

OSPEDALI D'ITALIA

ORGANO UFFICIALE DELLA FEDERAZIONE ITALIANA ASSOCIAZIONI REGIONALI OSPEDALIERE

5

maggio 1978



5

anno XV - nuova serie ☐ maggio '78 ☐ mensile

OSPEDALI D'ITALIA

ORGANO UFFICIALE DELLA FEDERAZIONE ITALIANA ASSOCIAZIONI REGIONALI OSPEDALIERE

FONDATA DA DIODATO LANNI

COMITATO DI DIREZIONE

Felice Leopizzi

Direttore - Presidente FIARO

Antonino Luciano Floramo,
Gianstefano Frigerio, Enzo
Lupetti, Giuseppe Soncini
Vice Presidenti FIARO

Ferdinando Castellani
Responsabile
Segretario Generale FIARO

DIREZIONE E REDAZIONE

00186 Roma
Via del Prefetti, 46
Tel. 6793601 6798709 6790904

Amministrazione e Pubblicità
00186 Roma
Via del Prefetti, 46
Tel. 6793601 6798709 6790904
Autorizzazione Trib. di Roma
n. 15909 del 23 maggio 1975
Stampato nella Tip. « Ripoli »
00019 Tivoli - Tel. 0774/22775

COMITATO DI REDAZIONE

Umberto Barberi, Presidente Ospedale Civile di
Barcellona Pozzo di Gotto - **Raffaele Colle-**
vati, Consigliere Nazionale della FIARO - **Sal-**
vatore Palmas, Presidente Associazione Ospe-
dali Sardi - **Alberto Marotta**, Presidente Asso-
ciazione Ospedali Campani - **Guido Guidi**, Pre-
sidente Associazione Spedali Umbri - **Igino Fan-**
ton, Presidente Associazione Ospedali del Ve-
neto - **Vittorio Roux**, Presidente Associazione
Ospedali Piemontesi - **Michele Tantalò**, Presi-
dente Associazione Ospedali della Basilicata -
Hans Wolf Schoen, Consigliere Nazionale del-
la FIARO - **Moreno Bucci**, Assessore del Co-
mune di Viareggio, in rappresentanza dell'ANCI
- **Michele Zanetti**, Consigliere della Provincia di
Trieste, in rappresentanza dell'UPI - **Corrado**
Corghi, Presidente del Centro Italiano di Storia
Ospitaliera.

Giuseppe Valli, Coordinatore Redazionale

editoriale

5 il senso della riforma

sommario

**analisi
e prospettive**

10 la spesa sanitaria regionale
di luciano floramo

**riforma
sanitaria**

54 il livello dell'unità locale
di alberto manfredini
61 il quadro della programmazione

**studi
e ricerche**

74 i farmaci nel consumo ospedaliero
di laura chiti
98 la riduzione dei costi ospedalieri
di carlo vetere

**rubriche e
documentazione**

106 cronache della sanità nelle regioni
111 schedario di nuove opere

il livello dell'unità locale

In questi ultimi anni l'attuale sistema sanitario è stato sottoposto ad una revisione critica da parte sia degli specialisti che delle forze politiche e sociali.

Da questa revisione è scaturita la necessità di intendere la tutela della salute del cittadino in una accezione più ampia, vale a dire promuovendo le condizioni per un armonico equilibrio funzionale del cittadino integrato perfettamente nella realtà sociale ed ambientale in cui vive.

Ma soprattutto, per una più corretta tutela della salute, si è riconosciuto un ruolo fondamentale all'opera di prevenzione, vale a dire alla ricerca e alla eliminazione delle cause delle malattie. Si sbaglia se si intende la prevenzione come un fatto di costume; la prevenzione è prima di tutto un fattore della dignità umana nonché di rispetto del cittadino e del lavoratore, e come tale meritevole di divenire la struttura portante di un nuovo sistema di sicurezza sociale e sanitario.

Pertanto, grazie alla riforma sanitaria, si mira al superamento dell'attuale fase terapeutica per mezzo di un sistema di prevenzione che riguardi non solo gli aspetti prettamente sanitari, ma pure quelli sociali e assistenziali.

In più si vuole ottenere una rete di interconnessioni fra i due momenti, quello sanitario e quello socio-assistenziale, grazie anche all'attiva e diretta partecipazione dei cittadini alla gestione e al controllo dei servizi.

Ciò dovrebbe poter essere attuato con un sistema mirante alla difesa globale della salute, un sistema che dovrà essere unitario ma decentrato nella gestione e capillarizzato operativamente.

Vale a dire un sistema di sicurezza sociale basato sulle strutture locali territoriali di cui la Regione e la U.L.S.S. sono elementi essenziali.

L'autore dell'articolo, membro del CISO, coordina una serie di notazioni di raccordo tra assistenza ospedaliera e riforma sanitaria

Compito della Regione, in collaborazione con gli enti locali, è la programmazione sanitaria negli aspetti più generali, quali la definizione degli ambiti territoriali di intervento.

In questa ottica si inseriscono le Unità Locali per i Servizi Sanitari e Sociali che, come momento associativo dei Comuni e delle Provincie, rappresentano l'organo di governo della salute in un ambito comprensoriale.

Tuttavia l'idea di U.L.S.S. non è del tutto una novità; infatti il concetto di Unità Sanitaria Locale come organismo capace di ordinare tutti i Servizi Sanitari fu già enunciato nel '45 dai Professori Giovanardi e Ragazzi, e nel '46 dal Congresso degli igienisti in Firenze; in seguito il problema venne studiato a fondo nel '58 dall'Alto Commissariato della Sanità, divenuto poi Ministero.

Se si vuole andare ancor più indietro nel tempo, si ha addirittura che nell'agosto del '37 il Ministero dell'interno, in una circolare ai prefetti del Regno, dichiarava ufficialmente che « l'assistenza ospedaliera circoscritta in passato nel ristretto campo della beneficenza è diventata ora un vero e proprio servizio di interesse sociale, bisognoso perciò di un'azione coordinatrice che serva anche a perequare i benefici dell'assistenza e a rendere questa più organica e completa per la migliore attrezzatura tecnica e più economica per la diminuzione delle spese generali ». Per questo la Prefetture erano invitate a predisporre un piano regolatore della assistenza ospedaliera per ogni provincia, cosicché al centro, nel capoluogo, trovasse posto l'ospedale principale e questo fosse collegato ad altri ospedali minori o secondari, e questi ultimi anche ad infermerie o a semplici ambulatori collocati in ogni comune. Tali disposizioni ebbero però risultati incompleti a causa dell'autonomia fino allora goduta dagli ospedali.

In quegli anni studi simili venivano svolti altrove e con particolare attenzione in Germania.

Risale al 1937 l'interessante proposta del Distel per un piano generale di assetto dell'assistenza ospedaliera che prendendo come riferimento un territorio ideale, si adatta alle molteplicità delle condizioni locali. In base a questo studio ogni stato avrebbe dovuto suddividere il proprio territorio in zone contenenti ciascuna uno o più ospedali principali (pianeti) e altri ospedali minori (satelliti) dipendenti dai primi.

Il Distel come peraltro già espresso dall'Alter, pensava che l'ospedale dovesse fornire un'assistenza sanitaria e sociale completa, cioè curare anche la vigilanza igienica delle popolazioni, insieme alla medicina sociale e preventiva, e promuovere la cultura igienica popolare.

Il piano prevedeva che alla periferia dei Comuni fossero situati gli ambulatori e i consultori, provvisti di sale d'attesa, di locali per le visite, le ricerche, le cure, e provvisti eventualmente di piccole salette di degenza per esami prolungati o per il temporaneo ricovero di quei casi che lo richiedessero.

Questi ambulatori e consultori dovevano fare capo agli ospedali di circolo (satelliti), per quanto riguarda cure comuni, e agli ospedali di capoluogo (pianeti), dotati, in più, di ogni attrezzatura per gli accertamenti diagnostici e le cure, oltre che dei servizi per l'assistenza sanitaria e sociale. A completamento del sistema era poi previsto al centro della regione un grande complesso policlinico universitario, dotato di tutte le più moderne attrezzature per la ricerca e il *dépistage*, la cui capacità era variabile dai 900 ai 1200 posti letto.

Quindi, come abbiamo visto, il nostro paese aveva già posto le basi per un moderno servizio sanitario, che d'altra parte avrebbe potuto manifestarsi pienamente valido soltanto se definitivamente attuato.

Se oggi facciamo riferimento alla legge 12-2-1968, n. 132, possiamo constatare come, per arrivare alla forma di assistenza socio-sanitaria prevista in essa, si sia passati, e si stia ancora passando, attraverso una serie di modelli di unità sanitarie, non meglio definite e non meglio precisati. Si deve qui puntualizzare che la legislazione vigente in materia consente e disciplina la accelerazione funzionale di questo processo tramite la istituzione dei Consorzi socio-sanitari tra Comuni e Province.

La U.L.S.S. non è pertanto ancora in funzione; l'organismo amministrativo che momentaneamente la prefigura è il Consorzio per i Servizi Sanitari e Sociali di cui si cercherà di esaminare le funzioni principali e illustrare le motivazioni.

Anche nel nostro paese è diventata ormai opinione diffusa il fatto che non si possa ormai più sostenere un sistema sanitario, quale è quello che praticamente ci ritroviamo, ossia basato quasi esclusivamente sul primo momento della medicina, quello curativo, e decisamente troppo poco se riferito agli altri due momenti della medicina: il preventivo e il riabilitativo.

Si è giustamente ritenuto di guardare al problema della Sanità e della Sicurezza Sociale come a una parte di un tutto; ossia si è ritenuto opportuno considerare questo come uno soltanto degli aspetti che si presentano per contribuire al più vasto progetto di rinnovamento della società.

Non a caso chi anticipa la U.L.S.S.S. intesa come asse portante della legge di riforma sanitaria, è proprio la Costituzione dei Consorzi Socio-Sanitari, che tendono ad arricchire l'attuale sistema di assistenza del momento preventivo e riabilitativo e che, pur restando inalterato il ruolo del Comprensorio, anche se pare si stia per assistere ad un ritorno alla ribalta della Provincia, altro non sono se non strumenti di programmazione socio-sanitaria nel territorio.

Da questa impostazione gerarchizzata derivano i compiti specifici dei Consorzi che, in questa fase transitoria, in attesa della Riforma, sono oltretutto di carattere preventivo e riabilitativo come si è detto prima, prevalentemente volti ad incentivare e promuovere l'attuazione degli interventi sanitari e sociali verso il cittadino, nell'arco cronologico che va dalla nascita alla vecchiaia.

Fra questi interventi vale pure la pena di ricordare l'inserimento di coloro che, handicappati, anziani, ecc. subiscono spesso le conseguenze di una società disordinata.

Il consorzio deve quindi misurarsi sulla capacità di saper prefigurare le U.L.S.S.S. come cellula base della riforma sanitaria, come suo strumento anticipatore, nonché sulla capacità di guidare le scelte dell'ospedale e dei vari e numerosi enti di assistenza che ancora esistono.

Per quanto riguarda poi i presidi di Sanità, intesi dal punto di vista del manufatto tecnologico, è da rilevare come la loro localizzazione sul territorio debba poter soddisfare certi requisiti funzionali, in termini di spazio e di tempi, senza sottovalutare le esigenze necessarie, quali da una parte il superare la soglia minima di popolazione per rendere economicamente accettabile la erogazione delle prestazioni dei servizi e dall'altra il rendere tali servizi godibili effettivamente dalla popolazione intesa nella sua globalità.

Ovviamente in base a queste considerazioni consegue che il numero di popolazione servita varia in rapporto alle condizioni geomorfologiche del territorio e in modo particolare alla distribuzione della popolazione e al sistema infrastrutturale della viabilità e dei trasporti.

Si avranno pertanto dei valori variabili, numericamente più bassi in montagna, e gradualmente crescenti in collina e in pianura od ovunque la popolazione è maggiormente accentrata.

Pertanto per potere assicurare una capillarità dei servizi erogatori della assistenza socio-sanitaria di base che segua il cittadino costantemente dove egli vive e dove egli lavora, in stretta dipendenza dei fattori ambientali locali, è opportuno prevedere un'ulteriore articolazione territoriale del bacino di utenza servito dalla unità sanitaria locale.

Questa prima suddivisione corrisponde al « distretto », la cui ampiezza demografica (10-30 mila abitanti) viene considerata come modulo

per la costituzione della rete del personale e dei presidi indispensabili per garantire la tutela dei cittadini.

Questo è pure il livello a cui vengono assicurate tutte le prestazioni sanitarie (terapeutiche, preventive e riabilitative) e sociali di prima istanza nei confronti di una popolazione ripartita secondo criteri particolari di omogeneizzazione in aree elementari. Sorge immediatamente, per esigenze di chiarezza, prima di procedere ad una quantificazione dei bacini di utenza pertinenti alle U.L.S.S.S. e alle loro sottoarticolazioni quali i distretti e le aree elementari, la necessità di schematizzare, chiarendo il più possibile, la articolazione territoriale della unità locale. Proporzionalmente alla qualificazione delle prestazioni socio-sanitarie che debbono essere fornite, si vengono ad individuare tre diversi livelli di riferimento:

- 1) il livello dell'area elementare;
- 2) il livello del distretto;
- 3) il livello della Unità Locale.

	Funzione	Bacino utenza	Ambito territoriale
		struttura	
Presidio di area elementare	Promozione della salute	1000/3000 abitanti	Piccolo Comune
	Prevenzione		Una o più frazioni di un Comune
	Piccola terapia	mobile e fissa	Uno o più isolati di un Centro urb.
Presidio di Distretto	Funzioni dell'area elementare	10.000/45.000 abit.	Più Comuni a popolazione ridotta
	Igiene ambientale		Un Comune a dimensione media di popolazione
	Tutela e salute del territorio	fissa	Uno o più quartieri di una città
Presidio di ULSSS	Funzioni del distretto	Popolazione della ULSSS	Più Comuni
	Medicina del lavoro		Un Comune
	Laboratori Day hospital	fissa	Parte d'un Comune
Presidio di Ospedale zonale	Trattamento casi acuti	Popolazione della ULSSS	Quello dell'ULSSS
	Trattamento lungodegenti	fissa	

bibliografia

- « *La riforma sanitaria in Parlamento* » (Proposte di legge e relazioni del Governo e dei partiti) a cura dell'AROER, Bologna 1972.
Ospedale e habitat - Quaderni di « Ospedali d'Italia » n. 4 del 1975.
Atti del Convegno nazionale di studio organizzato dal CNETO su « L'unità Sanitaria Locale », Roma 1973.
E. RONZANI: *Trattato di igiene e tecnica ospedaliera*, Garzanti, Milano.
PARAMETRO n. 41/1975: « *Programmazione sanitaria e pianificazione ospedaliera* ».
PARAMETRO n. 60/1977: « *Le Unità Locali dei Servizi Sanitari e Sociali* ».
-

Si vorrebbe pertanto che ciascuna unità sanitaria individuasse nel suo interno ambiti territoriali omogenei e per parametri demografici e per condizioni geomorfologiche nonché per parametri di accessibilità infrastrutturale.

Ebbene, questa prima articolazione della U.L.S.S.S. determina i distretti, mentre la articolazione territoriale amministrativa dei medesimi configura le aree elementari o di base.

Pertanto per ogni U.L.S.S.S. ci saranno un presidio di ospedale di zona, uno di unità sanitaria e tanti presidi di distretto e di area elementare pari al numero dei distretti e delle aree elementari in cui è stato suddiviso il bacino della unità socio-sanitaria.

Per quanto concerne infine la qualificazione dei presidi socio-sanitari, le loro funzioni, la loro struttura, il loro bacino di utenza e il relativo ambito territoriale, proporrò una *tabella* i cui dati sono stati elaborati in relazione allo studio coordinato da A. Faggioli e relativo a « Proposte di organizzazione e progettazione dei servizi sanitari e sociali di una unità locale tipo » e pubblicato a cura del C.N.E.T.O. (Centro Nazionale Edilizia e Tecnica Ospedaliera).

Sia le ipotesi avanzate a livello nazionale che quelle prospettate in modo esplicito dalla Regione Emilia-Romagna conferiscono una importanza saliente ai centri socio-sanitari-assistenziali nella vasta e complessa revisione istituzionale di tutto l'attuale sistema sanitario.

Ciò in rapporto al fatto che, sul piano funzionale, la istituzione di questi nuovi organismi architettonici prevede il superamento di una prassi accentratrice che ha caratterizzato e caratterizza tuttora la erogazione dei servizi e l'erogazione delle prestazioni. La legge di riforma sanitaria invece, come si è avuto modo di esprimere in altri termini ha optato per un decentramento democratico a livello territoriale (quartieri-comuni).

Di fatto il presidio di distretto e quello di U.L.S.S.S. si presentano come il fulcro di tutta la nuova organizzazione, in quanto sul piano sanitario si configurano come sede di erogazione di tutte le prestazioni sanitarie (ad eccezione evidentemente della sola specializzazione), con interventi anche a livello domiciliare e ambulatoriale ossia con interventi di *dépistage*, di riabilitazione e di piccole cure.