

IPOTESI DI PROGETTO DI LEGGE

PROGETTO SANITA'

RELAZIONE

Il presente progetto sanità ha lo scopo di migliorare l'organizzazione prevista dal DLL. n/502 del 30/12/1992, che prevedeva il riordino della disciplina in materia sanitaria.

La necessità del miglioramento sorge dalla considerazione che la citata norma del 1992, presenta delle anomalie strutturali.

Va comunque riconosciuto alla stessa il merito di aver creato e istituito l'organizzazione sanitaria nazionale, che prima era molto meno organica.

Gli elementi positivi della riforma del 1992, vanno visti nella organizzazione di una struttura nazionale di USL che ripartiscono il territorio di ogni provincia in circoscrizioni territoriali, su cui ha giurisdizione ciascuna di esse.

Ciò significa che si è costituita una struttura uniforme che può garantire il funzionamento e l'interdipendenza degli organi sanitari nell'offerta del servizio relativo.

Tale struttura uniforme cellulare, permette di ottenere uno sviluppo della organizzazione per apporti successivi.

Ciò significa che con l'adozione delle circoscrizioni USL, si è creata una struttura che darà la possibilità di ulteriori miglioramenti, potendo disporre di uno schema base, che favorisce ogni componente progettuale di miglioramento successivo.

Ed è proprio ciò che faremo con il completamento pianificatorio della riforma che qui proponiamo, ~~xxxxixpresentixprogettx~~ contenuto nel presente progetto sanità.

Altro elemento di validità è quello di aver creato una dirigenza responsabile di ciascuna USL per specificità di competenze, individuata nel direttore generale, nel direttore sanitario e nel direttore amministrativo; nonché l'aver articolato le USL in distretti sociosanitari, ciascuno competente per il proprio territorio.

Si vuol qui considerare che questa struttura rispecchia quella ideata per i vari progetti di riforma strutturale dello Stato (22), che sono stati concepiti per il miglioramento del funzionamento dello Stato.

Quella struttura cellulare ripartita in distretti cioè, potrà essere estesa a tutte le altre attività pubbliche e private della società, potendo così divenire nodi di una rete organizzativa, che costituisce la base per il collegamento delle varie attività di sviluppo e per la loro interdipendenza.

Con la rete USL nazionale, si è cioè creata la struttura futura di organizzazione funzionale ed operativa dello Stato.

Altro elemento di validità è quello di aver posto la stessa struttura direzionale delle USL anche per le aziende e presidi ospedalieri.

Ciò determina una omogeneizzazione del sistema sanità italiano, che così può trovare quelle interdipendenze e sinergie di funzionamento, che sono necessarie per ogni organizzazione elevata del funzionamento di uno Stato moderno.

Tuttavia se vi sono molti lati positivi nella norma di riordino della disciplina in materia sanitaria; vi sono anche anomalie che con la loro eliminazione permetteranno al sistema sanitario italiano di trasformarsi in un organismo che è proiettato verso il futuro, celere e continuo sviluppo, che migliora sempre più i servizi sanitari offerti.

Le citate anomalie si riferiscono alla debole pianificazione e alla altrettanto evanescente funzione di coordinamento, che è quasi assente dall'impianto normativo.

La debole pianificazione è individuabile agevolmente dalla lettura degli articoli che la prevedono.

Nell'articolo 1 infatti, si afferma che: "Gli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione e le linee generali di indirizzo del Servizio sanitario nazionale nonché i livelli di assistenza da assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale, sono stabiliti con il Piano sanitario nazionale"

Fin qui la norma può essere considerata valida, ma dove iniziano ad apparire le anomalie, è proprio all'interno del comma 4 che indica gli elementi organizzativi del piano.

Tali elementi cioè sono troppo sommari, troppo sintetici, per poter produrre una organizzazione del sistema sufficientemente articolata, e tale così che possa produrre effetti consistenti positivi nel tempo.

La troppa sinteticità produce poca chiarezza nell'attività pianificatoria, in quanto certamente a quelle attività o elementi

citati, si possono riferire una tale molteplicità di elementi, che vanificano l'intera attività di piano, ~~ix~~ proprio perché non è definibile esattamente nelle funzioni, negli organi, negli obiettivi e nelle modalità di perseguimento.

Non si può cioè perseguire una attività di piano, se non si indicano particolareggiatamente le funzioni e gli organi che sono preposti alla pianificazione.

La sommarietà porta quindi alla produzione di piani imprecisi e privi di elementi organizzativi importanti, che sono gli elementi su cui si costruisce lo sviluppo della società e il suo continuo aumento.

In secondo luogo è debole se non completamente assente la funzione del coordinamento, che permette di raggiungere con uniformità in ogni ambito territoriale e celermente, tutti gli obiettivi dello sviluppo del sistema sanitario.

Agli organi previsti dal DDL. n. 502 sono quindi stati aggiunti, una sezione pianificazione delle attività di prevenzione delle tossicodipendenze, in modo da prevedere la complessa attività di organizzazione delle funzioni che permettono il raggiungimento dell'obiettivo della tutela dalle tossicodipendenze, costituito dalla progressiva diminuzione della dipendenza dagli stupefacenti, fino ad arrivare alla sua totale eliminazione.

Nei servizi sociali è stata poi aggiunta: a) - il settore situazione demografica; b) - il settore regolamentazione della prostituzione e c) - il settore regolamentazione della presenza di extracomunitari e indigenti italiani e stranieri, con le relative attività di pianificazione.

Queste attività di prevenzione sono già state indicate nel progetto sicurezza, nel quale si fa riferimento all'organizzazione delle USL.

In particolare il settore situazione demografica è molto importante nella sua attività di sollecitazione dell'incremento demografico, in quanto il noto calo della natalità va considerato e corretto, perché se non viene invertita la sua tendenza, i danni per lo sviluppo futuro della società saranno notevoli.

Invecchierà infatti la sua struttura interna, non potendo contare sul continuo rinnovo delle sue classi dirigenti, che sono destinate ad una visione dello sviluppo dello Stato sempre più lento e fragile, perché legato alla maggiore tutela degli interessi delle classi più vecchie di persone, che non sono propietate naturalmente verso il dinamismo dell'organizzazione statale.

Esse vedono invece con favore il suo statico svolgersi con impossibilità tuttavia di trovare quelle soluzioni ai problemi sociali, che proiettano l'organismo statale verso il futuro sempre più attivo che conduce al progresso scientifico e sociale elevati proprio di una classe sociale giovane, che vuole continuare a vivere su questo mondo nella pienezza e nella coscienza della forza del proprio valore ideale, che si vuol far agire perché produca effetti sempre più elevati.

Questa classe giovane di persone non si rinchiude nello annichilimento psicologico, come accade spesso per chi si trova sulla parabola discendente della sua vita e per chi vede quindi solo ombre al proprio orizzonte, non sentendo più lo impulso che spinge sempre a ricercare nuove iniziative di progresso, quali si addicono ad ogni organismo giovane che contiene in sé stesso la garanzia per un continuo rinnovamento.

Manca quindi nel DLL. n. 502 una visione futura della situazione demografica e il disegno di intervenire su di essa; forse perché tale problema non era stato posto, anche se la sua sede naturale è proprio la normativa di riordino del sistema sanitario, che essendo lo strumento di difesa della salute dell'uomo, della sua vita, deve mirare anche a trovare il modo per far rinnovare quella vita con il continuo controllo e incremento delle nascite.

Appare grave allora questa carenza, perché è proprio con lo equilibrio demografico che si garantisce il progresso della società, la quale nel caso ~~xx~~ contrario è destinata ad una progressiva ricaduta su sé stessa e ad un altrettanto progressivo regresso sociale, scientifico e produttivo.

E' allora molto importante inserire nella normativa del DLL n. 502 citato, quella che riguarda la sollecitazione delle attività dirette a favorire l'aumento demografico.

Con il riordino quindi della pianificazione degli altri settori sanitari, le normative sui settori aggiunti dei servizi sociali, sono state inserite nella loro sede naturale e cioè quella delle USL, che sono investite della funzione fondamentale della difesa della salute del cittadino e del residente nel territorio italiano.

Per la motivazione e chiarificazione della normativa relativa si rimanda pertanto al progetto sicurezza, dal quale sono stati tratti gli articoli sui si fa riferimento.

E' qui comunque importante sintetizzare l'organizzazione della pianificazione del coordinamento delle attività proprie delle USL, che qui viene proposta proprio per completare le attività di organizzazione del settore sanitario.

Sono stati indicati quindi due settori di pianificazione:

- a) - quello dei servizi di difesa della salute;
- b) - quello dei servizi amministrativi.

La pianificazione dei servizi della salute viene distinta in:

- pianificazione dei servizi sanitari;
- pianificazione dei servizi sociali;
- pianificazione delle attività dei distretti;
- pianificazione delle attività delle aziende ospedaliere e dei presidi ospedalieri.

La pianificazione dei servizi sanitari ha per oggetto:

- a1) - il dipartimento di prevenzione;
- a2) - il dipartimento di psichiatria;
- a3) - i consultori pediatrici e le vaccinazioni.

Il dipartimento di prevenzione si articola in:

- Unità igiene alimenti;
- unità igiene, sanità pubblica e prevenzione ambientale;
- unità prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
- unità veterinari.

Per ciascuno di questi dipartimenti vengono indicati:

- 1) - gli obiettivi;
- 2) - gli standards;
- 3) - i mezzi e le tecniche di accertamento con il relativo personale;
- 4) - le fasi di perseguimento degli obiettivi;
- 5) - i controlli sull'osservanza delle disposizioni impartite.

Tale sistema organizzativo è previsto con riferimento alle singole articolazioni dei vari dipartimenti, cioè per le singole unità.

La pianificazione dei servizi sociali ad esempio prevede la organizzazione delle attività per settori:

- a) - settore tossicodipendenze;
- b) - settore situazione demografica;
- c) - settore regolamentazione della prostituzione;
- d) - settore indigenti.

Così la pianificazione dell'attività dei distretti ha per oggetto:

- a) - l'assistenza sociale per gli anziani, per gli infermi, per i minori;
- b) - l'assistenza infermieristica;
- c) - i consultori familiari;
- d) - la medicina sportiva;
- e) - l'attività dei medici condotti.

La pianificazione delle attività ospedaliere, ha i seguenti contenuti:

- obiettivi;
- mezzi e strutture occorrenti;
- fasi di raggiungimento degli obiettivi;
- controlli.

Nei piani di sviluppo delle aziende ospedaliere, vanno previste le fasi di acquisizione degli strumenti tecnici necessari per ottenere la medesima efficienza ad un livello elevato, in tutti i settori medici che qui si elencano a titolo indicativo:

- 1) - Anestesia e rianimazione;
- 2) - Cardiologia;
- 3) - Chirurgia;
- 4) - Dermatologia;
- 5) - Ematologia;
- 6) - Malattie infettive;
- 7) - Chirurgia toracica;
- 8) - Medicina generale;
- 9) - Neurologia;
- 10) - Neurochirurgia;
- 11) - Nefrologia;
- 12) - Oculistica;
- 13) - Ostetricia e ginecologia;
- 14) - Otorinolaringoiatria;
- 15) - Pediatria;
- 16) - Penumologia;
- 17) - Radiografia;
- 18) - Traumatologia;
- 19) - Urologia.

Le fasi di raggiungimento degli obiettivi sono funzionali alle disponibilità economiche, che permettono di acquistare e impiantare strutture e mezzi necessari per gli interventi medici di avanguardia.

Anche la pianificazione amministrativa del settore sanitario, è costituita da elementi analoghi a quella della pianificazione dei servizi di difesa della salute.

Infatti essa è costituita da: obiettivi; mezzi e strutture occorrenti; fasi di perseguimento degli obiettivi; controlli della pianificazione e del personale amministrativo.

Gli obiettivi della pianificazione amministrativa ed economica sono dati:

- a) - dalla privatizzazione delle strutture sanitarie;
- b) - dall'efficienza amministrativa e burocratica;

- c) - dalle prestazioni di attività sociali del sistema sanitario;
- d) - dalla sperimentazione della privatizzazione.

La privatizzazione del sistema sanitario concerne la costituzione in impresa delle attività sanitarie con la seguente denominazione:

- a) - imprese USL;
- b) - imprese aziende e presidi ospedalieri;
- c) - imprese medici condotti;
- d) - imprese specialisti;
- e) - imprese istituti di analisi.

La costituzione in imprese dei predetti organi sanitari, con sistematica completamente privata di gestione, avviene tuttavia in due fasi.

La prima fase è caratterizzata dal mantenimento della attuale struttura funzionale ed ha durata variabile in relazione alla privatizzazione relativa.

Essa prevede l'affidamento dei servizi burocratici ed amministrativi a ditte private con contratto a termine, per il 75 per cento dei servizi prima svolti da personale dipendente dalle USL.

La durata del contratto è biennale e rinnovabile in presenza della migliore offerta da parte dell'impresa privata, per bienni successivi, secondo la valutazione del direttore amministrativo delle USL o delle aziende ospedaliere.

Per quanto concerne i servizi sanitari, prestati da personale medico e paramedico o comunque specialistico, essi vengono affidati con contratto a termine a personale sanitario privato per il 25 per cento, mentre il rimanente 75 per cento è offerto da personale delle USL come accade attualmente.

Tuttavia la privatizzazione del sistema sanitario, prevista nella pianificazione amministrativa ed economica di cui agli artt. 117 e seguenti, va attuata dopo l'attuazione del progetto proprietà delle imprese e contemporaneamente al progetto privatizzazione della pubblica amministrazione.

Ciò perché la privatizzazione delle strutture pubbliche comporta una diminuzione dell'occupazione in questo settore, che deve essere bilanciato dall'aumento dell'occupazione nelle attività produttive private, che si ha con il citato progetto proprietà delle imprese.

IL coordinamento delle attività sanitarie.

Il coordinamento delle attività delle USL è compiuto prevedendo nella prima fase di funzionamento del nuovo ordinamento, USL provinciali di coordinamento, USL regionali e USL interregionali di coordinamento.

Ciò significa che le USL dei capoluoghi di provincia, sono quelle che coordinano le attività delle USL delle periferie provinciali.

Le USLR dei capoluoghi di regione sono quelle che coordinano le attività sanitarie delle USLP dei capoluoghi di provincia della regione.

Le USLIR dei centri di settore di decentramento nazionale nord, centro e sud Italia (Milano, Roma e Napoli), sono quelle che coordinano gli uffici USLR dei capoluoghi di regione di ciascun settore di decentramento nazionale.

Questi organi di coordinamento sono quelli che redigono i piani di coordinamento provinciale, regionale e interregionale.

La Direzione generale sanità del Ministero della Sanità, (D.G.Sa.) è quella che redige il piano sanitario nazionale, da intendere come unione dei piani interregionali.

Tali piani di coordinamento sono quindi dati dal piano di ciascuna USL di coordinamento e dai consuntivi dei piani delle USL coordinate, le cui attività di sviluppo e strutturali sono state indirizzate economicamente e con opportuni finanziamenti, dalle USL di coordinamento.

Nella seconda fase di funzionamento dello Stato, che avverrà con l'avvento dello Stato regionale cooperativo o Stato federale, le USLP dei capoluoghi di provincia faranno parte del decentramento regionale e verranno a costituire gli assessorati provinciali sanità dei Comuni dei capoluoghi di provincia.

Le USLR dei capoluoghi di regione diverranno gli assessorati regionali sanità delle regioni autonome, che coordinano le attività sanitarie delle USLP dei capoluoghi di regione di ciascuna regione.

Mentre le USLIR dei settori di decentramento nazionale Nord e Sud Italia, diverranno le sezioni staccate del Ministero della Sanità, come centro di coordinamento interregionale che avverrà con i sottonuclei nazionali siti presso le USLR dei capoluoghi di regione delle regioni di un medesimo settore nazionale.

Queste sezioni staccate nazionali, tuttavia saranno organi formati per l'80 per cento da personale delle regioni del settore nazionale e solo per il 20 per cento da personale di coordinamento nazionale.

Ciò per dimostrare che lo Stato anche nei suoi organi di coordinamento nazionale e interregionale, si regionalizza e si avvicina così alle varie realtà locali, al fine di risolvere meglio i problemi che investono interessi nazionali.

Il settore centro Italia della Direzione generale sanità (D.G.Sa.) del Ministero della sanità, sarà l'USLIR del settore nazionale centro Italia, costituito dalle regioni Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Abruzzi.

Ma con gli altri due settori nord e sud Italia, costituirà l'organo di coordinamento nazionale, che produrrà il piano sanitario nazionale, attraverso l'unione dei piani sanitari del Nord e del Sud Italia con quello del centro Italia, i quali dovranno essere armonizzati per ottenere una politica sanitaria nazionale efficace e produttiva di uno sviluppo del settore sanitario sempre più elevato e predeterminabile per fasi di sviluppo.