offerta/domanda. In Italia meridionale, infatti, il numero dei posti-letto chirurgici è addirittura inferiore rispetto a quello dell'Italia settentrionale (10,1% vs. 12,1%). E' probabile che questa sia l'eccezione che confermi la regola; ciò nonostante si può legittimamente ipotizzare che altri fattori — oltre a quelli di natura squisitamente quantitativa concernente il numero dei posti-letto — influenzano nella direzione osservata il fenomeno dell'ospedalizzazione differenziale in medicina e chirurgia per zone territoriali. In base ad una ricognizione della letteratura, si può dire che la maggior parte dei fattori può essere ricondotta ad una unica voce denominata « prassi medica », cioè al comportamento, al costume diagnostico-terapeutico vigente nel sistema, cioè tra gli operatori che nel caso in esame dimostrano una vera e propria propensione ad ospedalizzare in una divisione piuttosto che in un'altra, a dispetto della minore disponibilità, in chirurgia, dei posti-letto. E' inoltre ipotizzabile che tale propensione trovi supporto in altri fattori di natura organizzativa, ad es. quelli inerenti i servizi extra-ospedalieri, e quelli relativi alla prassi medica degli operatori extraospedalieri, quali il medico generico.

Questi ultimi dati dovrebbero illustrare cosa si intendeva prima con l'affermazione che, mentre il primo passo dell'analisi, è quello di comprendere come il livello dell'offerta influenzi quello della domanda, il secondo passo è quello di verificare se, come, quando ciò si ripete — ed abbiamo visto che nel caso della chirurgia non si ripete, almeno alla luce di pochi e provvisori dati — e, individuare, quali forze, cause, fattori, variabili fanno sì che in concreto si osservi quella relazione tra offerta e domanda; nel nostro caso, si è visto che « prassi medica » ed « organizzazione » sono legittime ipotesi esplicative del fenomeno.

A suffragare l'ipotesi che sono la « prassi medica » e l'« organizzazione » ad influire sul tasso di utilizzazione dei servizi è sufficiente considerare la ripartizione della degenza per alcune diagnosi di ospedalizzazione secondo periodi di varia durata (INAM, 1974). Ad esempio, degenze inferiori a due e cinque giorni assommano al 16% e 8%; 6% 8% e 10% circa, dell'ospedalizzazione per bronchite acuta e cronica, litiasi biliare, colecistite e altre malattie della colecisti e delle vie biliari; il 15% dei casi di ricovero per ulcera duodenale è ospedalizzato oltre i 30 giorni rispetto a una durata media di 20 giorni circa. E' probabile che tale variabilità dei periodi di degenza sia in parte dovuta a fattori « obiettivi », quali l'età del paziente, la gravità della malattia, ma è altrettanto probabile che l'esistenza di un'elevata percentuale di casi caratterizzati da una durata di degenza troppo breve (2 giorni) o troppo lunga (oltre i 20 giorni) rispetto alla media indichi l'esistenza di uno stile, per così dire, nell'esercizio della medicina o di assetti organizzativi « più » o « meno » funzionali rispetto alla situazione media, cui è da ricondurre una quota almeno nei casi ospedalieri. Come già messo in evidenza, l'influenza di tali variabili extramediche può a sua volta nascondere una fenomenologia di utilizzo « non proprio » del servizio sanitario.

Qualora a questi dati si aggiungano altre segnalazioni presenti in letteratura si può giungere alla conclusione che la prassi medica è perlomeno estremamente relativizzata e culturalizzata. Giova citare a questo riguardo uno studio condotto in USA dal National Center for Health Statistics. In questo studio, i tassi di operazioni chirurgiche per zone territoriali raggiungono variazioni del 30%; sei delle procedure chirurgiche più comuni, arrivano fino ad una variabilità del 50%. Tale variabilità sembra sussistere sia tra paesi aventi assetti organizzativi diversi che tra paesi simili sul piano organizzativo; esiste pure, all'interno di zone di uno stesso paese, e financo di una stessa città, che pur sono omogenee sul piano dell'organizzazione sanitaria. Gli studi esteri su cui queste considerazioni riposano, riguardano i seguenti fenomeni:

— la chirurgia coronarica è effettuata in media 36 volte di più in USA che in Svezia (Neuhauser D. « Managerial Response to new health care technology » in *The Management of health care*, W. Abernaty e As. Sheldon, Ballinger, 1974;

— la durata media delle degenze per parto è di 8, 2 giorni in Finlandia e di 13, 4 in Olanda, nonostante che i due paesi mostrano un medesimo tasso di mortalità prenatale e infantile. Inoltre, il tasso di mortalità delle madri è più basso in Finlandia che in Olanda (F. Lacroni-

que) « Cross-sectional international analysis of the consumption of short-term medical care ». Unpublished PH. D. dissertation MIT, 1974;

— un bambino residente nel Rutlandshire è soggetto ad una operazione per tonsillite ed adenoidi 19 volte di più, in paragone ad un bambino « simile » residente nella zona di Cambridge (General Register, 1974). Pearson R. et al. « Hospital Caseloads in Liverpool... » in Lancet, vol. 2 pag. 559, 1968;

— il tasso di operazioni chirurgiche è nella località di Boxhill 27 volte superiore a quello del Nothern Birkenhed (General Register of statistic Review, 1953).

Qual'è il significato complessivo di questi dati? Quali implicazioni sono da trarsi rispetto all'enfasi sul nuovo assetto organizzativo prospettato dalla riforma, nonché rispetto al metodo di programmazione e all'obiettivo di contenimento della spesa?

L'implicazione principale sembra la seguente: la pratica medica non è esclusivamente determinata dalla scienza medica, ossia l'Operatore (1) non è in qualsiasi luogo e tempo un traduttore passivo di quanto si va sviluppando nella scienza medica. Egli è un Mediatore e nell'opera di intermediazione entrano in gioco tutti i fattori riconducibili ai caratteri sociali e professionali dell'Operatore medesimo, dell'Organizzazione preesistente nonché dell'Utenza. L'esercizio della medicina, cioè la scienza medica applicata, avviene in un contesto sociale, politico e culturale che sembra più « importante » rispetto ad una epidermiologia « obiettiva »; anzi, una epidermiologia « obiettiva » è forse inesistente, in quanto quella osservata è influenzata, e dipende in ultima istanza dalle capacità di osservazione, del sistema medesimo. Tali considerazioni sono suffragate dalla seguente considerazione: la programmazione ed il controllo dei costi, che abbisognano, per poter essere praticati, di stabilire rapporti di corrispondenza tra risorse utilizzate (inputs) e risultati ottenuti (outputs), trovano un limite, proprio in quanto nel settore sanitario e sociale è problematico proprio quel rapporto di corrispondenza, di causa ed effetto, tra input e output.

La problematica scaturisce dal fatto che nella gestione del sistema (anzi direi dalla fase di formulazione della cosiddetta « policy » fino alla realizzazione del programma) agiscono una miriade di fattori che si muovono su scale temporali e contesti diversificati. Alcuni fattori sono addirittura

(1) Operatore con la « O » maiuscola, significa il complesso degli operatori.

esogeni al sistema sanitario (ad es. la tecnologia che in medicina e soprattutto un by-product dello sviluppo che avviene nel settore militare e della ricerca spaziale); altri, anche se endogeni, sono controllabili in lunghi periodi in quanto investono la cultura degli operatori; altri ancora sono indeterminati e riguardano la dinamica politica dei gruppi sociali che agiscono all'interno e all'esterno del settore sanitario.

Queste considerazioni non sono pessimistiche ma, ponendo in evidenza le varie contraddizioni e peculiarità del settore, servono a stimolare un discorso critico sugli strumenti che oggi la riforma sanitaria vuole creare per la modificazione del sistema.

*

* *

Dr. VINCENZO BORRUSO*: Un nuovo modello per i servizi sanitari.

Si potrebbe dire che, finora, i servizi sanitari in Italia siano cresciuti secondo un modello non-modello, secondo quanto vi è stato di disponibile nella tradizione e secondo quanto è riuscito a produrre la pressione delle categorie sanitarie, dell'industria farmaceutica e delle attrezzature sanitarie, la pressione delle popolazioni sollecitate, in un circolo vizioso, ad una richiesta di complessi livelli di salute più da fenomeni consumistici che di reali necessità.

La casualità, dunque, sembra sia stata alla base di un modello di crescita che, se ha avuto momenti di programmazione, li ha registrati nell'ambito del profitto mercantile più che nell'ambito di una effettiva difesa e promozione della salute individuale e collettiva. La consapevolezza di tutto ciò, patrimonio di poche coscienze critiche fino a pochi anni fa, oggi si è fatta generale, al punto da avere ispirato la valutazione preliminare alla proposta di piano sanitario nazionale:

« Negli ultimi dieci anni il tasso di aumento delle spese nel settore sanitario ha superato costantemente il tasso di crescita del prodotto interno lordo.

* Assessorato alla Sanità della Regione Sicilia.

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

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

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

Sotto l'aspetto economico, la moltiplicazione dei centri di decisione e di spesa, al di fuori di ogni effettivo coordinamento, ha generato sprechi, ha alimentato la dispersione delle risorse, ed ha provocato crescenti disavanzi di gestione » (1).

Si può ritenere che l'unico modello programmatico esistente in Sicilia, ad esempio, rimonti al XVI-XVII secolo quando l'ordine dei Cappuccini decise di creare nella nostra isola una rete di conventi capaci di offrire tre servizi fondamentali alla popolazione: il ricetto dei pellegrini, la cura dei malati indigenti, la mummificazione dei cadaveri.

Tale modello ha resistito ai secoli ed è su di esso che l'Assemblea regionale ha adattato la legge istitutiva delle unità ospedaliere-circoscrizionali del 1949: ancor oggi la gran parte degli ospedali di zona è materialmente alloggiata in vecchi conventi dei Cappuccini riadattati ma non tanto da non poterne scoprire l'originaria destinazione.

Per il resto, una apparente casualità ha guidato lo sviluppo dei servizi sanitari e il crescere della classe medica, entrambe funzioni di un concetto della medicina privatistica, ieri a livello di singolo operatore, oggi a livello di categoria di operatori.

Sono cresciuti esclusivamente i servizi di diagnosi e cura, è cresciuto, smisuratamente, il numero dei medici dando al settore del lavoro sanitario un aspetto anomalo. Infatti, mentre registriamo già una disoccupazione medica, non riusciamo a coprire i posti in organico per infermieri professionali e tecnici disponibili negli ospedali siciliani.

(1) Proposta di Piano Sanitario Nazionale, parte I, elaborato dal Comitato scientifico per la programmazione sanitaria nazionale e dall'Ufficio centrale della programmazione sanitaria.

Reparti di terapie ad alta qualificazione (dialisi, unità coronariche intensive, ecc.) si avvalgono frequentemente di tecnici formati « sul campo » ma che, ufficialmente e per i libri-paga degli ospedali, continuano ad essere registrati come generici e financo come inservienti.

Una proposta di piano non può che contenere un modello di sviluppo diverso da quello che finora ha dominato il campo, un modello che ribalti il punto di vista tradizionale dei problemi sanitari, o meglio, dei problemi socio-sanitari.

« La consapevolezza del significato sociale dei problemi della salute — che costituisce oggi la motivazione dominante dell'intervento sanitario — rappresenta un'acquisizione abbastanza recente. Per lungo tempo infatti quello della difesa della salute è stato ritenuto un problema da risolvere nella sfera degli interessi privati, mediante regole di comportamento individualistiche e nel rapporto tra medico e paziente gelosamente previsto ed instaurato soltanto nel momento in cui l'esposizione al rischio ha già determinato la malattia manifestata ».

« Il primo superamento di tale concezione individualistica del problema sanitario si ha con la costituzione delle associazioni di mutuo soccorso: l'imprevedibilità della malattia, la consapevolezza dei gravi disagi che ad essi di norma si accompagnavano per chi era colpito e per le proprie famiglie soprattutto se appartenente ai ceti meno abbienti, hanno favorito il sorgere di associazioni volontaristiche, di norma tra lavoratori di una stessa categoria caratterizzate dalla reciproca solidarietà. Su queste basi si è successivamente sviluppata la mutualità obbligatoria » (1).

Dalla proposta di piano della Regione Basilicata possiamo ancora condividere l'analisi di quanto ha portato ad un nuovo modello dell'intervento e dei servizi sanitari che supera la vecchia concezione della sanità pubblica e privata per la considerazione dei seguenti punti:

— « l'emergenza o la messa in evidenza di fattori di rischio nei confronti dei quali il singolo individuo (anche con il supporto della categoria di appartenenza) è assolutamente incapace di difesa, e che richiedono invece forme di intervento coinvolgenti tutta la comunità;

— lo sviluppo tecnologico che comporta l'uso di tecniche e la realizzazione di interventi in condizioni organizzative ed a costi che trascendono,

(1) Un nuovo modello per i servizi socio-sanitari, Regione Basilicata, Dipartimento sicurezza sociale, Potenza, 1977, pag. 3.

nella grande maggioranza dei casi, le disponibilità dei singoli individui in stato di bisogno;

— l'esigenza tecnica — derivante in parte dai fattori su citati — di operare in misura sempre maggiore mediante servizi, strutture, collaborazioni inter-disciplinari, piuttosto che attraverso l'attività del singolo medico ».

La riflessione su questi tre punti conduce ad un approfondimento che chiarisce i motivi della crisi attuale dell'organizzazione medica tradizionale e le linee direttrici lungo le quali muoversi per un nuovo modello sanitario o socio-sanitario.

La proposta di piano approntato nel 1977 dall'Assessorato Sanità della Regione Siciliana porta in chiare lettere l'aggettivo « socio-sanitario » ed esso viene giustificato dalla premessa nella quale è detto:

« Quello della tutela e promozione della salute è, infatti, uno dei diritti fondamentali della collettività che deve essere fornito sia attraverso un adeguato sistema di servizi sanitari e sociali, interposti in un sistema socio-sanitario, sia attraverso una loro gestione pubblica assieme agli altri servizi presenti sul territorio.

In sostanza è necessario proiettare l'obiettivo della tutela della salute in quello più generale dello sviluppo economico e sociale, considerando la gestione della salute come uno dei momenti della gestione complessiva del territorio » (1).

D'altro canto, non avrebbe potuto essere detto diversamente poiché nel determinismo di qualsiasi tipo di patologia individuale e collettiva il gioco dei vari fattori (costituzionali, ambientali, culturali, ecc.: in definitiva sociali) è compresente ed obbliga ad inserire le iniziative, soprattutto di prevenzione, per la difesa e promozione della salute nel più vasto contesto della problematica sociale.

« Le ricerche condotte al riguardo hanno messo in evidenza in maniera incontrovertibile come le condizioni sociali influiscano direttamente sullo stato sanitario della popolazione e, per converso, come non esista problema sanitario che non abbia riflessi sulle condizioni sociali della

(1) Proposta di piano socio-sanitario regionale, Regione Siciliana, Ass. Sanità, Palermo, 1977, pag. 13.

popolazione. Bisogna quindi negare l'esistenza di uno spazio della medicina sociale, perché "tutta" la medicina è sociale » (1).

Il sociale, dunque, che dovrebbe essere indistinto dal sanitario, comincia ad essere strategicamente separato o perché è venuto il momento di dare realizzazione ad acquisizioni culturali che precisi interessi mercantili vorrebbero mantenere confinati nel « culturale » o, che è lo stesso, perché i cosiddetti servizi sociali o socio-assistenziali (asili nido, servizi per handicappati, per anziani, per malati di mente, consultori, ecc.) rischiano di non potere essere più colonizzati dalle discipline mediche operanti nell'ambito dell'attività di diagnosi e cura (2).

Per le quali discipline, le uniche che consentano margini di profitto, « il sociale non ha autonomia e non ha voce, si spegne nel tecnicismo o giuridico o medico, con conseguente mancata risposta a precisi bisogni individuali e di gruppo, con impoverimento per tutta la collettività e avvio di processi di disgregazione » (3).

Tuttavia, se è caduto l'aggettivo, addirittura anche nel piano triennale nazionale, il « sociale » è organicamente presente nella programmazione sanitaria nazionale, come sarà presente in quelle regionali, oltre che nei progetti-obiettivo (lotta alla mortalità infantile e tutela della salute delle persone in età evolutiva; tutela della salute delle persone anziane; tutela della salute dei lavoratori nell'ambiente di lavoro), anche nella definizione di un sistema di indicatori socio-sanitari per il controllo di attuazione del piano.

In particolare, viene ammesso che « per la costituzione di un sistema di indicatori socio-sanitari,...., è necessario far riferimento ad un modello nel quale il servizio sanitario sia assimilato ad un sistema produttivo, interagente col più ampio sistema sociale di cui rappresenta un segmento » (4).

Un nuovo modello sanitario non può che puntare sulla partecipazione popolare.

(1) Un nuovo modello per i servizi socio-sanitari, Regione Basilicata, op. cit., pag. 7.

(2) Vedi C. Coppola, Problemi e contraddizioni nei servizi sociali, in « Quale salute », 2, 1977.

(3) Ivi, pag. 27.

(4) Proposta di piano sanitario nazionale, parte II, punto 10.

Ormai acquisita alla coscienza degli operatori più accorti e dei cittadini più vigili, la partecipazione alla programmazione e alla gestione dei servizi sanitari e sociali viene ritenuta indispensabile sia per dare risposte più dirette ed adeguate ai bisogni sanitari primari e indispensabili, sia per impedire che fenomeni autoritari e di degenerazione burocratica continuino a caratterizzare i servizi socio-sanitari i quali, nel nostro paese, sembrano giustificati per quello che danno agli operatori più che per quanto riescano a realizzare nella società: il servizio fine a se stesso, dove i compiti istituzionali e l'utenza sono aspetti secondari e non graditi del lavoro.

Ma questa partecipazione, già riconosciuta necessaria dalla legge 405/75 istitutiva dei consultori familiari (comitato di gestione), voluta come « la più ampia » dall'art. 13 della legge 833, che istituisce il servizio sanitario nazionale, in che modo deve esplicitarsi, quale effettiva incidenza potrà avere?

E' stata notata la genericità del dettato della legge che, tra l'altro, « sovrappone funzioni di gestione sociale e funzioni di controllo » (1) e viene ipotizzata la necessità di normative regionali che precisino contenuti e forme di questa « ampia partecipazione » dei cittadini « a tutte le fasi della programmazione dell'attività delle unità sanitarie locali e alla gestione sociale dei servizi sanitari, nonché al controllo della loro funzionalità e rispondenza alle finalità del servizio sanitario nazionale e agli obiettivi dei piani sanitari triennali delle regioni ».

Nella genericità, tuttavia, sono previste alcune linee fondamentali che vanno certamente sviluppate nelle normative regionali.

La Regione Umbria, ad esempio, si rifà alla relazione del disegno di legge della Commissione Sanità del Senato per individuare nel distretto il luogo e l'occasione per un costruttivo rapporto tra popolazione e operatori « in vista dell'apporto più immediato della partecipazione popolare ». E così, l'art. 27 del d.d.l. sull'organizzazione del Servizio Sanitario Regionale dice:

« Al fine di assicurare la partecipazione dei cittadini alla gestione sociale dei servizi, e per consentire il controllo della funzionalità e dell'efficacia degli stessi, l'assemblea (della U.S.L.) istituisce i comitati partecipativi di distretto ».

(1) Vedi A. Dragone, Note e commenti alla legge 833/78, in « Prospettive sociali e sanitarie », 122, 1979.

E ancora, nell'ultimo comma:

« Il comitato partecipativo del distretto opera il collegamento con le altre forme organizzate di partecipazione presenti a livello territoriale ».

Le forme di partecipazione delle forze sociali vengono, invece, demandate alla convenzione che associa i comuni per la costituzione e il funzionamento dell'U.S.L.

Uguale decisione è stata adottata dalla Regione Toscana il cui disegno di legge individua nel distretto il momento centrale della funzionalità del servizio e del controllo popolare con il recupero, di fatto, attraverso il decentramento e la capillarizzazione dell'attività, dell'efficienza dell'organizzazione e con l'apertura, nel contempo, all'utente della via per la partecipazione e il controllo sull'efficacia dei servizi.

Notevole l'attenzione che le Regioni hanno posto agli operatori il cui ruolo e partecipazione rappresentano aspetti fra i più importanti per le scelte e gli orientamenti di strategia proposti al piano sanitario nazionale (1).

Da un documento predisposto dal gruppo di lavoro interregionale del personale, operante come supporto tecnico-politico degli assessori regionali per la sanità (giugno 1979), si rileva che i nuovi modelli di lavoro degli operatori devono essere tali da consentire (almeno a livello di distretto) ad essi la partecipazione spontanea alla gestione sociale ed alla verifica di funzionamento dei servizi, anche attraverso modalità di lavoro di gruppo, che non deve avere il significato univoco di « lavorare materialmente assieme », ma di lavorare in maniera coordinata e finalizzata, con frequenti momenti di riflessione comune sul lavoro svolto e sui programmi di attività futura.

La necessità della partecipazione viene ancora ribadita riconoscendo come condizione essenziale per la realizzazione degli obiettivi del U.S.L. sia la responsabile partecipazione, il consenso e la collaborazione di tutte le persone che, da operatori ed utenti, sono coinvolte nella sua attività.

La Regione Siciliana affronta il problema della partecipazione e del controllo sociale nel titolo II, art. 12 del d.d.l. per la istituzione delle unità sanitarie locali.

(1) Ipotesi di documento concernente le osservazioni al piano sanitario nazionale predisposto a Firenze l'8-6-79 fra le Regioni.

Il primo e l'ultimo comma dell'art. 12 si ripetono, soprattutto, l'ultimo comma dell'art. 13 della legge 833/78.

La ripetizione, tuttavia, risulta essere una semplice affermazione di principio poiché la partecipazione viene risolta solo a livello di « informazione » attraverso la pubblicazione sia degli atti dell'assemblea generale dell'USL e del comitato di gestione, sia degli schemi delle delibere adottate dall'assemblea. La pubblicizzazione dovrà avvenire attraverso affissione agli albi dell'U.S.L. e attraverso un riassunto pubblicato nel bollettino delle U.S.L. . La disciplina, e certo l'invenzione, di altre forme e modi di partecipazione popolare sono demandate all'art. 10 del d.d.l. riguardante il regolamento dell'U.S.L.

Partecipazione e controllo « dal basso » caratterizzano, ancora, un modello operativo per l'attività di prevenzione che dovrà essere svolta dall'U.S.L., giusto gli artt. 20, 21, 22, 23, 24 della legge 833.

« Il modello operativo su cui si deve fondare l'intervento preventivo ed i suoi aspetti conoscitivi e trasformativi (gruppo omogeneo, non delega, recupero dell'esperienza operaia, validazione consensuale) non può, come ancora accade oggi in molte situazioni, rimanere semplice enunciazione di principio ma deve essere calato nella pratica delle diverse realtà territoriali e non solo a livello sindacale ma altresì a livello delle strutture tecniche delle U.S.L. » (1).

In tal modo acquista significato la partecipazione popolare e il controllo della gestione dell'U.S.L. e, nel contempo, diviene realtà il dettato della legge 833 che nelle attività di prevenzione dell'U.S.L. comprende:

- a) l'individuazione, l'accertamento ed il controllo dei fattori di nocività, di pericolosità e di deterioramento degli ambienti di vita e di lavoro;
- b) la comunicazione dei dati accertati e la diffusione della loro conoscenza, anche a livello di luogo di lavoro e di ambiente di residenza;
- c) l'indicazione delle misure, idonee alla eliminazione dei fattori di rischio ed al risanamento di ambienti di vita e di lavoro;
- d) la formulazione di mappe di rischio;

(1) A. Martignani, La tutela della salute dei lavoratori, in « Quale salute », 2, 1979.

e) la profilassi degli eventi morbosi;

f) la verifica della compatibilità dei piani urbanistici e dei progetti di insediamenti industriali e di attività produttive in genere.

In definitiva, una corretta interpretazione della legge di riforma sanitaria non può che produrre piani di intervento nei quali non può esservi posto per concezioni autoritarie o individualistiche della medicina. Partecipazione, controllo dal basso, schemi operativi aperti e confrontabili, sperimentazione organizzativa, flessibilità degli interventi dovranno essere i capi saldi della futura programmazione sanitaria sia nell'ambito nazionale che in quello regionale.

Dr. Ing. MARCO CAMPARI*: Proposte di modello di funzionamento delle UU.SS.LL.

Gli obiettivi della Riforma Sanitaria e del Piano Sanitario sono:

- miglioramento del livello assistenziale;
 - eliminazione degli squilibri territoriali;
- con contemporanea:
- diminuzione del preoccupante incremento della spesa;
 - controllo della spesa sanitaria.

L'U.S.L. è l'elemento fondamentale della Riforma, senza un suo perfetto funzionamento non potranno essere conseguiti gli obiettivi sopra indicati.

La situazione iniziale è peraltro molto disorganica: le strutture e gli operatori sanitari provengono da sistemi organizzativi notevolmente diversi i cui obiettivi non erano chiaramente definiti e certamente non coincidenti con quelli attuali.

E' pertanto indispensabile ricercare un modello di riferimento per il funzionamento della U.S.L., all'interno del quale vengano organizzati in modo sistematico le strutture e gli operatori.

Pare opportuno ricordare che nella progettazione e realizzazione di sistemi complessi è indispensabile distinguere tre fasi:

* Consigliere Delegato Centro Diagnostico Italiano - Milano.

— il disegno concettuale del sistema, che, sulla base dei fatti raccolti e delle cause individuate, analizza le soluzioni alternative per giungere agli obiettivi prefissati.

Tenendo conto della situazione iniziale e della direzione verso la quale il sistema è « inerzialmente » orientato, si procede:

- all'individuazione delle linee strategiche (scelta di obiettivi chiaramente definiti e compatibili con le realtà presenti),
- alla definizione dei programmi (determinazione delle priorità e della sequenza dei diversi passi da intraprendere),
- allocazione delle risorse (predisposizione di budgets coerenti con i programmi stabiliti e standardizzazione dei metodi operativi).

Solo dopo aver approfondito tale fase sarà possibile passare alla:

— organizzazione del progetto prescelto, che, tramite una serie di decisioni su aspetti squisitamente esecutivi, consente una corretta organizzazione delle fasi del progetto ed una tempestiva creazione di procedura. Segue infine:

— la gestione delle persone che, tramite una corretta politica motivazionale, orienta gli operatori al conseguimento degli obiettivi proposti.

Tale gestione si basa su tre cardini fondamentali:

- scelta di persone competenti per le mansioni previste nell'organigramma,
- la direzione delle persone,
- il costante controllo del loro operato, per garantire il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

E' troppo evidente come per limitatezza di spazio non sia possibile approfondire tutti questi temi. Essendo peraltro le fasi di organizzazione e gestione successive a quella del disegno concettuale del sistema, si ritiene opportuno in questa sede approfondire gli aspetti concettuali di un possibile modello di funzionamento delle UU.SS.LL.

Verrà qui indicato lo schema di riferimento del disegno concettuale, tenendo conto delle realtà attuali e delle possibilità di motivare gli operatori al conseguimento degli obiettivi prefissati.

Dei numerosi compiti assegnati alla U.S.L. si prendono in esame quelli di prevenzione e cura.

Prevenzione

La prevenzione primaria si esplica al « livello ambientale ». Gli sforzi devono essere diretti verso:

- la qualità dell'ambiente;
- gli standards di vita;
- il livello di educazione;
- il tipo di alimentazione;
- le condizioni di lavoro;

e verso tutti gli altri aspetti sociali rilevanti nella determinazione dello stato di salute.

Vi sono possibilità quasi illimitate di intervento ma le politiche richieste spesso entrano in competizione con le priorità economiche e sociali.

L'educazione sanitaria è un altro punto essenziale per ridurre la spesa sanitaria: è a tutti noto che i pazienti nutrono verso il medico e verso le cure mediche aspettative spesso non realistiche che devono essere correttamente ridimensionate, migliorando il rapporto culturale tra medico e paziente.

Anche questo intervento richiede molto tempo e presenta aspetti certamente delicati.

Il secondo approccio alla prevenzione è a livello del comportamento: esso comporta l'identificazione chiara dei fattori di rischio e la ricerca di una corretta politica di motivazione affinché le persone li riducano.

Sfortunatamente il fumo, l'alcool, l'obesità, l'inattività sono legati a comportamenti profondamente radicati nella personalità dell'individuo; è pertanto indispensabile riconoscere quanto sia difficile il compito di modificare le abitudini di vita di una popolazione.

Anche se è un approccio ad elevata priorità, è ragionevole ipotizzare un lungo lasso di tempo prima di ottenere risultati interessanti.

La prevenzione secondaria, o diagnosi precoce, deve essere mirata ad individuare quelle patologie che sono prevalenti nella popolazione in esame e che, se individuate in fase precoce, consentono di ridurre l'incidenza della patologia in fase conclamata.

Quali patologie sia opportuno ricercare, su quali gruppi di popolazione e con quali tecniche è un problema la cui soluzione si va ricercando da molti anni in molti paesi.

Una ricetta magica valida per tutti i paesi e per tutti i cittadini sfortunatamente non esiste. E' quindi indispensabile impostare anche in Italia serie ricerche sull'argomento, sottoponendo « gruppi di popolazione a rischio » ad esami mirati e valutando quindi il « costo-beneficio » delle diagnosi precoci.

Da un punto di vista di educazione sanitaria è bene notare che su un gruppo omogeneo di persone che si sottopone ad indagini preventive, una larghissima percentuale lo fa perché affetta da disturbi in atto. Inoltre non più della metà della popolazione, alla quale viene offerto di sottoporsi gratuitamente a tali esami, accetta di effettuare l'indagine.

Il timore di venire a conoscenza di realtà non gradite sul proprio stato di salute, anche se utili a prevenire l'evoluzione della eventuale malattia, pare essere un deterrente molto efficace per una larga parte della popolazione.

Inoltre la frazione di popolazione disponibile a sottoporsi a tali accertamenti è quella che, generalmente preoccupata del suo stato di salute, ricorre frequentemente al proprio medico ed è quindi più seguita da un punto di vista sanitario.

E' molto probabile che l'efficacia degli accertamenti preventivi risulti notevolmente superiore se ad essi viene sottoposta quella parte di popolazione che tende a trascurare il proprio stato di salute. Tali accertamenti individueranno patologie non solo in fase precoce, ma anche in fase conclamata.

Pare quindi indispensabile impostare una corretta e capillare azione di educazione sanitaria che aumenti nella popolazione la sensibilità verso questo aspetto dell'assistenza sanitaria.

Cura

La cura deve essere suddivisa nelle due fasi: diagnostica e terapeutica.

La prima precede ovviamente la seconda ed è certamente quella che presenta il maggior numero di alternative.

Nota la diagnosi corretta, le possibili terapie risultano molto limitate

di numero. Le probabilità di errore sono quindi più ridotte. E' pertanto indispensabile che venga assegnata alla fase diagnostica la sua giusta importanza e corretta collocazione nel modello di riferimento (vedi schema allegato).

E' opportuno premettere che nel modello di riferimento il paziente rappresenta la domanda ed il sistema medico-centro diurno polivalente-ospedale, l'offerta.

Si è ipotizzata, come si vedrà in seguito, l'adozione del ticket solo tra domanda ed offerta, allo scopo di moderarla. All'interno dell'offerta si propongono viceversa indici di utilizzo per controllare il funzionamento del sistema e per garantire la qualità delle prestazioni.

Non ha, a nostro parere, alcuna logica ipotizzare ticket all'interno del sistema operativo poiché esso va a colpire il paziente, in un momento in cui la decisione non dipende più da lui, ma dall'operatore sanitario (ad esempio ticket sulla degenza ospedaliera).

A) Fase diagnostica

Sulla base delle esperienze maturate dai sistemi sanitari inglesi, svedesi e statunitensi, pare evidente che la fase diagnostica debba essere sempre più svolta in strutture sanitarie all'esterno o all'interno degli ospedali, che siano ben organizzate ed integrate con le strutture sanitarie di ricovero esistenti nel territorio. Nella proposta di Piano Sanitario tali strutture vengono definite come Centri Diurni Polivalenti, centri « alternativi all'ospedale per tutte quelle attività che non richiedono il ricovero continuato come condizione necessaria ». Tali centri ai quali viene affidata la funzione di « filtro al ricovero » dovranno operare tra medico e ospedale.

Peraltro la ristrutturazione dei poliambulatori in Centri Diurni Polivalenti consentirà di conseguire l'obiettivo di diminuire il tasso di ospedalizzazione e la durata media della degenza, solo se verrà analizzato il rapporto tra paziente-medico generico-centro diurno polivalente-ospedale.

Medici generici

— Come tutti sanno, ogni U.S.L. dispone di una lista di medici generici e pediatri (medici di prima istanza) ai quali il paziente può rivolgersi liberamente.

Tali « medici di fiducia » possono appartenere a due sole categorie:

dipendenti delle UU.SS.LL. e quindi retribuiti a stipendio fisso mensile, convenzionati con le UU.SS.LL. e quindi retribuiti con un compenso globale annuo per assistito (quota capitaria). Entrambe le categorie dovranno assicurare al paziente diagnosi e cura.

— Mentre non è ancora dato di conoscere quali saranno più precisamente le funzioni dei medici dipendenti, i medici convenzionati avranno tutto l'interesse ad acquisire il maggior numero di pazienti, fino al numero massimo consentito pari a 1500 pazienti per medico. Per poter curare un numero così esteso di pazienti, il medico convenzionato si troverà costretto o comunque avrà tutto l'interesse a « passare il problema diagnostico » al Centro Diurno Polivalente o all'ospedale. Viene così meno la funzione di « primo filtro » che la riforma intende assegnargli.

— Da quanto precede emerge l'opportunità di proporre l'introduzione dei seguenti meccanismi correttivi che impediscano l'abuso da parte del paziente delle visite mediche, l'eccessiva ospedalizzazione da parte del medico e quindi il corretto utilizzo dei centri diurni polivalenti:

a) ticket per il paziente per ogni visita medica di prima istanza, onde ridurre il numero delle visite inutili e lasciare al medico il tempo di dedicarsi ai casi più gravi. Tale impostazione è stata adottata con successo dal Sistema Sanitario Svedese, dove il paziente paga il ticket di 20 corone (circa 4000 lire) per la prima visita medica.

b) I casi di urgenza dovranno essere verificati e convalidati dal dipartimento di urgenza ed accettazione previsti negli ospedali.

c) Il paziente dovrà essere avviato ai centri diurni polivalenti per i necessari accertamenti che oggi vengono solitamente svolti all'interno degli ospedali. Solo dopo che il centro diurno polivalente avrà eseguito gli esami, il medico generico potrà richiedere il ricovero del paziente.

— Avendo suggerito « le azioni » che pare più opportuno implementare, è indispensabile identificare i corrispondenti « controlli »:

a) creazione, su base statistica, di indici di utilizzo e di « standards di riferimento » con i quali valutare la frequenza ed il tipo di ricorso da parte del medico ai centri diurni polivalenti;

b) adozione di incentivi, anche economici, affinché il medico collabori nella definizione degli standards e ad essi si adegui.

A tale scopo è opportuno ricordare la vasta esperienza maturata su

temi analoghi da parte delle PSRO (Professional Standard Review Organizations — Organizzazioni per la Revisione degli Standards Professionali), le quali, operative negli U.S.A. dal 1972, hanno dato e continuano a dare un notevole contributo nel motivare il medico a limitare il più possibile l'utilizzo delle costose risorse che il sistema sanitario statunitense gli mette a disposizione.

Centri Diurni Polivalenti

— Solo implementando contemporaneamente i meccanismi sopra indicati ed i corrispondenti controlli si riuscirà a conseguire l'obiettivo che il medico generico prima, ed il centro diurno polivalente poi, siano un efficace filtro prima del ricovero.

Tale azione di filtro, se coronata da successo, comporta:

- ricovero, solo se necessario, con diagnosi certa nel giusto reparto dell'ospedale;
- ritorno a casa con eventuale terapia.

Le HMO statunitensi (Health Maintenance Organizations — Organizzazioni per il Mantenimento della Salute) già precedentemente citate, sono riuscite, utilizzando analoghi meccanismi, a contenere il tasso di ospedalizzazione dal 30 al 50 per cento ed a ridurre la durata media della degenza per i malati acuti di 17 giorni su una durata media di 7 giorni.

— Affinché i centri diurni polivalenti possano svolgere, nel minor tempo possibile, tutti gli accertamenti necessari, è indispensabile che essi siano organizzati e gestiti secondo le più moderne tecniche manageriali.

Il sistema informativo interno è certamente la spina dorsale del Centro stesso; tale sistema è fondamentalmente orientato da un lato alla raccolta ed elaborazione dei dati medici del paziente e dall'altro all'analisi dei più interessanti parametri grazie ai quali è possibile controllare la gestione completa del Centro.

— Il meccanismo proposto non può a questo punto funzionare correttamente se non si promuove negli ospedali l'accettazione della diagnosi di ricovero e degli accertamenti diagnostici ambulatoriali. A tale scopo si propongono i seguenti provvedimenti, già adottati con successo in altri paesi.

- a) Introduzione di sistemi che garantiscano la qualità di tutte le

attività diagnostiche ambulatoriali, svolte da centri pubblici e privati. Si suggeriscono gli schemi utilizzati a livello ambulatoriale dalla Kaiser Foundation Californiana. Tali schemi appartengono alla più ampia famiglia dei controlli di qualità delle attività mediche, note sotto la sigla MCE — Medical Care Evaluation — Valutazione dell'Assistenza Medica.

b) Motivazione del medico anche verso una carriera ambulatoriale e non solo universitaria od ospedaliera, come è stato fino ad ora. Questa impostazione è attualmente promossa anche in Svezia dallo SPRI — Swedish Planning and Rationalization Institute di Stoccolma (Organizzazione Statale preposta alla Pianificazione Sanitaria). L'esperienza maturata in tale direzione porta a consigliare una rotazione, perlomeno iniziale, dei medici tra centro diurno polivalente ed ospedale affinché essi, sviluppando al tempo stesso capacità diagnostiche e terapeutiche, possano partecipare alla definizione delle procedure operative mediche utilizzate presso il Centro.

La loro fiducia nel Centro non potrà a tal punto essere inferiore a quella che essi stessi nutrono nell'ospedale.

Assistenza domiciliare

— Il paziente non ricoverato deve poter disporre di una valida assistenza domiciliare, con personale medico ed infermieristico opportunamente addestrato ed organizzato. Le prestazioni di carattere domiciliare si prestano ad essere eccessivamente utilizzate: è pertanto opportuno definire anche in questi casi degli indici di utilizzo e dei criteri standard di riferimento con i quali valutare il livello di rendimento degli operatori sanitari e probabilmente adottare un ticket per il paziente onde limitare al minimo gli eventuali abusi.

B) Fase terapeutica

Dipartimento di urgenza

— E' indispensabile che in ogni ospedale venga istituito il Dipartimento di urgenza ed accettazione, come precedentemente accennato, il quale dovrà responsabilmente giudicare sulla validità della richiesta di ricovero urgente formulata dal medico generico.

Anche per il Dipartimento sarà opportuno elaborare degli indici di utilizzo e degli standards di riferimento su basi statistiche.

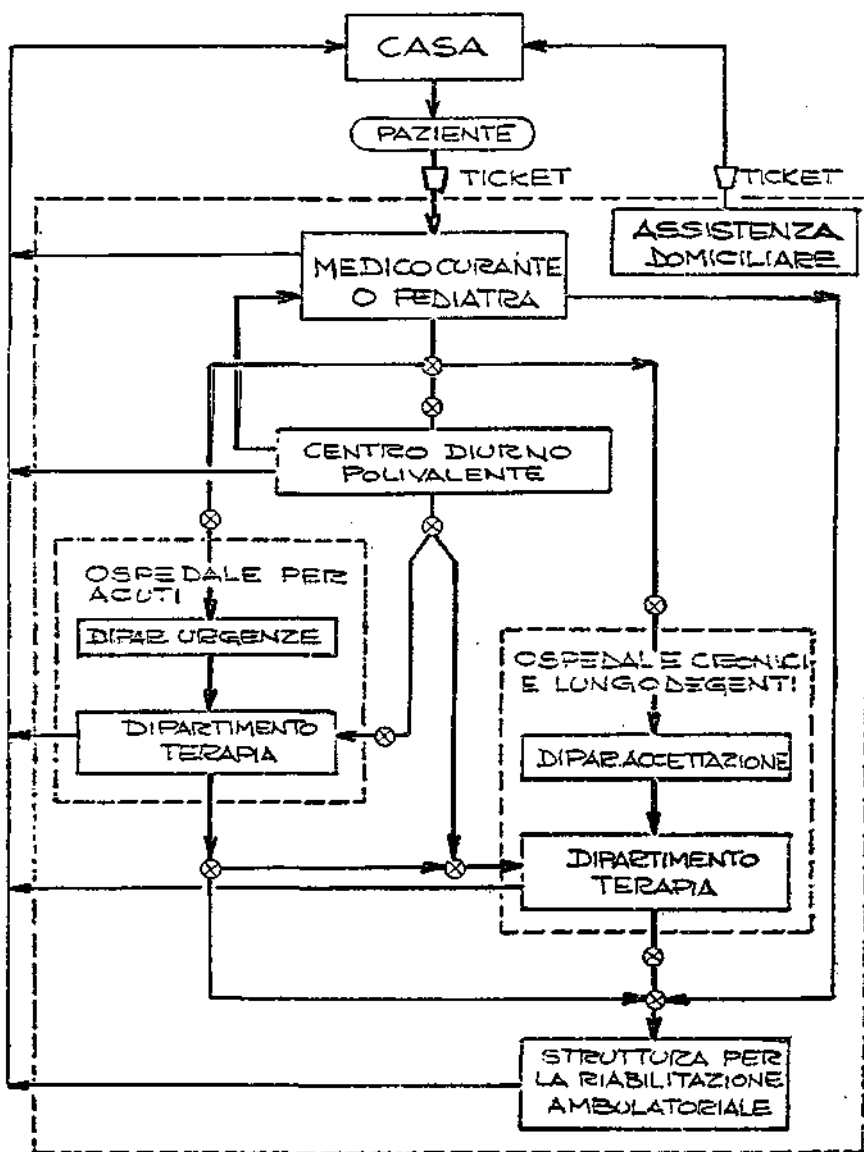
— I pazienti provenienti dal Dipartimento di urgenza ed accettazione oppure dal medico generico, dopo gli eventuali accertamenti diagnostici svolti presso il centro diurno polivalente, dovranno essere ricoverati nel reparto corrispondente alla diagnosi di ingresso. L'impostazione precedentemente suggerita dovrebbe anche ridurre le probabilità di ricovero con diagnosi errata, che è, se non la più importante, una delle più gravi cause delle eccessive durate medie della degenza.

Il Controllo della Durata Media della Degenza può e deve essere incrementato in ogni ospedale. Un sistema che vale la pena di analizzare è noto sotto il nome di LOS (Length of Stay) ed è attualmente utilizzato da numerosi ospedali statunitensi. Il sistema sanitario inglese ha preso in attento esame tale tecnica di controllo, ma ha ritenuto opportuno non applicarla ed invece approfondire quale sia la sua effettiva efficacia nel tempo. Si ha infatti il timore che il medico si senta costretto a deospedalizzare più rapidamente del dovuto non completando così il giusto ciclo terapeutico. A tale obiezione, in questi ultimi tempi, hanno risposto le HMO dimostrando che questo controllo non comporta una diminuzione di efficacia del ciclo terapeutico.

Terapia ambulatoriale

— Risolta la fase diagnostica a livello extraospedaliero, è importante analizzare quali attività terapeutiche ed in particolare chirurgiche siano risolubili senza richiedere ricovero o col ricovero di una sola notte, se necessario.

L'accelerazione del ciclo diagnostico-terapeutico risulterebbe così completa, senza nulla togliere all'efficacia del trattamento. Analogamente è indispensabile che le UU.SS.LL. siano dotate di un numero proporzionato di strutture per lungodegenti e cronici verso le quali orientare i malati dimessi dagli ospedali acuti e che non possono essere rinviiati a domicilio.



Dr. FRANCESCO CANNAVO:** Integrazione dei servizi socio-sanitari a livello di unità locali.

La legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale ha inteso creare con l'Unità Sanitaria Locale un centro di propulsione di tutta l'attività sanitaria nell'ambito del territorio.

Tale presupposto ha comportato come inevitabile conseguenza la previsione dell'integrazione dei vari servizi socio-sanitari a livello dell'unità locale.

Sarà senz'altro questo uno dei momenti di maggiore importanza nell'avvio dell'Unità Sanitaria Locale e quindi della Riforma Sanitaria e una funzione primaria verrà svolta dal Piano Sanitario Nazionale e dalla legislazione regionale in materia che dovranno dettare criteri per la concreta operatività di tale integrazione.

In particolare ci preme comunque porre in rilievo sotto tale profilo il compito che anche il farmacista sarà chiamato a svolgere nell'ambito dell'Unità Sanitaria Locale sia con il convenzionamento delle farmacie pubbliche e private sia con l'inserimento dei farmacisti dipendenti da ospedali, enti locali ed enti mutualistici nelle strutture integrate dei servizi sanitari.

Tutto ciò comporterà anche l'istituzione, a livello dell'ufficio di direzione dell'Unità Sanitaria Locale, del settore farmaceutico che tra le molteplici attività dovrà avere anche quella del controllo sulle farmacie.

In sostanza l'integrazione si dovrà concretizzare sia a livello del farmacista dipendente che del farmacista convenzionato, con modalità e funzioni diverse, e ciò per poter compiutamente conseguire le finalità poste all'Unità Sanitaria Locale dalla legge 833/78.

In particolare il farmacista dipendente dall'Unità Sanitaria Locale sarà chiamato a svolgere, oltre alle funzioni tecnico-amministrative di competenza, tutti quei compiti che la sua qualificazione professionale consente di affidargli, quali, ad esempio, l'educazione sanitaria, l'informazione scientifica sui farmaci, la preparazione galenica all'interno delle farmacie d'ospedale, il controllo bromatologico e merceologico, la statistica dei consumi e dei costi relativi al servizio farmaceutico, la funzione didattica, ecc.

* Presidente Federazione Ordini Farmacisti Italiani.

Anche i farmacisti titolari convenzionati e le farmacie pubbliche operanti nel territorio dell'Unità Sanitaria Locale dovranno essere chiamati a delle forme di collaborazione in tutto il settore del farmaco, forme di collaborazione per le quali i farmacisti hanno da sempre dichiarato la loro disponibilità e che si dovranno concretizzare in una serie di iniziative, alcune delle quali già statuite nell'Accordo nazionale unico per l'assistenza farmaceutica, siglato presso il Ministero della Sanità, ai sensi degli articoli 28 e 48 della citata legge 833/78. In proposito, con particolare riferimento all'educazione sanitaria che rappresenterà per il farmacista, in funzione della prevenzione delle malattie, un campo di estremo interesse ed importanza vanno evidenziati soprattutto i seguenti settori di intervento: informazione e documentazione sul farmaco, sulle attività, indicazioni e controindicazioni dei farmaci in generale; indicazioni sull'uso dei farmaci prescritti e somministrati; partecipazione a gruppi di lavoro per la realizzazione dei programmi di informazione ed educazione sanitaria in collaborazione con gli Enti locali e gli Organismi decentrati; aggiornamento professionale degli operatori sanitari; acquisizione di dati ed elementi per le indagini epidemiologiche e statistiche; educazione alimentare, ecc.

Ci sembra che tutta questa serie di attività del farmacista all'interno ed in collaborazione con l'Unità Sanitaria Locale debba essere operativamente realizzata se si vuole in concreto creare una struttura sanitaria efficiente e rispondente alle esigenze sanitarie della popolazione, fine primario questo della legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale in conformità al dettato costituzionale.

Dr. IVO COLOZZI*: Il problema dell'integrazione fra politici e tecnici all'interno dell'U.S.L.

Nel punto e) della sua introduzione al tema « integrazione dei servizi socio-sanitari al livello di unità locali », il Prof. Ardigò pone il problema dell'integrazione fra politici e tecnici all'interno dell'U.S.L. richiamando, nel medesimo paragrafo, il tema della partecipazione.

Scopo di questa breve comunicazione è di mettere in evidenza, esplicitandolo, l'importanza di questo nesso.

* Istituto Petroniano Servizi Sociali Emilia Romagna (I.P.S.S.E.R.)

Farò riferimento a un fatto emerso da una ricerca da me svolta insieme al Dott. Porcu su alcuni consorzi socio-sanitari della Regione Emilia-Romagna.

I consorzi socio-sanitari, come è noto, sono da considerarsi per l'Italia il tentativo più significativo realizzato dalle regioni da una parte per anticipare per alcuni versi la riforma sanitaria e dall'altra per avviare una effettiva integrazione, a livello territoriale, dei servizi sociali e sanitari.

Il fatto cui facevo cenno, consiste nella constatazione dell'esistenza, all'interno dei consorzi analizzati, di una conflittualità latente o manifesta, in ogni caso crescente, fra tecnici e politici che non di rado ha ostacolato il raggiungimento di standards di prestazioni più adeguati ed efficienti.

Il nodo a monte di questi conflitti è parso consistere nella sostanziale ambiguità o nella mancata soluzione del Rapporto consorzio socio-sanitario e comune/i o circoscrizione/i.

Ambiguità che rimane del tutto presente anche nella legge della recente riforma sanitaria.

Da essa, infatti, è possibile ricavare una duplice ipotesi di soluzione del rapporto:

a) il rafforzamento dell'autorità politica (comune/i, circoscrizione/i) come vero potere sovraordinato all'U.S.L. che diviene ente tecnico di gestione;

b) il rapporto asimmetrico opposto.

Ambedue questi esiti sono da considerarsi problematici.

Vediamo in breve quali sono i possibili inconvenienti di ciascuno tenendo conto della variabile partecipazione:

a) rafforzamento dell'autorità del comune e, quindi delle circoscrizioni per cui l'U.S.L. viene a configurarsi come ente di gestione in senso stretto.

In questo caso essendo sia i comuni che le circoscrizioni assemblee elettive di primo livello, necessitate, perciò, a rendere conto del loro operato, si potrebbe dare l'opportunità di una ampia partecipazione e di un forte controllo da parte dei cittadini/utenti. Potrebbero, però, anche innescarsi processi particolaristici di emulazione e rincorsa fra le diverse U.S.L. tali da moltiplicare i servizi e, conseguentemente, i costi se si generasse

questo atteggiamento, dati i limiti di spesa posti dal piano sanitario nazionale e da quelli regionali, è prevedibile l'avvio di una serie di continue richieste dal basso verso l'alto che allargherebbero, se accolte, la spirale inflattiva e creerebbero, se respinte, un clima permanente di conflittualità fra circoscrizioni/comuni, Regioni e Stato.

In questo tipo di evoluzione, poi, è ipotizzabile un'alleanza fra politici e utenti sulla testa degli operatori per i quali si accelererebbe il processo di burocratizzazione collegato al ruolo tecnico-esecutivo.

La conseguenza di ciò, più che nell'aumento del livello di conflittualità degli operatori verso l'ente, pur prevedibile, si può delineare nel senso di una routinizzazione delle prestazioni determinata da una perdita di motivazioni all'aggiornamento e alla qualificazione, che avrebbe come effetto un abbassamento medio della produttività del servizio;

b) rafforzamento dell'autonomia gestionale e dell'U.S.L. a scapito dei comuni e dei quartieri in questa eventualità, trattandosi per le U.S.L. di assemblee di secondo livello, non direttamente responsabili verso l'elettorato, sarebbe facilitato un processo di razionalizzazione programmata dei servizi e, conseguentemente, di contenimento della spesa.

D'altra parte diverrebbe estremamente problematica ogni forma di partecipazione/gestione sociale. In questa prospettiva è ipotizzabile la creazione di un'asse preferenziale e unitario o tecnico-politico di operatori e politici, all'interno del quale i primi verrebbero a sostituirsi all'utenza, quindi alla partecipazione vera e propria, nel momento della programmazione dei servizi, in quanto abilitati professionalmente a reinterpretare e dimensionare esigenze, domande e bisogni, della gente.

Data l'attuale condizione di crisi fiscale dello Stato con la conseguente necessità di un contenimento forte delle spese socio-sanitarie è possibile che si affermi la seconda ipotesi.

Ci si avvierebbe, in questo caso, ad una soluzione che, col Prof. Ardigò, possiamo definire di tipo neo-corporativo, contraria, a mio parere, allo spirito della legge.

L'unico mezzo per evitare sia questa involuzione che i rischi presentati dalla prima alternativa è che venga fatto, in questo momento di avvio della riforma, uno sforzo di puntualizzazione del significato del termine partecipazione così ambigualmente usato nel testo di legge.

A me pare che esso debba indicare un ambito simmetrico di corresponsabilizzazione delle varie componenti, collegate dal perseguimento dell'interesse ad esse comune: la salute.

La costituzione di tale ambito è concretamente identificabile nel livello del distretto di base che va quindi considerato per i prossimi anni come il laboratorio di sperimentazione dell'integrazione fra i tre (e non due) protagonisti del S.S.N.: politici, tecnici e utenti.

Prof. LUCIANO FLORAMO*: Il servizio ospedaliero dall'intervento sul territorio all'unità sanitaria locale.

La sottolineatura che in anticipo si vuol fare del concetto di servizio ospedaliero ha lo scopo di rimarcare, o far emergere, un indirizzo diverso da quello di una mera « ospedalizzazione », giustamente denunciata in negativo ma che obiettivamente è stata combattuta o contrastata già all'interno degli organismi con responsabilità diretta di gestione degli ospedali. Sarebbe sufficiente ricordare, in tal senso, la linea di politica sanitaria sempre sostenuta dalla Fiaro — cioè dall'organismo rappresentativo a livello nazionale degli Amministratori pubblici ospedalieri — che si è sforzata di imporre e di realizzare l'immagine di un ospedale « aperto » sul territorio, organizzato secondo lo schema « dipartimentale » in anticipo sulla stessa riforma e in conseguenza degli accordi intervenuti a livello di politica contrattuale del settore.

Da questo punto di vista, vale a dire nella responsabilità di chi ha alle spalle una preziosa e ricca esperienza in uno dei più consistenti settori di tutela della salute, la riforma sanitaria si presenta sempre più come un traguardo ambizioso per chi vuole cambiare « cambiando », con la consapevolezza lucida e concreta delle difficoltà unita alla tensione ideale di chi si sente impegnato nella logica del servizio. Tradotta in orientamento di studio o in risultato di ricerca, questa esperienza coincide con il motivato intento di fornire una « chiave di lettura » che praticamente rileva nella indicazione di funzioni, attività e momenti organizzativi, tutta la problematica della legge n. 833 la quale — se è vero che gradualmente si applica o che sarebbe impossibile attuarla diversamente — progressivamente fa e-

* Vice Presidente della Federazione Italiana Associazioni Regionali Ospedaliere (F.I.A.R.O.).

mergere nuovi impegni sul piano amministrativo, cui dovranno assolvere nuove figure di operatori, e nuove responsabilità sul piano politico, cui dovranno assolvere nuove figure di amministratori.

Ma se da un lato evincere dal dettato della legge il ruolo degli operatori in rapporto ai previsti momenti organizzativi comporta la necessità di moduli didattici e di contenuti di formazione diversi rispetto a criteri tradizionali di preparazione professionale, dall'altro l'analisi delle difficoltà gestionali per compatibilità della spesa con le risorse in un rapporto più complesso tra costi e benefici non esclude dal considerare che il momento della programmazione senza partecipazione democratica oggettiva a livello di base si immiserisce in una precisione contabile pluriennale anche se diligente. Si può correre cioè il rischio di realizzare sì l'integrazione dei servizi socio-sanitari a livello di unità locali, ma di realizzare dei servizi caratterizzati da un'integrazione senza crescita, o per lo meno privi di autentica crescita democratica di base.

Per fortuna il dibattito sull'unità sanitaria locale è ancora aperto, quanto meno è aperto nel merito della sua capacità operativa e della sua efficacia. L'elaborazione culturale e tecnico-funzionale in ordine all'applicazione della legge di riforma sanitaria rileva, tra l'altro, che l'indirizzo riformatore è condizionato da preesistenze di carattere burocratico ed amministrativo, cioè dalla necessità di garantire comunque una continuità nell'erogazione dei servizi.

Il problema è ora quello di riuscire a garantire detta continuità erogativa nella logica del « nuovo » che viene avanti, all'interno della realtà più complessa del dibattito politico in atto con i suoi incalzanti interrogativi e con le sue inevitabili scadenze, insomma tenendo conto di tutto ciò che in concreto può significare il consenso della riforma o il suo indice di consenso. Senza dimenticare, poi, come la stagione dei contratti che si concludono e degli altri che riaprono istanze di tipo economico e normativo aggiunge, a problemi ancora insoluti, altri interrogativi cui è difficile fornire tempestiva e consistente risposta.

Per tutto ciò bisogna tener fermo il principio che la legge va colta anzitutto nelle sue indicazioni generali, nel suo « aspetto qualificante di sostituire all'organizzazione settoriale verticalizzata un'organizzazione territoriale fondata sui bisogni dell'utenza e sulle esigenze tecnico-funzionali ». Questa linea essenziale della riforma esige, quindi, un momento permanente e corretto di partecipazione per caratterizzare « il potere decisionale

negli indirizzi politici e nell'articolarsi organizzativo», ad evitare che la gestione burocratica dei controlli amministrativi — indubbiamente inevitabili — si rilevi decisamente incapace di promuovere partecipazione a misura d'uomo per valutare nell'organizzazione dei servizi della salute gli indici della qualità della vita o, meglio, il grado di convivenza nella comunità.

In questa cornice si colloca la stessa nuova realtà dell'ospedale come struttura di servizio dell'unità sanitaria locale, realtà che esige sia la definizione di un modello dei necessari collegamenti organizzativi, sia una prassi che non si risolva in momenti di decisione burocratica del tutto svincolati da una responsabilità politica. Sono discorsi che, come Fiano e come Amministratori pubblici ospedalieri, abbiamo impostato fin dal 1975 sostenendo in definitiva (documento di Ravaseletto) che la funzione ospedaliera andava collegata direttamente alla comunità utente in modo da « garantire forme di controllo politico-amministrativo sul momento professionale all'interno del modello organizzativo ».

L'unità sanitaria locale dovrebbe garantire tutto questo, ma non appare del tutto logico o appare in parte rischioso attribuire ad essa — in tema di servizio ospedaliero — anche la gestione di presidi complessi di grossa dimensione e a utenza sovrazonale, quando non addirittura regionale. Non solo infatti in tal modo si realizzerebbe solo in parte il principio di gestione democratica da parte delle popolazioni, ma soprattutto vi è il rischio che gli organi amministrativi preposti a tale gestione — trovandosi assorbiti dalle esigenze implicite in compiti gestionali tanto estesi — finiscano col trascurare le esigenze degli altri servizi a carattere non ospedaliero, fallendo così proprio l'obiettivo della riforma di realizzare un'efficace ed effettivo recupero di unità del concetto di salute.

L'organizzazione della partecipazione resta pertanto, in concreto, uno dei problemi più importanti: ciò anche rispetto al nuovo modello organizzativo del servizio ospedaliero e soprattutto quando lo si voglia conforme alla pluralità integrata e coordinata dei servizi socio-sanitari di un territorio ben definito. Anche nel contesto della riforma, quindi, l'ospedale continua a prefigurare un'operatività sua propria, tale da garantire nel migliore dei modi la continuità gestionale di un servizio deputato a fornire una specifica risposta al più ampio bisogno socio-sanitario.

Va da sé che il servizio ospedaliero deve armonizzare i propri indirizzi con quelli di tutto il sistema territoriale delle prestazioni e dei servizi sociali e sanitari o rendersi funzionale, per entrare nell'ottica del tema così

magistralmente introdotto ieri da Ardigò, al grado di integrazione di detti servizi per singola unità territoriale locale. L'ospedale aperto sul territorio, l'ospedale organizzato sulla base di una struttura dipartimentale o che rende disponibili le proprie attrezzature ambulatoriali per compiti di prevenzione, rappresenta già un passo avanti sulla via di una siffatta integrazione « orizzontale » e bisogna dire che in qualche modo un costruttivo cammino in tal senso è stato fatto anche prima della legge n. 833.

Vorrei però aggiungere che in ambito ospedaliero e in un'accezione del tutto positiva, passi avanti sono stati fatti anche nel senso di un'integrazione « verticale », se così si può dire il cammino percorso impostando una politica contrattuale del settore che ormai da anni vara e ribadisce un accordo nazionale « unico » per tutto il personale ospedaliero: intendo, soprattutto, unico per le categorie mediche o paramediche, unico per il personale sanitario e per il personale amministrativo. Lo ricordo non per rivendicare un merito, ma per segnalare il rischio che — a livello di contrattazione collettiva per tutti gli operatori della riforma — si facciano passi indietro o si cammini a ritroso lungo la direttrice di una « disaggregazione » della normativa sindacale.

E' necessario invece procedere in continuità e coerenza con la richiamata linea di politica contrattuale, cioè nel senso di quell'integrazione che Ardigò — al punto c) della sua esauriente ed emblematica elencazione di profili — dice debba avvenire « tra operatori sanitari tra loro (medici e non medici), e con operatori sociali (assistenti sociali, educatori, animatori); integrazione di operatori sanitari e sociali con associazioni volontarie ». Da non trascurare soprattutto questo accenno al volontariato, che per noi viene addirittura a coincidere con il disposto di uno specifico articolo della legge di riforma.

In conclusione, per sottolineare il passaggio senza scosse del servizio ospedaliero dall'intervento sperimentale sul territorio all'operatività sistematica nell'ambito dell'unità sanitaria locale, vorrei ricordare che si tratta di costruire una nuova realtà per garantire di più. Per garantire, cioè, servizi capaci di promuovere e difendere la salute a livello di base, servizi « al servizio » dei cittadini, soggetti consapevoli e protagonisti della riforma, consapevoli del coordinamento regionale e protagonisti della globalità degli interventi.

Su un altro ma convergente versante, sono le modalità di lavoro e il fabbisogno di personale determinato dall'operare delle strutture a chiarire meglio cosa vuol dire realizzare una politica sanitaria che sia globale negli

interventi e capillare nei servizi. Ad esempio il rapporto tra distretto (che la legge prevede) e l'area elementare — non prevista dalla legge, ancorché variamente ipotizzata sul piano teorico da diverse parti politiche — risponde non solo ad una necessità tecnico-funzionale ma ai presupposti di ordine politico-culturale i quali, nel soddisfare i bisogni dei cittadini (siano essi diffusi o rari), permettono a questi ultimi una partecipazione democratica più efficace ed agli operatori del settore un aggiornamento continuo, un'educazione sanitaria permanente.

Dal dicembre 1978 ad oggi l'applicazione della legge ha una sua oggettiva difficoltà, che però per certi versi stimola di più ad approfondire i diversi problemi. Malgrado l'insistenza nel proporre il momento organizzativo, l'attenzione deve essere rivolta di più all'esigenza di controlli democratici efficienti ed efficaci. Solo con un territorio, ben definito a misura d'uomo, la salute — intesa nella sua accezione più lata o in quanto idonea a misurare la qualità della vita — è « un bene » che coinvolge tutti e ciascuno, in più settori e per diverse ed integrate competenze.

Dr. SEBASTIANO PORCU*: Alcuni problemi in ordine al processo decisionale come possibili ostacoli al processo di integrazione all'interno delle Unità Sanitarie Locali.

1. Nella sua relazione il Prof. Ardigò ha delineato cinque possibili profili di integrazione socio-sanitaria per unità territoriale locale.

Sulla possibilità di tradurre nella pratica quotidiana tali diverse immagini delle strutture di interazione tra gli agenti e i fattori che giocano un ruolo nell'organizzazione delle Unità Sanitarie Locali influiranno — in una misura che si può presumere rilevante — le attuali condizioni delle organizzazioni socio-sanitarie a riforma radicale delle quali è finalizzata la costituzione del servizio sanitario nazionale; in primo luogo, ci riferiamo a:

- i modelli di comportamento dei gruppi di operatori;
- la struttura del potere a livello locale;
- i livelli della partecipazione civica nelle aree sub-comunali;
- il grado di sindacalizzazione del personale paramedico.

* Istituto di Sociologia dell'Università di Bologna.

A questo proposito, può essere utile fare brevi cenni ai risultati cui è giunta una ricerca sull'organizzazione e sull'attività di alcuni consorzi socio-sanitari dell'Emilia-Romagna (cfr. I. Colozzi-S. Porcu, *Funzioni, problemi e conflitti nelle esperienze dei consorzi socio-sanitari del Comune di Bologna*, in « *La ricerca sociale* », VIII, 1979, 20, pp. 133-158), consorzi che costituiscono una delle esperienze più avanzate che in alcune Regioni italiane hanno inteso prefigurare alcuni elementi strutturali delle unità sanitarie locali previste dalla legge di riforma sanitaria che forma l'oggetto di questo incontro di studio.

E' necessario ricordare che i consorzi socio-sanitari costituiscono il più importante tentativo, antecedente la riforma, di realizzare l'integrazione, a livello territoriale, delle strutture sanitarie pubbliche extra-ospedaliere.

Occorre ricordare, ancora, che — nell'esperienza emiliano-romagnola — i consorzi socio-sanitari constano di:

— una struttura operativa articolata in:
sortile e consiglio direttivo, formati da rappresentanti designati dagli enti consorziati, vale a dire la provincia e i comuni);

— una struttura operativa articolata in:
a) servizi generali;
b) servizi di assistenza economica e sociale delle categorie sociali protette;
c) servizi di assistenza medica e paramedica;
d) servizio di autorizzazione alla ospedalizzazione.

2. La giungla dei redditi e delle posizioni normative del personale operante nei consorzi socio-sanitari (ma attualmente dipendente da enti pubblici diversi) e destinato a confluire nelle unità sanitarie locali ha prodotto un alto livello di sindacalizzazione degli operatori (soprattutto di quelli paramedici e di quelli amministrativi), creando situazioni di contrattazione continua delle mansioni del personale e delle scelte di politica dei servizi gestiti dai consorzi socio-sanitari.

Ma ad indebolire ulteriormente le capacità decisionali degli organi politico-amministrativi dei consorzi hanno contribuito altri fattori.

La mancanza di chiarezza nei rapporti (e nelle rispettive competenze) tra i consorzi socio-sanitari e gli organi del decentramento amministrativo a

livello di quartiere ha determinato di fatto, in alcune situazioni, una sottrazione del potere di indirizzo dei servizi consortili dal novero delle competenze del vertice politico-amministrativo dei consorzi.

Ciò, a causa del rapporto preferenziale che alcuni operatori hanno stabilito con gli organj circoscrizionali di quartiere, meglio condividendone le scelte di politica dei servizi.

La pur episodica partecipazione di gruppi di cittadini e di utenti ai servizi consortili si è tradotta, il più delle volte, in un rafforzamento del potere degli operatori all'interno della struttura dei consorzi: gli operatori hanno infatti utilizzato le richieste di ampliamento e/o di miglioramento di alcune prestazioni per rivendicare non soltanto maggiori risorse da impiegare nei servizi ma anche, e soprattutto, una capacità decisionale più ampia e sottratta al controllo dei « politici » in quanto attinente a una dimensione prevalentemente tecnico-professionale.

A diminuire l'integrazione funzionale tra servizi sociali e servizi sanitari entro l'organizzazione del consorzio — integrazione che, abbiamo già ricordato, ha costituito una delle principali finalità che erano state assegnate ai consorzi socio-sanitari — ha contribuito un altro fattore. Profonde differenze di iter formativo tra i diversi operatori medici (tra psicologi e medici generici, per es.) e tra i diversi operatori paramedici hanno prodotto approcci differenziati anche alla gestione dello stesso servizio, di cui è così risultata ridotta l'efficienza se non l'efficacia delle prestazioni.

3. Con questo intervento non si è voluto evidentemente tracciare un quadro pessimistico delle condizioni nelle quali dovrà realizzarsi, entro l'Unità sanitaria locale, l'integrazione — a livello territoriale come a livello funzionale — tra servizi sanitari diversi e, quindi, tra operatori di diversi ruoli.

Piuttosto, si è voluto sottolineare come, soprattutto nella fase di transizione (che sta per aprirsi) dalle attuali strutture alle unità sanitarie locali, non si possa assolutamente prescindere da un'analisi puntuale del complesso interrelarsi, ogni volta diverso a livello locale, di una molteplicità di fattori organizzativi e di fattori socio-culturali che condizionano a fondo il passaggio dal progetto alla realizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Prof. ANGELO SERIO*: Il sistema informativo sanitario come strumento di integrazione dei servizi socio-sanitari a livello di U.S.L.

1. La Legge 833 ha introdotto per la prima volta nella legislazione italiana norme dedicate esplicitamente al Sistema Informativo Sanitario (S.I.S.).

Alcune di queste norme sono finalizzate alle attività di prevenzione da effettuarsi a livello di Unità Sanitaria Locale, tra le quali assume un posto di primo piano la rilevazione dei dati sui « fattori di nocività, di pericolosità e di deterioramento degli ambienti di vita e di lavoro » (articolo 20, lett. a) e la predisposizione di « mappe di rischio » per evidenziare le sostanze nocive di origine industriale ed i loro possibili effetti sull'uomo e sull'ambiente (art. 20 lett. d).

Di contenuto realmente innovativo sono le disposizioni relative alla « comunicazione dei dati rilevati » e alla « diffusione della loro conoscenza » nell'ambito dei luoghi di lavoro e dell'intero territorio dell'Unità Sanitaria Locale (art. 20, lett. b), in quanto introducono per la prima volta l'obbligo di diffusione delle informazioni sanitarie anche al di fuori dell'ambito degli addetti ai lavori (esperti, studiosi, responsabili dei servizi, ecc.) onde garantire la partecipazione dell'utente alla conoscenza dei problemi e, quindi, alla gestione dei servizi.

La stessa legge ha anche definito gli strumenti informativi di cui deve avvalersi il Servizio Sanitario Nazionale, indicandoli nel libretto sanitario personale e nei registri di dati biostatistici (art. 27); il primo è ovviamente uno strumento informativo individuale, con finalità prevalentemente assistenziali, in quanto consente ai singoli operatori sanitari con i quali viene a contatto l'utente di conoscere tutte le notizie sulle sue condizioni di salute; i registri dei dati ambientali e biostatistici sono, invece, strumenti informativi destinati prevalentemente ai lavoratori.

Nel medesimo articolo vengono individuati nel Ministero della Sanità, nelle Regioni e nelle Unità Sanitarie Locali, nonché nell'Istituto Superiore di Sanità per i dati epidemiologici, gli Enti che hanno il compito di elaborare ed utilizzare i dati rilevati.

* Professore Incaricato di Statistica Sanitaria nell'Università di Roma - Componente del Comitato Tecnico Scientifico per la programmazione sanitaria.

Infine, l'art. 58 prevede che i programmi di attività per la rilevazione e la gestione delle informazioni epidemiologiche, statistiche e finanziarie siano inclusi nel Piano Sanitario Nazionale e che, nell'ambito di tali programmi, le Regioni provvedano ad organizzare i servizi di informatica.

In conclusione, dalle norme contenute nella legge di riforma, scaturiscono le seguenti linee fondamentali di indirizzo in ordine alla materia che ci interessa:

— la programmazione è da intendersi come metodo di gestione del nuovo Sistema Sanitario;

— la disponibilità di adeguate informazioni sanitarie è essenziale ai fini della programmazione;

— il sistema informativo sanitario è lo strumento da attivare per garantire la disponibilità dei dati occorrenti.

Il Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1980-1982, che è stato approvato dal Consiglio Sanitario Nazionale e dovrà essere presentato al Parlamento, contiene una serie di specificazioni sugli obiettivi, la struttura e l'articolazione del Sistema Informativo Sanitario.

2. Il Sistema Informativo Sanitario è costituito dall'insieme della strumentazione del personale e delle procedure necessarie per la rilevazione ed elaborazione delle informazioni utili ai seguenti fini:

- a) conoscenza delle condizioni sanitarie delle popolazioni;
- b) programmazione sanitaria;
- c) gestione dei servizi sanitari.

3. Il Sistema Informativo Sanitario deve essere organizzato tenendo conto delle peculiari caratteristiche dei servizi sanitari, della natura delle informazioni da gestire e dell'articolazione del Servizio Sanitario Nazionale. Sono, pertanto, da prevedersi diversi livelli territoriali con funzioni e caratteristiche differenti.

3.1) A livello di distretto è da prevedersi la rilevazione dei dati sui cittadini ivi residenti; in linea generale non è invece prevista l'attività di elaborazione, per la quale si richiede un complesso di risorse disponibili solo a livelli territoriali superiori.

3.2) A livello di Unità Sanitaria Locale è da prevedersi la rilevazione dei dati che si riferiscono ai servizi sanitari operanti nel territorio di

competenza, nonché l'archiviazione e l'elaborazione di tutti i dati, ovunque rilevati, che si riferiscono alla popolazione abitualmente presente nel territorio. Ciò comporta la realizzazione del Sistema Informativo Locale (S.I.L.) che rappresenta l'unità operativa periferica del Sistema Informativo Sanitario operante a livello regionale.

Esso riceve e fornisce informazioni ai seguenti servizi operanti nel territorio:

- servizi sanitari propriamente detti;
- altri servizi socio-sanitari (asili nido, scuole, fabbriche, case di riposo, ecc...);
- servizi amministrativi per la gestione delle strutture sanitarie;
- altri sistemi informativi (anagrafi comunali, ecc.).

I servizi sanitari propriamente detti comprendono:

- a) servizi di base (medicina generica e pediatria, servizi di igiene pubblica, ecc...);
- b) servizi intermedi o integrativi di quelli di base (poliambulatori specialistici);
- c) servizi ospedalieri.

Il S.I.L. è organizzato secondo criteri modulari, tenendo conto delle risorse e delle caratteristiche del territorio.

Nelle grandi città è da prevedersi un livello intermedio, o circoscrizione, che comprende più U.S.L. e assorbe i compiti dei relativi sistemi informativi.

3.3) Il Sistema Informativo Regionale (S.I.R.) rappresenta la sede di raccolta e di elaborazione di tutte le informazioni sanitarie che interessano la regione; non è, invece, da prevedersi a questo livello la rivelazione dei dati individuali.

Il S.I.R. controlla la situazione sanitaria e l'attività dei servizi delle diverse U.S.L., elabora i dati occorrenti per la programmazione sanitaria regionale e per l'osservatorio epidemiologico, trasmette al Sistema Informativo Nazionale le informazioni occorrenti per la programmazione sanitaria nazionale.

3.4) Il Sistema Informativo Nazionale (S.I.N.) si avvale dell'insieme dei Sistemi Informativi Regionali: esso riceve ed elabora le informazioni occorrenti per la programmazione sanitaria nazionale.

4. Le informazioni da rilevare ed elaborare si distinguono in dati individuali (riferiti alle singole persone) e collettivi (riferiti ai servizi e alle strutture); tali dati possono, inoltre, essere distinti secondo la loro natura in:

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

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

b) I dati demografico-sociali comprendono le principali informazioni a carattere anagrafico ed economico-sociale sui singoli individui e sull'intera popolazione.

c) I dati sanitari individuali comprendono le principali informazioni rilevate in occasione dei contatti tra il singolo cittadino e le strutture sanitarie; in particolare, gli eventi che sono spesso occasione di contatto con il Servizio sono:

- gravidanze normali o complicate;
- parti fisiologici o patologici;
- malformazioni congenite;
- sviluppo psico-fisico;
- vaccinazioni;
- casi di malattia;
- casi di infortunio (da lavoro o extra lavoro);
- casi di incapacità al lavoro temporanea o permanente.

E', inoltre, da prevedersi la rilevazione di alcune informazioni cliniche fondamentali utili soprattutto nei casi di emergenza (gruppo sanguigno, malattie croniche gravi, allergie e intolleranza a particolari medicinali,

ecc.), che nel loro insieme si possono definire col termine di « storia clinica di base ».

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

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

5. Il S.I.S. può rappresentare, a livello locale, un importante strumento di integrazione dei servizi sanitari, che oggi spesso operano in maniera non coordinata.

Sotto questo profilo, i servizi sanitari nel loro insieme costituiscono oggi un sistema che si può definire « tripolare », in quanto costituito da tre distinti sistemi destinati rispettivamente ai pazienti ricoverati, ai pazienti ambulatoriali e alle cure domiciliari; a sua volta, ciascuno dei tre sistemi, comprende una serie di sotto-sistemi non sempre tra di loro collegati. Così, ad esempio, il sistema destinato all'assistenza con ricovero comprende, oltre agli ospedali e alle case di cura private, una serie di altri servizi socio-sanitari destinati alle persone anziane, agli handicappati, ai convalescenti, ecc...; il sistema destinato alle prestazioni ambulatoriali comprende, oltre agli ambulatori degli ospedali e dei disciolti enti mutualistici, numerose altre strutture per l'assistenza alla maternità e all'infanzia, per la medicina scolastica, la medicina del lavoro, ecc.

Uno dei principali problemi determinati da questa situazione, che rappresenta anche una causa dell'attuale crisi del sistema sanitario, è la mancanza di efficienti collegamenti tra i diversi sistemi e sotto-sistemi, in modo tale che esiste ovviamente il flusso di pazienti da una struttura all'altra, ma non vi è un adeguato flusso di informazioni.

Così, ad esempio, il medico generico che invia il paziente all'ospedale quando ritiene necessario il ricovero, spesso non fornisce al personale sanitario ospedaliero sufficienti informazioni sullo stato di salute del suo paziente. Quando quest'ultimo viene dimesso, soltanto raramente l'ospedale invia al medico curante un completo rapporto sulle condizioni cliniche, sugli accertamenti diagnostici effettuati e sul trattamento terapeutico praticato. Altrettanto carente è lo scambio di informazioni tra il medico generico e gli specialisti ambulatoriali e tra questi ultimi e l'ospedale.

In definitiva, i servizi socio-sanitari sono attualmente tra di loro separati sia sotto il profilo gestionale, che sotto l'aspetto operativo.

Con l'entrata in vigore della riforma sanitaria la gestione dei servizi sarà unificata a livello di U.S.L., ma dovranno essere garantiti anche i collegamenti sul piano operativo, attraverso un più completo e regolare scambio di informazioni.

L'attivazione degli strumenti informativi previsti dalla legge 833 e dal Piano Sanitario Nazionale, e in particolare dall'istituzione del « libretto sanitario individuale » potranno costituire un valido mezzo per ovviare a questa situazione.

Ma, allo scopo di rendere razionale ed efficiente il flusso delle informazioni, si rende necessario sviluppare alcuni adempimenti preliminari all'attivazione del sistema informativo sanitario, e cioè:

— definire un elenco di informazioni socio-sanitarie essenziali, individuali e collettive;

— stabilire le modalità generali di rilevazione e le procedure di elaborazione;

— individuare alcuni indicatori socio-sanitari indispensabili per valutare le condizioni di salute della popolazione, la situazione del territorio e l'attività dei servizi sanitari, soprattutto per quanto riguarda l'efficacia e l'efficacia degli interventi.

E' necessario che tali criteri vengano definiti a livello nazionale, allo scopo di consentire l'acquisizione di informazioni omogenee in tutte le diverse zone del Paese, ferma restando la possibilità di completare a livello locale tali informazioni con tutte le altre che si rendessero necessarie in base alle specifiche situazioni.

6. Tra gli strumenti informativi che possono essere utilizzati per favorire l'integrazione tra i servizi sanitari, particolare importanza presenta il libretto sanitario personale che, ai sensi della legge 833, dovrà essere consegnato a tutti i nuovi nati a cura delle U.S.L. e secondo un modello approvato con Decreto del Ministro della Sanità. E' questo, tuttavia, uno strumento importante, ma non esaustivo di tutte le esigenze informative per una serie di motivi: dovranno trascorrere molti anni prima che tutti i cittadini ne siano in possesso; dovrà essere custodito dai singoli interessati e sarà quindi non facilmente utilizzabile per le rilevazioni statistiche; pur

essendo predisposto secondo un modello unitario, la sua compilazione sarà affidata a tutti i singoli medici con i quali l'utente verrà a contatto, e quindi potrà risentire di fattori soggettivi di perturbazione delle informazioni.

Sulla base delle esperienze già effettuate specie all'estero, non sembra auspicabile l'istituzione di « banche di dati » a livello nazionale o regionale, presso le quali dovrebbero essere archiviate tutte le informazioni socio-sanitarie sui singoli utenti del Servizio Sanitario e dalle quali le informazioni stesse dovrebbero essere facilmente ottenibili in occasione di ogni ricorso a singole strutture sanitarie.

E, invece, da preferire un sistema di rilevazione delle informazioni ritenute essenziali, provenienti dai servizi sanitari dell'U.S.L. e dai sistemi informativi extra-sanitari (quali le anagrafi comunali, le istituzioni scolastiche, le fabbriche, ecc...), al duplice fine di:

— ottenere i dati più importanti sulle condizioni di salute della popolazione e sul ricorso ai servizi sanitari;

— garantire il necessario flusso delle informazioni sul singolo utente in occasione dei passaggi dell'utente stesso da un servizio all'altro.

A titolo esemplificativo si riporta un modello di sistema informativo locale fondato su di una « base-dati » ipotizzata in funzione delle specifiche esigenze operative dei servizi e delle finalità sopra enunciate.

Il sistema informativo sanitario a livello locale è costituito essenzialmente da una base-dati, che a sua volta è formata da tanti records individuali quante sono le persone che vivono nel territorio, e da un archivio nel quale sono contenute tutte le informazioni a carattere generale.

Nei records individuali sono contenuti tre gruppi di informazioni: dati anagrafici, dati sul ricorso ai servizi sanitari, dati clinico-anamnestici di base.

Il primo gruppo comprende i seguenti dati: numero di identificazione, sesso e data di nascita, comune di residenza, professione o condizione non professionale. Il numero di identificazione si riferisce alla famiglia e contiene anche il codice progressivo familiare, che consente di ricercare, se necessario, le informazioni sugli altri componenti della medesima famiglia.

Il secondo gruppo di informazioni comprende i seguenti dati: visite medico-generiche ambulatoriali e domiciliari con la data, la diagnosi e la terapia prescritta; ricoveri in ospedale con la data di entrata e di uscita, la

diagnosi, l'eventuale intervento chirurgico; visite specialistiche ambulatoriali con data, tipo di prestazione e diagnosi.

Il terzo gruppo di informazioni comprende i principali dati anamnestici e clinici, come ad esempio le più importanti malattie sofferte, il gruppo sanguigno, gli eventuali stati patologici, ecc.

Il sistema informativo locale è utilizzato dai servizi sanitari sia in fase di input che di output, in quanto riceve dai servizi i dati sul ricorso alle prestazioni sanitarie e l'aggiornamento dei dati individuali e fornisce ai servizi sanitari le informazioni contenute nella base-dati.

La rilevazione delle informazioni da parte dei servizi sanitari può avvenire mediante semplici moduli che, in parte, sono già in uso, come quelli per le prescrizioni dei medici generici nel sistema mutualistico, le schede nosologiche individuali adottate negli ospedali, ecc.

Le informazioni anagrafiche possono essere rilevate sia attraverso gli elenchi degli enti di assistenza sanitaria (per le persone che già usufruiscono di assistenza), sia attraverso gli « stati di famiglia » esistenti presso gli uffici comunali.

Al termine di ciascun anno vengono trasferiti su nuovi records individuali i dati anagrafici aggiornati e i principali dati anamnestici e clinici che sono stati rilevati; tutte le altre informazioni sono trasferite su speciali archivi per finalità statistico-organizzative.

Il « software » del sistema informativo locale deve essere strutturato in modo da assicurare le seguenti procedure operative:

— in fase input, acquisizione delle informazioni, elaborazione e organizzazione dei dati dei records individuali (dopo gli opportuni controlli di qualità delle informazioni);

— in fase output, ricerca del record individuale richiesto e, eventualmente, dei records degli altri componenti la famiglia; trasmissione o stampa delle informazioni richieste (tutti i dati contenuti nei records individuali o solo parte di essi).

Deve, inoltre, essere previsto un programma di accesso ai dati con doppia chiave: la prima, che serve per garantire il segreto professionale, protegge i dati dei records individuali, lasciando libero accesso a quelli di archivio (che non si riferiscono alle singole persone); la seconda, serve ad evitare errori o confusioni nell'aggiornamento e nella memorizzazione dei

dati, consente di modificare soltanto la parte dei records individuali che si riferisce al servizio sanitario interessato (così, ad esempio, in base alle informazioni provenienti dal sottosistema ospedaliero possono essere modificati soltanto i dati contenuti nella rispettiva sezione dei records individuali).

Devono, infine, essere previsti anche programmi di elaborazione dei dati statistico-organizzativi, nonché speciali programmi di « interfacciamento » con gli altri sistemi informativi locali, regionali e nazionali.

APPENDICE

PRESENZE E ADESIONI

Abbate Fabrizio	Boni Piero
Agnesa Ario	Bordigoni Natalino
Aiuti Elio	Borello Giovanni
Allampre Pasquale	Borgia Giuseppe
Allocca Raffaele	Borgonovi Elio
Aluisetti Giuseppe	Borruso Vincenzo
Andreani Domenico	Bosio Luigi
Angelillo Bruno	Bottelli Mario
Annibaldi Paolo	Bova Salvatore
Appolloni Alessandro	Brancati Aldo
Aragona Consalvo	Brattoli Vincenzo
Arbosti Graziano	Brenna Antonio
Arculus Ronald	Bruni Giancarlo
Ardigò Achille	Bruni Maria Teresa
Aristodemo Franco	Brusca Antonino
Armellin Lino	Bruschi Pietro
Aru Luigi	Buttinelli Domenico
Balducci Fausto	Cagli Umberto
Balloni Augusto	Campari Marco
Balma Renato	Cañadas Gabriel
Barettoni Arleri Alberto	Cannavò Francesco
Barra Caracciolo Tommasina	Capodaglio Elio
Basile Alberto	Caporale Giuliano
Basso Filippo	Carli Guido
Battaglia Aldo	Carra Vittorino
Beguinet Corrado	Casagrande Giuseppe
Bellani Luigino	Catalano Luigi
Berti Angelo	Catelani Riccardo
Bigi Selvino	Cati Anselmo
Biondi Sergio	Cavallaro Antonino
Bonfanti Donato	Cecati Vittorio

Ciabattini Raffaele
Canziano Luciano
Ciampelletti Alberto
Cingolani Arrigo
Cintolo Giorgio
Claps Nicola
Cofelice Mirko
Colozzi Ivo
Comelli Antonio
Consolini Mario
Contento Ivo
Coppa Giorgio
Coppini Giorgio
Coppini Mario Alberto
Corghi Corrado
Corona Armando
Corsini Mario
Costa Mario
Cravero Dario
Cudòs Samblancat José Luis
Cutrona Carolina
D'Alba Biagio
Dal Fabbro Giuseppe
Dal Santo Giuseppina
D'Amelio Giuseppe
Daniele Mario
D'Aquino Rosa
D'Attilia Francesco
De Baris
De Benedictis Michele
De Bonis
De Cesare Giovanni
D'Elia Fausto
De Giuseppe Giorgio
Delogu Severino
De Luca Giovanni
De Luca M. Pia
De Marzi Fernando
Di Bella Biagio
Diana Alfredo

Di Giacomo Nunzio
Di Loreto Paolo
Di Nardi Giuseppe
Di Paola Sandro
Di Stefano Vittorio
Dominijanni Bruno
Donati Antigono
Dörr Willi
Dosio Andrea
D'Ursi Michele
Fantoni Angelo
Fasolo Emma
Fassari Luciano
Favuzzi Enrico
Fazio Cornelio
Fazio Nicola
Ferrara Giovanna
Ferrari Massimo
Ferri Rocco
Ficari Antelio
Fimognari Giuseppe Beniamino
Floramo Luciano Antonino
Forcignanò Giovanni
Fornera Giulio
France Georges
Frezza Gaetano
Gabriele Mario
Gaetani Alfonso
Gandolfo Giancarlo
Gargano Teresa
Gasparri Stefano
Gemmi Alberto
Germozzi Manlio
Gerace Luciano
Ghergo Alberto
Giacchetto Giuseppe
Giannico Luigi
Giobbi Aldo
Giovanardi Augusto
Granaglia Elena

Grassi Aldrigo
Grassi Pietro
Graziosi Dante
Grimaldi Sergio
Hanau Carlo
Lafougère Michel
Lanzaroni Dario
La Rosa Michele
Leli Lelio
Leone Mario
Leopardi Giacomo
Leopizzi Felice
Levi Sandri Lionello
Liguori Francesco
Lioj Andrea
Loiacono Giuseppe
Loreti Paolo
Lorenzetto Renato
Lubboch Annina
Lussignoli Francesco
Macchia Bruno
Madonia Saverio
Maffei Claudio
Magi Donato
Malerba Angelo
Mallardo Elvira
Malfatti Franco
Mancusi Angelo
Manni Corrado
Mantovani Adriano
Manzari Giuseppe
Marcora Giovanni
Mari Luigi
Marin Gianni
Marino Romualdo
Marmioli Luigi
Martinelli Mario
Martucci Giuseppe
Marzi Orazio
Mastrocinque Ofelia

Mazzaglia Antonino
Melaragno Eriberto
Mengoni Luigi
Migliari Giulio
Mincarelli Renato
Monti Mario
Monticelli Giorgio
Moretti Giovanni
Morini Danilo
Mühlen Ewald
Munzi Bitetti Patrizia
Murzi Alessandro
Natale Marcello
Natali Giorgio
Nerozzi Marta
Nicolini Riccarda
Nicolodi Marcello
Nuccio Renato
Ordine Filippo
Orlandi Flavio
Ortolani
Ossicini Adriano
Paderni Sergio
Pagetta Marcello
Palermo Enrico
Pandolfi Filippo Maria
Paone Natalino
Paretti Orazio
Parlagreco Attilio
Parodi Eolo
Pastorino Elio
Pedone Antonio
Petralia Enzo
Petroli Umberto
Perusini Perusino
Pierangeli Daniela
Piersanti Franco
Piperno Aldo
Placco Francesco
Pocchiari Francesco

Polidoro Francesco
Polizzi Rosario
Poloni Carlo
Porcu Sebastiano
Poscetti Marcello
Prugnola Sirio
Puaux François
Quagliariello Ernesto
Quarenghi Vittoria
Quarta Giovanna
Racco Mario
Ramaccini Luciano
Rampazza Luciana
Ranalli Giovanni
Ravenna Ruggero
Ravecca Lino
Recchia Pierluigi
Reggio Giuseppe
Renzulli Aldo
Ricci Alfredo
Ricciuti Maria
Roghetto Aldo
Rognoni Virginio
Romano Leonardo
Romeo Michelangelo
Rossanda Marina
Rossi Carmine
Rossi Franco
Rumbo Giuseppe
Russo Iervolino Rosa
Russo Valerio
Sanna Antonio
Santarelli Giulio
Santoro Giuseppe
Sarli Cosimo
Savini Nicci Angelo
Sartori Paolo
Scarpitti Luciano
Schwarz Emma
Segovia Arana
Sepe Virginio

Serio Angelo
Sgueglia Antonio
Spandonaro Manlio
Spinelli Altiero
Splendori Franco
Stallone Michele
Stanzani Claudio
Stefanini Paride
Sullivan Peter
Tavazza Franco
Tavernese Raffaele
Thiery Giovanni
Thurner Renzo
Tomaselli Salvatore
Tomelleri Angelo
Torricini Sandra
Tripodi Franco
Turco Edoardo
Turrini Olga
Uccelli Elio
Ulissi Laerte
Urso Giacinto
Valentino Valentino
Valitutti Salvatore
Valli Giuseppe
Vanni Raffaele
Vannugli Raffaele
Veronesi Ernesto
Verzelli Silvano
Vestri Giorgio
Vetere Carlo
Vigini Arturo
Vigone Luciano
Vitale Agostino
Vitale Natale
Vitali Lucia
Vixseboxse Jan
Woicki Wojciech
Zanella Everardo
Zito Francesco
Zurla Paolo

PROGRAMMA DELL'INCONTRO

Martedì 9 Ottobre 1979
ore 9,30

Apertura dei lavori

Saluto dell'on.le **Bruno Storti**, Presidente del CNEL

Presentazione dell'Incontro

dott. **Giorgio Coppa**, consigliere del CNEL, coordinatore del gruppo lavoro per la sanità, membro del Consiglio sanitario nazionale

Orientamenti del piano sanitario nazionale

dott. **Sergio Paderni**, dirigente generale dell'Ufficio centrale per la programmazione sanitaria del Ministero della Sanità

POLITICHE DI CONTENIMENTO, RAZIONALIZZAZIONE E CONTROLLO DELLA SPESA SANITARIA PUBBLICA IN EUROPA

Introduzione al tema

prof. **Mario Alberto Coppini**, consigliere del CNEL, presidente del Comitato tecnico-scientifico per la programmazione sanitaria nazionale

La politica sanitaria in Europa

prof. **Brian Abel-Smith**, Inghilterra, London School of Economics and Political Science, Department of Social Science and Administration

Martedì 9 Ottobre 1979
ore 15,30

Comunicazione del

dott. **Giovanni Tamburi**, direttore del dipartimento sicurezza sociale dell'Ufficio Internazionale del Lavoro

Programmazione, controllo e gestione budgetaria della spesa sanitaria in Polonia

dott. **Stefan Zielinski**, Polonia, direttore generale per l'assistenza sanitaria e la riabilitazione del Ministero della Sanità e della Sicurezza Sociale

Controllo budgetario della spesa ospedaliera in Francia

M. Eric Schmieder, Francia, direttore aggiunto della Direzione generale degli ospedali del Ministero della Sanità e della Sicurezza Sociale

Discussione

Mercoledì 10 Ottobre 1979
ore 9,30

Comunicazione del

dott. **L. Crijns**, direttore della Direzione Generale Occupazione e Affari Sociali della CEE

Comunicazione del

dott. **Richard Draperie**, capo del Servizio Sicurezza Sociale della CEE

La spesa sanitaria pubblica in Gran Bretagna

Mr. W. Scott-Moncrieff, Inghilterra, Divisione Finanze del Ministero della Sanità e della Sicurezza Sociale

Tecniche budgetarie ed articolazione del bilancio nel quadro della carta sanitaria in Francia

M. D. Gautier, Francia, responsabile per il bilancio della Direzione generale degli ospedali del Ministero della Sanità e della Sicurezza Sociale

Mercoledì 10 Ottobre 1979
ore 15,30

INTEGRAZIONE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI A LIVELLO DI UNITA' LOCALI

Introduzione al tema

prof. **Achille Ardtgò**, consigliere del CNEL, membro del Consiglio sanitario nazionale

Integrazione dei servizi socio-sanitari nelle recenti esperienze danesi

dott. **Nils Rosdahl**, Danimarca, vice direttore generale del dipartimento sanità del Ministero degli Affari Sociali

Programmazione e gestione in un'Area sanitaria (A.H.A.): il Bedfordshire

Mr. **W.H. Shephard**, Inghilterra, tesoriere del Bedfordshire Area Health Authority

Discussione

Giovedì 11 Ottobre 1979
ore 9,30

Comunicazione del

dott. **Franco Marziale**, direttore della divisione di sanità pubblica del Consiglio d'Europa

Esperienze europee di integrazione dei servizi socio-sanitari

dott. **Carlos Montoya**, Divisione per la pianificazione dell'O.M.S.

Integrazione dei servizi socio-sanitari, preventivi, terapeutici e riabilitativi a livello locale in Polonia

dott. **Julian Zabicki**, Polonia, direttore del centro di medicina del lavoro di Nowa Huta

Interventi conclusivi

on.le **Renato Altissimo**, Ministro della Sanità

on.le **Bruno Storti**, Presidente del CNEL.

GRUPPO DI LAVORO PER LA SANITA':

Dr. Giorgio COPPA

Coordinatore del Gruppo

Prof. Achille ARDIGÒ

Prof. Mario Alberto COPPINI

Dr. Orazio PARETTI

Prof. Attilio PARLAGRECO

Sig. Elio PASTORINO

Dr. Perusino PERUSINI

Sig. Ruggero RAVENNA

SEGRETERIA TECNICA DELL'INCONTRO

Dott. Luciana ACQUAFRESCA

Prof. Franco ILLUMINATI

Dott. Pietro ROSI

Sig.a Dina VOLPATO

BIBLIOGRAFIA

Bibliografia d'interesse sanitario predisposta dal Servizio Documentazione e Biblioteca del CNEL per il « Primo incontro internazionale di studio sulla riforma sanitaria ».

- ANGELICI MARIO: *Principi di diritto sanitario*. Milano, Giuffrè, 1974.
I Parte generale.
- ANNULLI GIUSEPPE: *Previdenza e sicurezza sociale in Europa*. Milano, ISEDI, 1977.
- BARBANO FILIPPO: *Sanità, salute e servizi sociali*. Istituto di Scienze politiche dell'Università di Torino. Torino, Stampatori Università, 1977.
- BARETTONI ARLERI ALBERTO: *Diritto della sicurezza sociale. Scritti di diritto pubblico*. Milano, Giuffrè, 1979.
- BARRO GIANNI: *La qualità della salute. Dalla riforma un nuovo sapere medico*. Roma, Editrice R. Napoleone, 1978.
— *La riforma sanitaria*. Ed. Sindacale italiana, 1979.
- BASILE L.: *Medici ospedalieri e case di cura private*. Milano, A. Giuffrè, 1978.
- BELLINI VITO: *Sanità e sicurezza sociale nella legislazione regionale*. Padova, CEDAM, 1974.
— *Le assicurazioni sociali nel quadro dell'ordinamento regionale*. Roma, Ed. Ragno 1977.
- BERLINGUER GIOVANNI: *Medicina e politica*. Bari, De Donato, 1973.
— *Sicurezza e insicurezza sociale*. Roma, Leonardo Edizioni Scientifiche, 1968.
— *Una riforma per la salute. Iter e obiettivi del Servizio sanitario nazionale*. Bari, De Donato, 1979.
— *La salute nelle fabbriche*. Bari, De Donato, 1977.
— *La sanità pubblica nella programmazione economica*. Roma, Leonardo edizioni scientifiche, 1978.
— *La riforma sanitaria. Legge 23 dicembre 1978 n. 833. Istituzione del servizio sanitario nazionale. Legislazione complementare. Atti parlamentari. Dottrina*. Verona, Giuridica editrice, 1979.
- BRIZIARELLI L. - MODOLO M.A. - MORI M.: *Problemi della riforma sanitaria. Funzioni e formazione del personale sanitario. Rapporto di un viaggio di studio in 5 paesi europei*. Roma, Istituto Italiano di medicina sociale, 1974.
- BRUNI GIANCARLO: *Un piano sanitario per la Lombardia*. Milano, ETAS-KOMPASS, 1969.

- BRUTTI CARLO-SCOTTI FRANCESCO: *Psichiatria e democrazia. Metodi obiettivi di una politica psichiatrica alternativa*. Bari, De Donato, 1976.
- BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL: *Le coût de la sécurité sociale, 1949-1954*. Genève, B.I.T., 1958.
- *Introduction à la sécurité sociale*. B.I.T., Genève, 1970.
- *Le sécurité sociale en agriculture*. B.I.T. Genève, 1970.
- BUTTINELLI D.: *Il servizio sanitario nazionale. Una riforma indispensabile e urgente*. Milano, F. Angeli, 1977.
- CAMPIGLIO LUIGI: *Lavoro salariato e nocività. Infortuni e malattie del lavoro nello sviluppo economico italiano*. Bari, De Donato, 1976.
- CARNEVALI ORFEO ed.: *Manuale per la formazione e l'aggiornamento degli infermieri professionali. Problemi sanitari e sociali dell'uomo sano o malato*. Roma, Il Pensiero Scientifico, 1979.
- CHIRI SALA MAURIZIO: *Lavoro e sicurezza sociale tra Stato e Autonomie regionali*. Milano, Giuffrè, 1977.
- CHITI MARIO: *Problemi della contrattazione collettiva ospedaliera*. Milano, A. Giuffrè, 1978.
- COCHRANE, ARCHIBALD, L.: *L'inflazione medica. Efficacia ed efficienza nella medicina*. Milano, Feltrinelli, 1978.
- COLOMBO VITTORINO: *La giungla sanitaria. Idee per una riforma dei servizi sanitari*. Firenze, Vallecchi, 1977.
- C.N.E.L. — *Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro:*
- *Parere sul disegno di legge per l'estensione dell'assicurazione obbligatoria invalidità vecchiaia e superstiti agli artigiani e loro familiari*. (Assemblea 3 ottobre 1958).
 - *Parere sullo schema di disegno di legge recante miglioramenti alle pensioni della Cassa Nazionale per la Previdenza Marinara*. (Assemblea del 3 febbraio 1959).
 - *Parere sul disegno di legge per la riscossione unificata dei contributi di previdenza e assistenza sociale*. (Assemblea del 20 dicembre 1960).
 - *Parere sullo schema di disegno di legge recante miglioramenti nelle prestazioni dell'assicurazione contro le malattie dei lavoratori agricoli*. (Assemblea 15 gennaio 1963).
 - *Osservazioni e proposte sulla riforma della previdenza sociale*. (Assemblea 3 ottobre 1963).
 - *Parere sulla Relazione della Commissione Ministeriale, istituita ai sensi dell'art. 25 della legge n. 1338 del 12 agosto 1962, per la revisione e armonizzazione dell'assicurazione per l'invalidità, la vecchiaia e i superstiti*. (Commissione per il Lavoro, la Previdenza Sociale e la Cooperazione, 29 ottobre 1963).
 - *Parere sullo schema di disegno di legge concernente la istituzione di un brevetto speciale nel settore dei medicinali e istituzione di una licenza nell'interesse della sanità per l'uso non esclusivo delle relative invenzioni brevettate*. (Assemblea 16 dicembre 1963).
 - *Parere sul progetto di programma di sviluppo economico per il quinquennio 1965-1969*. (Assemblea 25 marzo 1965).
 - *Parere sullo schema di disegno di legge concernente il servizio di medicina del lavoro nell'azienda*. (Assemblea 18 maggio 1965).

- *Osservazioni e Proposte sul riordinamento della prevenzione contro gli infortuni e le malattie derivanti dal lavoro.* (Assemblea del 20 novembre 1967).
- *Osservazioni e Proposte sulla riscossione dei contributi di previdenza ed assistenza sociale.* (Assemblea 18 e 19 dicembre 1967).
- *Osservazioni e Proposte sul problema delle attività della CEE per l'armonizzazione delle legislazioni nel settore dei prodotti medicinali.* (Commissione per la Produzione Industriale e il Commercio 15 ottobre 1969).
- *Parere sul Documento Programmatico preliminare (parte I) al piano quinquennale 1971-1975.* (Assemblea 19-20 gennaio 1972).
- *Studio sulle linee di programma per una politica sociale comunitaria.* (Assemblea 30 marzo 1973).
- *Studio sui problemi dell'armonizzazione dei sistemi di sicurezza sociale dei Paesi della CEE.*
- *Osservazioni e Proposte concernenti interventi e provvidenze straordinari per i lavoratori emigrati colpiti dalla congiuntura.* (Assemblea 10 febbraio 1975).
- *Osservazioni e Proposte sui problemi attuali dell'emigrazione.* (Assemblea 9 aprile 1976).
- *Parere sul disegno di legge concernente la istituzione del servizio sanitario nazionale.* (Assemblea 13-14 aprile 1977).
- *Parere sul disegno di legge recante «Norme per il riordinamento dei trattamenti pensionistici».* (Assemblea, 15-16 gennaio 1979).

COMUNITÀ ECONOMICA EUROPEA

- *Finanziamento della sicurezza sociale nei paesi della CEE.* Bruxelles, 1962.
- *Studio comparativo delle prestazioni di sicurezza sociale nei paesi della CEE.* Bruxelles, 1962.
- *Studio sulla fisionomia attuale della sicurezza sociale nei paesi della CEE.* Bruxelles, 1962.
- *I regimi complementari di sicurezza sociale nei paesi della CEE.* Bruxelles, 1966.
- *Incidenze economiche della sicurezza sociale, 1970.*
- *Studi economici e finanziari sulla sicurezza sociale. Relazione di sintesi.* Bruxelles, 1971.
- *Tabelle comparative dei regimi di sicurezza sociale applicabili nei paesi membri della Comunità.*

CONFEDERAZIONE GENERALE DELL'INDUSTRIA ITALIANA

- *Considerazioni su alcuni aspetti tecnico-finanziari dell'istituzione del servizio sanitario nazionale.* Roma, Laboratorio Arti Grafiche, dicembre 1978.
- *Osservazioni al progetto del piano sanitario nazionale per il triennio 1980-82.* Roma, Laboratorio Art. Grafiche, luglio 1979.

COPPINI MARIO ALBERTO: *Aspetti economici della sicurezza sociale.* Soc. Ed. Vita e pensiero, Milano, 1967.

COSÌ GIOVANNI: *La liberazione artificiale. L'uomo e il diritto di fronte alla droga.* Milano, A. Giuffrè, 1979.

DE CESARE GIOVANNI: *Stato e prospettive del diritto sanitario.* Roma, Bulzoni, 1974.

- DELOGU SEVERINO: *Sanità pubblica, sicurezza sociale e programmazione economica*. Einaudi Ed. Torino, 1967.
- *La salute dietro l'angolo. Dalla riforma una svolta nella organizzazione sanitaria del paese*. Roma, Napoleone ed. 1978.
- DEL VECCHIO GIOVANNI: *Sanità pubblica. Corso di lezioni*. Roma, Edizione Elia, 1963.
- DI CERBO FERNANDO: *La tutela della salute nell'ordinamento giuridico italiano*. Roma, Ed. Jandi Sapi, 1978.
- DI RENZO T. - SCALBRIN R.: *La Palude Sanitaria. Analisi della riforma sanitaria. I compiti dei Comuni e delle Regioni: il caso Veneto*. Verona, Arsenal Cooperativa Editrice, 1979.
- FORNARI FRANCO: *Psicoanalisi e istituzioni. Atti sul Congresso internazionale tenuto all'Università di Milano 30 ottobre-1° novembre 1976*. Firenze, Le Monnier, 1978.
- FORNERO ELSA: *Problemi nella valutazione dei costi della riforma sanitaria*. (In: *Ciclo e sviluppo nell'economia italiana*). Milano, F. Angeli, 1976.
- FORNI ARVEDO: *Il pianeta previdenza. Assistenzialismo, giungla pensionistica, sicurezza sociale*. Bari, De Donato, 1979.
- FORTE FRANCESCO - REVIGLIO FRANCO: *La finanza della sicurezza sociale*. Torino, UTET, 1975.
- FRANCISCONI DORO: *Lavoratori e organizzazione sanitaria. Il contributo del sindacato alla riforma sanitaria*. Bari, De Donato, 1978.
- GEORGE VICTOR: *Social security and society*. London, 1973.
- GIUGNI GINO: *La politica del lavoro e della sicurezza sociale del Centro sinistra*. Bologna, Il Mulino, 1973.
- GOLDWRM G.F. - ALBERT G.G.: *Dal manicomio al territorio. Esperienze di nuova psichiatria nella prospettiva della riforma sanitaria in provincia di Pavia*. Roma, Il Pensiero Scientifico, 1978.
- GUASPARRI GIANCARLO: *Per un servizio sanitario nazionale*. Il « National Health Service ». Milano, Giuffrè, 1964.
- HOBSON W.: *Teoria e pratica della sanità pubblica*. Padova, Piccin Ed. 1974. (Voll. 2).
- JAMBU-MERLIN, ROGER: *La sécurité sociale*. Paris. 1970.
- ILLUMINATI FRANCO - SARTI MAGI LUIGI: *L'etica nel costo della salute*. Ediz. Le Monnier 1978.
- IZZO RAFFAELE: *Diritto sanitario e ospedaliero*. Napoli, Simone ed. 1977.
- KLARMAN H.E.: *Principi di economia sanitaria*. Milano, F. Angeli, s.d. 1970.
- *L'economia sanitaria*. Milano, F. Angeli, 1976.
- LA ROSA, M. - MINARDI, E. - MONTANARI, A.: *I servizi sociali tra programmazione e partecipazione*. Collana « Servizi sociali e territorio » diretta da A. Ardigò. Milano, F. Angeli, 1977.
- LEGA CARLO: *Il diritto alla tutela della salute in un sistema di sicurezza sociale*. Roma, Istituto Italiano di Medicina Sociale, 1970.

MANGILI FRANCO: *Legislazione sanitaria e medicina legale*. Milano, Ferro, 1970.

MERUSI FABIO - BARGAGNA MARINO: *La cartella clinica*. Milano, Giuffrè, 1978.

MINISTERO DELLA SANITÀ - CENTRO STUDI

Serie Rapporti

- *L'istituzione del servizio sanitario nazionale*. Voll. 2, Roma, 1977.
- *Le strutture sanitarie extraospedaliere*. Roma, 1974.
- *L'organizzazione sanitaria di dieci paesi europei*. Roma, 1974.
- *Il servizio sanitario francese*. Roma, 1975.
- *I servizi sanitari e sociali in Inghilterra - Prospettive per le riforme italiane*. Roma, 1975.
- *L'associazionismo tra gli invalidi*. Roma, 1975.
- *I servizi consultoriali nel campo del disadattamento*. Roma, 1975.
- *I servizi sanitari e sociali nelle esperienze regionali*. Roma, 1975.
- *La tutela sanitaria del lavoro in Italia*. Roma, 1975.
- *La distribuzione regionale della spesa sanitaria*. Roma, 1975.
- *Il complesso universitario ospedaliero (C.U.O.)*. Roma, 1976.
- *Il fenomeno della cecità in Italia*. Roma, 1976.
- *La disciplina giuridica dei medicinali nell'ordinamento italiano e nel diritto comparato*. Roma, 1976.
- *L'assistenza psichiatrica ospedaliera ed extraospedaliera*. Roma, 1977.

Serie Quaderni di documentazione

- *L'assistenza ospedaliera in Italia. Legislazione statale e regionale*. Roma 1975.

MINISTERO DELLA SANITÀ - CENTRO STUDI

- *Towards the national health service in Italy*. Introduction to the reading of the law n. 833/1978 and general information a cura del prof. A. Ardigo. Special report, Roma, 1979.

MONTAGANO SILVANA - QUOTROCCHI VINCENZA - ZANOBINI AUGUSTO: *A colloquio con la folla. Le esperienze di un Servizio psichiatrico di pronto intervento*. Bari, De Donato, 1979.

MOTTURA G. - SEPPILLI A.: *La salute e i diritti dell'uomo*. Edizione italiana. (Organizzazione Mondiale della Sanità) - Roma, Il pensiero scientifico, Ed. 1978.

O.C.D.E. (Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico):

- *La formation aux professions de santé*. Paris, 1975.
- *La formation aux professions de santé dans le contexte du système de soins: l'expérience de l'Ontario*. Paris, 1975.
- *L'organisation des services de santé et de l'enseignement médical en Suède*. Paris, 1975.
- *Organiser le changement: le Service national de Santé en Grande-Bretagne*. Paris, 1975.
- *Le service national de Santé en Grande-Bretagne. Orientations politiques et conséquences en matière de formation du personnel*. Paris, 1975.
- *Santé enseignement supérieur et collectivité*. Paris, 1977.

PAIGE DEBORAH - JONES KIT: *Servizio sanitario e servizio del benessere sociale in Gran Bretagna*. Milano, CIRIEC, 1975.

- PAPALDO NINO: *Codice delle leggi sanitarie*. Milano, Giuffrè, 1970 (voll. 4).
- PECHMAN J.A. - AARON H.J. - TAUSSIG M.K.: *Social Security. Prospectives for reform*. Washington, 1974.
- PETRONI VINCENZO: *Il servizio Sanitario Nazionale*. Libro bianco sulla « Partecipazione ». Confederazione Nazionale Coltivatori Diretti - Roma, 1977.
- PETRONI VINCENZO - MARINI PIERO: *La spesa sanitaria. Storia e Leggenda*. Prefazione di Umberto Chiappelli. Milano, A. Giuffrè, 1977.
- PIERSANTI FELICE: *L'assistenza sanitaria nell'URSS*. Roma, Editrice sindacale italiana, 1963.
- PRIMICERIO B. - RABAGLIETTI G.: *Gli organi regionali di sanità*. Roma, L. Pozzi, 1975.
- PROTO MARIO: *Mal di fabbrica. Uno psicologo dei lavoratori dalla critica alle riforme*. A cura di Pasquale Scarbini. Bari, De Donato, 1977.
- RICCI R. - SAFFIRIO FRANCO: *Codice delle norme sull'igiene e la sicurezza sul lavoro*. Milano, Ist. Ed. Int., 1977.
- RUFFOLO GIORGIO: *Riforme e controriforme*. Roma, Laterza, 1976.
- SALERNO GIUSEPPE: *La riforma sanitaria*. Torino, Cartostampa, 1979.
- SEPPILLI ALESSANDRO: *La riforma sanitaria: perché, come, quando... ed altri nuovi spunti di educazione sanitaria*. A cura di Luisa Mesiti. Roma, Il Pensiero Scientifico, 1975.
- *Significato di una riforma. Motivazione e finalità della riforma sanitaria*. 2ª ed. Roma, Il Pensiero Scientifico, 1976.
- SEVERI FABIO SEVERO: *Contributo all'individuazione del ruolo delle regioni in materia di sanità*. Milano, A. Giuffrè, 1974.
- SOMOGY S. - PENNINO C. - VIZZINI S.: *L'assistenza sanitaria comunale 1952-1970*. Roma, Istituto Italiano di Medicina Sociale, 1974.
- Atti delle giornate di studio su «L'azione della medicina sociale per l'infanzia irregolare»*. Roma 17-18-19 maggio 1971. Istituto Italiano di Medicina sociale, Roma, 1974.
- Atti delle tavole rotonde su «Attualità del diritto sanitario»*. Istituto Italiano di Medicina Sociale, Roma.
- Riforma sanitaria e servizio farmaceutico*. Atti del Convegno nazionale tenutosi a Firenze il 23 giugno 1973. Quaderni CISPEL, Roma, 1973.
- Educazione sanitaria e medicina preventiva*. Fiuggi Terme 16-17 giugno 1973. Roma, Istituto Italiano di Medicina Sociale, 1975.
- Atti del convegno sui piani ospedalieri regionali in rapporto alla Legge n. 386 e l'avvio della riforma sanitaria*. Firenze, 18-19 ottobre 1974. Le Monnier, 1975.
- «*La ricomposizione dei servizi sanitari nel territorio*». Convegno promosso dall'Associazione degli Ospedali Pugliesi. Pugnochiuso, 10, 11, 12 ottobre 1975. Roma, Ragno editore, 1977.
- Congrès international de droit du travail et de la securité sociale*. VIIIème. Milano, Giuffrè, 1977 (Vol. 3).
- «*Persona, Comunità e Stato nella prospettiva della riforma dell'assistenza*». Convegno di studio. Milano, A. Giuffrè edit. 1978.
- Il servizio sanitario nazionale*. Legge 23 dicembre 1978 n. 833. «*Libreria dello Stato*» I.P.Z.S., edizioni Roma, 1979.

- Il Servizio Sanitario nazionale.* Commento alla legge 23 dicembre 1978 n. 833, con il coordinamento di Fabio Alberto Roversi Monaco. Milano, A. Giuffrè, 1979.
- Servizio Sanitario nazionale e Regionale.* Annali di studi giuridici e socio-economici (Vol. I) Roma, Ragno Editore, 1977.
- *La riforma sanitaria. I progetti di legge all'esame della Camera. Il parere del CNEL.* (Supplemento a « Informazioni parlamentari e legislative » a cura dell'Associazione Sindacale Intersind. Maggio, 1977).
- La Riforma sanitaria: un capitolo nuovo per la salute.* Roma, febbraio 1979 a cura dell'Ufficio Stampa del Gruppo Comunista del Senato.
- Verso la riforma sanitaria.* L'ente locale per la salute in fabbrica. Bari, De Donato, 1979.
- Salute e ambiente di lavoro.* L'esperienza di Terni. Bari, De Donato, 1976.
- L'handicappato destinatario o promotore d'integrazione?* (In: *Quaderni formazione domani*, n. 4, 19).
- La salute e il potere in Italia.* A cura del Collettivo dell'Istituto Superiore di Sanità. Bari, De Donato, 1971.
- Le scuole di sanità.* La formazione del personale per il Servizio sanitario nazionale. Un dibattito promosso dal P.C.I. Roma, Il Pensiero Scientifico, 1976.
- Gli enti ospedalieri,* nella prospettiva della riforma sanitaria. Milano, Vita e pensiero, 1978.
- Verso una normativa nel settore della formazione degli operatori sociali.* (Raccolta di testi legislativi e documenti) a cura dell'Amministrazione per le attività assistenziali italiane e internazionali. Roma, 1975.
- Per un sistema di sicurezza sociale in Italia. Problemi della società italiana.* A cura del Comitato di Studio per la sicurezza sociale. Bologna, Il Mulino, 1965.
- Proposta di piano socio-sanitario regionale.* Assessorato alla Sanità della Regione Calabria. Firenze, Le Monnier, 1977.
- Modelli italiani e stranieri di assistenza sanitaria.* A cura del Segretariato Generale Camera dei deputati. Quaderni di studi e legislazione, 2 volumi, Roma, 1975.
- Storia della sanità in Italia.* Metodo e indicazioni di ricerca, a cura del Centro italiano di storia ospedaliera (CISO). Roma, Il Pensiero Scientifico, 1978.
- Rapporti internazionali di sicurezza sociale.* Vol. II. A cura dell'Istituto Regionale della Previdenza Sociale. Regolamenti CEE. Roma, 1973.
- Manuale enciclopedico della sicurezza sociale.* INCA-CGIL (3 v.) Roma, 1975.
- Leggi sanitarie* testo unico 27 luglio 1934 n. 1265. Regolamenti di applicazione - Decreti modificativi ed integrativi - Nuove competenze delle Regioni. Milano, Pirola, 1978.
- Annuario Sanitario.* Ed Guida Monaci, 1978.
- Istituto Centrale di Statistica.* Dati sommari sulle statistiche sanitarie. Anno 1970. Roma, ISTAT, 1978.
- Annuario di statistiche sanitarie.* Vol. XIX. Roma, ISTAT, 1978.
- Guida per le autonomie locali.* Roma, Edizioni delle autonomie, 1979.
- Legislazione ospedaliera vigente.* Milano, Pirola, 1979.
- Accordo nazionale di lavoro per il personale ospedaliero* 1° gennaio 1977-30 giugno 1979. Roma, 1979 a cura della FIARO.

PERIODICI

- ACLI - Oggi*. Roma, 1978.
- L'assistenza sanitaria*, a cura del Centro Studi dell'Associazione dei Dirigenti del Servizio sanitario nazionale, Roma, Ragnò ed.
- L'assistenza sociale*. INCA - CGIL. Roma, 1979.
- Autonomie locali e servizi sociali*. Bologna, Il Mulino, 1977.
- Bollettino internazionale d'informazione sulla sicurezza e l'igiene del lavoro*. Roma, ENPI, 1974.
- Difesa sociale*. Roma, Istituto Italiano di Medicina sociale, 1979.
- EUROSTAT* Statistiche sociali. 1963.
- Organizzazione sanitaria*. Roma, 1979.
- Ospedali d'Italia*. Roma, FIARO, 1979.
- Previdenza sociale*. Roma, INPS, 1953.
- I problemi della sicurezza sociale*. Roma, INAM, 1959.
- Prospettive sociali e sanitarie*. Milano, 1979.
- Quaderni di sanità pubblica*, Milano, 1979.
- Le Regioni*. Bologna, Il Mulino, 1973.
- Regioni e Comunità Locali*. Roma, 1976.
- La ricerca sociale*, diretta da A. Ardigò. Milano, Franco Angeli ed.
- Rivista degli infortuni e delle malattie professionali*. Roma, INAIL, 1947.
- Rivista italiana di previdenza sociale*. Milano. Giuffrè, 1948.
- Salute e territorio*. Firenze, La Nuova Italia, 1979.
- Santé Sécurité Sociale*. Statistiques et commentaires. Paris, Ministère de la Santé et de la famille, 1977.
- Securitas*. Roma, ENPI, 1965.
- Sicurezza Sociale*. Patronato ACLI, Roma, 1979.
- Social Science of Medicine*. Oxford, Pergamon press, 1978.
- La tutela del lavoro*. Roma, ENAS, 1966.

Bibliografia segnalata dalla missione di studio.

Londra (Ministero della sanità e sicurezza sociale).

- British Information Service - BIS - Britain's health service after thirty years. July 1978.

Tavistock Institute of Human Relations:

- An exploratory study of the Rcn membership structure, 1973.
- Health of Mankind - A Ciba Foundation Blueprint
- A Summary of the Work of the Institute in Relation to the Planning and Development of Health Services. 20th March 1979.

HMSO - Her Majesty's Stationery Office:

- Department of health & Social Security - Sharing resources for health in England - Report of the Resource Allocation Working Party. 1976.
- DHSS - National Health Service - Annual Report of the Health Advisory Service to the Secretary of State for social service and Secretary of State for Wales for the year 1976.
- DHSS - Prevention and Health - December 1977.
- DHSS - A happier old age - A discussion document on elderly people in our society.
- First Report from the Expenditure Committee - Session 1976/77. Preventive Medicine, Vol. I.
- Health Departments of Great Britain and Northern Ireland - Prevention and Health: Reducing the risk. 1977.
- DHSS - Prevention and Health - Everybody's business: a reassessment of public and personal health. 1976.
- Health and Safety Commission - Occupational Health Services - The way ahead. 1977.
- DHSS - Prevention and Health: Eating for health. 1978.

Bedford (Bedfordshire Area Health Authority).

- National Health Service - Bedfordshire Area Profile.
- North West Thames Regional Health Authority - Provisional Regional Strategic Plan 1977-1980 (Subject to consultation). January 1977.
- Bedfordshire Area Health Authority - 1978 Revision of the Area Strategic Plans. September 1978.
- Bedfordshire Area Health Authority - Area Team of Officers' Commentary of the Area Operational Plans 1979/1980 - 1981/1982.
- Bedfordshire Area Health Authority, Northern District - The organisation and Management of the health budget at district level.
- Bedfordshire Area Health Authority - Area Health Authority - 12th March 1979 - Report of the Area Treasurer.
- Bedfordshire Area Health Authority - Accounts for the Year ended. 31st March, 1978.
- Bedfordshire Health Authority - Area Operational Plans - 1979/1980 - 1981/1982.
- North West Thames Regional Health Authority - Health Service Cost Statements for the year ended 31st March, 1978. Part 1, part 2, part 3.

Copenhagen (Ministero degli Interni e degli affari sociali).

- Documentation Danoise - La santé publique - une matière d'intérêt majeur.
- Landsoverenskomst om almen laegegerning mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Praktiserende Laegers Organisation - April 1976. (Convenzione stipulata tra Associazione dei Medici Generici e Comitato Centrale di Negoziazione il 1° aprile 1976). Traduzione a cura del CNEL.
- Report on training in general medicina, by the Commission on Medical Specialist Training and Education. *Ugeskrift for Laeger*, marzo 1976, vol. 12, pagg. 811-22, pubbl. by Danish Medical Association.

Parigi (Ministero della sanità e della sicurezza sociale).

- L'Hospitalisation publique en France - 3^e trim. 1973 - numero special de la Revue français des affaires sociales.
- La rationalisation des choix budgétaires au ministère de la santé - avril-juin 1975 - Publications du centre de sociologie et de démographie médicales.
- La loi sur l'informatique, les fichiers et les libertés in *Echanges* n. 14 juillet. Septembre 1978.
- Vers une nouvelle comptabilité hospitalière? *Supplement aux Cahiers Français*, n. 188 oct.-dec. 1978.
- La politique économique en matière hospitalière.
- L'économie de l'hôpital.
- Ministère de la Santé et de la Famille - Chiffres réperes de la Santé - 1978 - note d'information n. 139.
- Ministère de la Santé publique - Décret n. 73-54 du 11 janvier 1973 relatif à la carte sanitaire et aux commissions nationale et régionales de l'équipement sanitaire.
- Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale - Circulaire n. 159 du 2 mai 1973 relative à l'application du décret n. 73-54.
- id. c.s. - Circulaire n. 316 du 6 juin 1977 relative à la carte sanitaire des moyens d'hospitalisation en médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique (modifications des indices de besoin).
- id. c.s. - Loi n. 78-11 du 4 janvier 1978 modifiant et complétant certaines dispositions de la loi n. 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales et de la loi n. 70 - 1318 du 31 décembre 1970 portant réform hospitalière.
- id. c.s. - Décret n. 78-450 du 24 mars 1978 portant application du titre III de la loi n. 78-11.
- id.c.s. - Composants Hospitalières Types.

Organizzazioni internazionali

Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) Copenhagen (Ufficio regionale)

- WHO - Report of the international Conference on Primary Health Care - Alma Ata, URSS, 6/12 Settembre 1978.
- WHO - International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR 6-12 september 1978 - Primary Health Care: a joint report by

- the Director General of the WHO and the executive director UNCF.
- WHO - 1 april 1978 - Report of the Regional Director for the European Region World Health Organization.
 - WHO - 26 Juin 1978 - Programme de Promotion et Developpement de la Recherche Bureau Regional de l'OMS pour l'Europe - Rapport de Situation september 1977 - août 1978.
 - WHO - HPC/DPE/78.1 - Provisional Guidelines for Health Programme Evaluation.
 - WHO - ICP-RDP 001 - 9 may 1978 - Research Promotion and Development: Consolidated Report of the Planning Groups Dealing with five priority Areas - Copenhagen, february-march 1978.
 - WHO - Regional Office for Europe - List of Documents and Publications - 1949-1975.
 - WHO - Regional Office for Europe - Use of Operational Research in European Health Services - report on a working group.
 - WHO - Regional Office for Europe - The Role of Health Economics in National Health Planning and Policy Making - report on a working group.

Ginevra (Sede della Direzione Generale):

- OMS, Genève 1978 - Le financement des services de la santé - Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS.
- Some reflections on containing the rising cost of medical care under social security - Bogdan M. Kleczkowski, Edward P. Mach e R. Glyn Thomas.

Ufficio Internazionale del Lavoro (B.I.T.) - Ginevra.

- The Cost of Social Security - Ninth international inquiry, 1972/74.
- The Cost of Social Security - Basic Tables - 1978.
- OMS - Genève 1971 - Soins médicaux individuels et sécurité sociale - rapport d'un Comité mixte OIT/OMS.
- Conférence International du Travail - Convention concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie.
- BIT - Réunion d'experts sur l'élevation du coût des soins médicaux au titre de la sécurité sociale (Genève, 17-20 mai 1977):
- Tendances et causes de l'accroissement des coûts, possibilites de les maitriser.
- Resume des études nationales menées sur divers pays.
- Dépenses le santé publique en Finlande de 1965-1975 et les relations avec la politique de santé.
- Observations sur les causes et mesures de compression envisageables.
- Elevation du coût des soins médicaux fournis dans le cadre de la sécurité sociale au Royaume-Uni.

Dichiarazione della Conferenza Internazionale dell'OMS sulla Assistenza Sanitaria Primaria

(Alma-Ata, URSS, 6-12 settembre 1978)

La Conferenza Internazionale sulla Assistenza Sanitaria di base, riunitasi ad Alma-Ata questo dodicesimo giorno del mese di settembre del mille novecento settantotto, nell'esprimere la necessità di un intervento urgente di tutti gli operatori della sanità e dello sviluppo e della comunità mondiale, per tutelare e promuovere la salute di tutti i popoli del mondo, enuncia, con il presente documento, la Dichiarazione che segue:

I - La conferenza vigorosamente ribadisce che la salute, che è uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale, e non soltanto l'assenza della malattia o dell'infermità, è un fondamentale diritto umano, e che il conseguimento del più alto livello sanitario possibile rappresenta un importantissimo traguardo sociale sul piano mondiale, la cui realizzazione esige l'intervento di molti altri settori sociali ed economici in aggiunta a quello sanitario.

II - La grave sperequazione esistente nella situazione sanitaria dei popoli, particolarmente tra i paesi sviluppati e quelli in via di sviluppo, come anche in seno ai paesi stessi, è politicamente, socialmente ed economicamente inaccettabile ed è, pertanto, comune preoccupazione di tutti i paesi.

III - Lo sviluppo economico e sociale basato sul Nuovo Ordine Economico Internazionale, è di fondamentale importanza per il più completo conseguimento della salute per tutti e per la riduzione dello squilibrio esistente tra lo stato sanitario dei paesi in via di sviluppo e quello dei paesi sviluppati. La promozione e tutela della salute delle popolazioni è di essenziale importanza per un continuo sviluppo socio-economico e contribuisce a creare una migliore qualità di vita e ad assicurare la pace mondiale.

IV - L'uomo ha il diritto e il dovere di partecipare singolarmente e collettivamente alla programmazione e alla attuazione della propria assistenza sanitaria.

V - I governi hanno la responsabilità della salute dei loro popoli, che può realizzarsi solo attraverso adeguati provvedimenti sanitari e sociali. Uno dei principali traguardi sociali dei governi, delle organizzazioni internazionali e dell'intera comunità mondiale nei decenni a venire, dovrà essere il conseguimento, da parte di tutti i popoli del mondo, nell'anno 2000, di un livello sanitario che consenta loro di condurre una vita socialmente ed economicamente produttiva. L'assistenza sanitaria primaria è la chiave per raggiungere tale traguardo, nel quadro di uno sviluppo ispirato a giustizia sociale.

VI - L'assistenza sanitaria primaria è l'assistenza sanitaria fondamentale basata su metodi e tecnologie pratici, scientificamente validi e socialmente accettabili, resi universalmente accessibili alle singole persone e alle famiglie della comunità attraverso la loro piena partecipazione e a un costo che la comunità e il paese può permettersi di sostenere in ogni stadio del proprio sviluppo, in uno spirito di fiducia in se stesso e di autodeterminazione. Essa costituisce parte integrante

tanto del sistema sanitario del paese, di cui è la funzione centrale e il principale punto focale, quanto dello sviluppo globale sociale ed economico della comunità. Essa è il primo livello di contatto delle singole persone, della famiglia e della comunità, con il sistema sanitario nazionale, portandosi l'assistenza sanitaria il più vicino possibile dove la gente vive e lavora, e costituisce il primo elemento di un processo ininterrotto di assistenza sanitaria.

VII - L'assistenza sanitaria primaria:

1) riflette le condizioni economiche e le caratteristiche socio-culturali e politiche del paese e delle sue comunità e da esse trae sviluppo; è basata sull'applicazione dei risultati derivanti dai servizi sociali, biomedici e sanitari, dalla ricerca e dalla esperienza in materia di sanità pubblica;

2) affronta i principali problemi sanitari della comunità, fornendo, in conseguenza, servizi di promozione, preventivi, curativi e di riabilitazione;

3) include quanto meno: educazione sui principali problemi sanitari sui metodi per prevenirli e controllarli; promozione dell'approvvigionamento alimentare e appropriata nutrizione; un adeguato rifornimento di acqua non inquinata e condizioni igienico-sanitarie di base; assistenza sanitaria materna ed infantile inclusa la pianificazione familiare; immunizzazione contro le più importanti malattie infettive; prevenzione e controllo delle malattie localmente endemiche; un appropriato trattamento delle comuni malattie e lesioni e la messa a disposizione dei farmaci essenziali;

4) comprende, oltre al settore sanitario, tutti i settori e gli aspetti collegati allo sviluppo nazionale e di comunità, in particolare quelli dell'agricoltura, della zootecnia, della alimentazione, dell'industria, dell'istruzione, degli alloggi, dei lavori pubblici, delle comunicazioni ed altri ancora; ed esige gli sforzi coordinati di tutti i detti settori;

5) esige e promuove la massima fiducia in se stesse delle comunità e delle singole persone, e la loro partecipazione nella programmazione, organizzazione, gestione e controllo della assistenza sanitaria primaria, avvalendosi al massimo delle risorse locali, nazionali e di ogni altra risorsa disponibile, e a tale scopo sviluppa, attraverso adeguati mezzi educativi, la capacità di partecipazione delle comunità;

6) dovrà essere appoggiata e sostenuta da sistemi di rinvio ai livelli sanitari superiori integrati, funzionali e basati su un reciproco sostegno, onde poter realizzare un progressivo miglioramento di un'ampia assistenza sanitaria per tutti, dando la priorità a coloro che ne hanno più bisogno;

7) fa affidamento a tutti i livelli, locali e di rinvio, sugli operatori sanitari, inclusi medici, infermieri, ostetriche, ausiliari, e sugli assistenti di comunità, quando del caso, come anche sui tradizionali medici generici, ove necessario, adeguatamente preparati socialmente e tecnicamente ad operare come « équipes » sanitarie ed a corrispondere alle espresse esigenze sanitarie della comunità.

VIII - Tutti i governi dovranno elaborare politiche, strategie e programmi nazionali di intervento per lanciare e mantenere in vita l'assistenza medica primaria nel quadro di un ampio sistema sanitario nazionale e in coordinamento con altri settori. A tale fine sarà necessario

esercitare la volontà politica per mobilitare le risorse del paese e per usare in maniera razionale le risorse esterne disponibili.

IX - Tutti i paesi dovranno collaborare in spirito di colleganza e di servizio per assicurare l'assistenza sanitaria primaria a tutti, in quanto il conseguimento della salute da parte degli abitanti di ciascun paese interessa direttamente ogni altro paese e va a beneficio di esso. In questo contesto, il rapporto congiunto WHO/UNICEF sulla assistenza sanitaria primaria costituisce una solida base per l'ulteriore sviluppo e funzionamento dell'assistenza sanitaria primaria in tutto il mondo.

X - Un accettabile livello sanitario per tutte le popolazioni del mondo per l'anno 2000 potrà essere ottenuto mediante un più completo e migliore uso delle risorse mondiali, di cui una considerevole parte viene attualmente spesa in armamenti e in conflitti militari. Una autentica politica di indipendenza, pace, distensione e disarmo potrebbe, e dovrebbe, liberare ulteriori risorse che potrebbero ben essere destinate a scopi pacifici e in particolare alla accelerazione dello sviluppo sociale ed economico e di cui l'assistenza sanitaria primaria, quale parte essenziale, dovrebbe ricevere una adeguata aliquota.

* * *

La Conferenza Internazionale sulla Assistenza Sanitaria Primaria fa appello perché sia attuato urgentemente e fattivamente un intervento a livello nazionale e internazionale, al fine di realizzare al meglio l'assistenza sanitaria primaria in tutto il mondo e particolarmente nei paesi in via di sviluppo, in uno spirito di collaborazione tecnica e in armonia con il Nuovo Ordine Economico Internazionale. La Conferenza fa pressione sui governi, sulla WHO e sull'UNICEF, sulle altre organizzazioni, come pure sugli organismi multilaterali e bilaterali, sulle organizzazioni non governative, sugli enti di finanziamento, su tutti gli operatori sanitari e sull'intera comunità mondiale affinché appoggino l'impegno nazionale e internazionale ad attuare l'assistenza sanitaria primaria e vi convogliano un maggiore sostegno tecnico e finanziario, con particolare riguardo ai paesi in via di sviluppo. La Conferenza rivolge un appello a tutti i summenzionati onde collaborino ai fini della introduzione, dello sviluppo e del mantenimento della assistenza sanitaria primaria in conformità con lo spirito e il contenuto della presente Dichiarazione.