

CAPITOLO IV

RAPPORTO SANITÀ (*)

*La transizione dal Sistema mutualistico al Sistema unificato
del Servizio Sanitario Nazionale*

Premessa.

1. - La struttura del « Rapporto sull'attività previdenziale e assistenziale » ha subito una prima modificazione in occasione della precedente relazione sul 1979. Quest'anno, essa ha bisogno di essere ulteriormente rivista per tener conto di numerosi eventi accaduti durante il 1980. Tra questi, di fondamentale rilievo lo scioglimento degli enti mutualistici e il passaggio completo delle competenze, in materia di assistenza sanitaria, dal Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale al Ministero della Sanità e alle Regioni.

In attuazione della legge 23 dicembre 1978 n. 833, infatti, dal 1° gennaio 1980 ha preso avvio il processo di riforma sanitaria con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e la progressiva attivazione delle Unità Sanitarie Locali (USL).

Per quanto più direttamente concerne la situazione economica del settore sanità, le novità salienti del 1980 sono costituite dalla determinazione del Fondo sanitario nazionale (FSN) secondo le indicazioni del Piano sanitario nazionale 1980-82 (PSN), dall'individuazione del FSN come fonte unica di finanziamento, attraverso le Regioni, dell'attività sanitaria pubblica e dall'adozione della programmazione sanitaria come criterio di utilizzazione delle risorse stesse e modalità ordinaria di governo dello sviluppo del settore a tutti i livelli istituzionali (nazionale, regionale e locale). Si vedano al riguardo le delibere del CIPE del 17 gennaio e 3 aprile 1980 e i pareri del Consiglio Sanitario Nazionale (CSN) in merito alla ripartizione del FSN a le Regioni.

È per queste ragioni, che a partire dalla presente Relazione Generale l'assistenza sanitaria viene trattata separatamente dall'attività previdenziale, in un distinto capitolo curato direttamente dal Ministero della Sanità in collaborazione con l'ISTAT.

A) LA RIFORMA SANITARIA AVVIATA CON LA LEGGE 833 DEL 1978: DAL SISTEMA MUTUALISTICO AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE.

2. - Con legge 833 del 23 dicembre 1978, conosciuta come legge di riforma sanitaria, è stato istituito il Servizio Sanitario Nazionale. Con essa il Parlamento ha decretato la fine del sistema mutualistico fondato sul frazionamento della competenza in materia di tutela

(*) Capitolo predisposto dal Ministero della Sanità - Ufficio Centrale Programmazione Sanitaria.

della salute tra una molteplicità di enti vicari dello Stato: gli enti mutualistici operanti in regime assicurativo; ha altresì sancito l'inserimento della promozione e della tutela della salute tra i compiti diretti dello Stato, da esercitare attraverso il Servizio Sanitario Nazionale in regime progressivamente fiscalizzato e rivolto a tutta la cittadinanza senza distinzione di alcun genere.

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 corrispettivi ambiti differenziali di competenza:

a) *A livello centrale:*

– spetta al Parlamento di fissare i principi legislativi generali, nonché di approvare il piano sanitario nazionale;

– spetta al Governo ed al Ministero della Sanità di predisporre gli atti di indirizzo e di coordinamento delle attività amministrative delle Regioni; di predisporre il piano sanitario nazionale; di controllare l'uso delle risorse; di promuovere la ricerca sanitaria applicata ed il miglioramento degli standards di formazione degli operatori sanitari;

– spetta al Consiglio sanitario nazionale 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; di verificare la regolarità amministrativa delle USL valutandone l'attività anche sotto l'aspetto dell'efficienza e della 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 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 Unità sanitarie locali di provvedere in concreto alla promozione ed alla tutela della salute della popolazione.

Strategicamente e culturalmente la riforma sanitaria è dunque caratterizzata da un deciso orientamento:

– verso il potenziamento delle attività di prevenzione e di recupero sanitario, lavorativo e sociale;

– verso il potenziamento dei servizi assistenziali di base e la 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.

Sotto l'aspetto economico-finanziario, invece, la riforma sanitaria si caratterizza per l'impiego programmato e controllato delle risorse ai diversi livelli di governo, nonché per l'impegno di aumentare la produttività complessiva dell'apparato sanitario (di ricerca, di assistenza, di gestione) in termini di efficienza e di efficacia.

B) IL PIANO SANITARIO NAZIONALE.

3. - In questo scenario si colloca il Piano Sanitario Nazionale (PSN). Esso è uno degli strumenti di attuazione della legge 833/78 al quale l'art. 53 demanda la fissazione delle linee generali di indirizzo e delle modalità di svolgimento delle attività istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale, in conformità degli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale e tenuta presente l'esigenza di superare le condizioni di arretratezza socio-sanitaria che esistono nel paese.

Il piano ha, di norma, la durata triennale e stabilisce per il periodo della sua 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 SSN;
- 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 di altri settori attinenti alla tutela della salute.

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.

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

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

4. - Nel merito, il piano sanitario nazionale:

- a) Individua tre obiettivi di carattere strategico:
 - la tutela della salute in termini di intervento unitario e globale, incentrato sulla prevenzione e sui servizi sanitari di base;
 - il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie, con particolare riferimento al Mezzogiorno, alle zone extraurbane, montane e ai suburbi cittadini;
 - l'aumento della produttività della spesa sanitaria, in termini di efficienza dei servizi e di efficacia dell'impiego delle risorse.

- b) Indica dieci programmi di azione:
- la strutturazione dei servizi;
 - l'estensione dell'assistenza sanitaria a tutta la popolazione e l'unificazione delle prestazioni sanitarie;
 - la formazione del personale;
 - l'attivazione degli strumenti conoscitivi;
 - il Servizio informativo sanitario (S.I.S.);
 - la programmazione di bilancio;
 - l'educazione sanitaria e le altre iniziative rivolte ai soggetti;
 - le iniziative nel campo della ricerca sanitaria finalizzata;
 - l'adeguamento degli organi centrali del Servizio Sanitario Nazionale;
 - la definizione di un sistema di indicatori sociali per il controllo di attuazione del piano;
 - le azioni finalizzate al risparmio;
 - l'integrazione delle attività sociali a rilievo sanitario.
- c) Definisce tre progetti-obiettivo, intesi come 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 sia proprie di altri settori dell'azione pubblica:
- tutela della maternità consapevole, lotta alla mortalità infantile e tutela della salute in età evolutiva;
 - tutela della salute degli anziani;
 - tutela della salute dei lavoratori in ambiente di lavoro.
- d) Seleziona quattro interventi programmatici prioritari, da valere come orientamento e indirizzo per le regioni e le unità sanitarie locali:
- prevenzione degli handicaps e assistenza agli handicappati;
 - prevenzione delle tossicomanie e assistenza ai tossicodipendenti;
 - lotta ai tumori e assistenza oncologica;
 - salute degli animali e sanità veterinaria.
- e) Determina l'entità del Fondo sanitario nazionale destinato al finanziamento del Servizio sanitario e stabilisce la ripartizione delle risorse tra le Regioni, con indicazione dei vincoli di destinazione per quella parte delle risorse non rimessa all'autonomia di impiego delle Regioni.
- f) Definisce la metodologia per la gestione politica e tecnica del processo di attuazione del piano.

La gestione politica del processo programmatico è basata sulla diretta collaborazione tra Stato e Regioni, per quanto concerne la programmazione nazionale e trova nel Consiglio sanitario nazionale il massimo organo di consulenza tecnico-politico nel quale confluiscono i rappresentanti dei vari Ministeri interessati, delle Regioni e delle forze sociali; per quanto concerne il livello regionale, è basata sulla collaborazione tra Regioni, Enti locali, università sindacati e forze sociali.

In entrambi i livelli, il processo programmatico si esprime sia nell'istruttoria dei piani sanitari, che nella verifica dei risultati conseguiti e nei riadeguamenti annuali dei documenti di piano.

Per agevolare in sede tecnica l'interpretazione e la pratica attuazione delle indicazioni di piano, il Ministero della Sanità elabora una serie di documenti, denominati « Guide al piano sanitario nazionale », a carattere monografico, su specifici aspetti applicativi, da valere come contributo di indirizzo per gli amministratori regionali e delle unità sanitarie locali.

C) L'ASSISTENZA SANITARIA.

5. - L'anno 1980 ha costituito l'anno di transizione dal sistema sanitario organizzato su una molteplicità di enti di erogazione e di spesa (enti mutualistici, comuni, provincie, consorzi tra enti locali, enti ospedalieri, istituti psichiatrici) al sistema unificato del SSN, strutturato su tre diversi livelli di responsabilità politica (Amministrazione centrale, Regioni, Comuni) ed operante a livello territoriale attraverso le USL.

Il processo di transizione è tuttora in corso. Il legislatore nazionale ha, infatti, scelto la formula dell'attuazione progressiva della legge 833/78, in un arco di tempo complessivamente definito (dapprima entro il 31.12.1980 e successivamente prorogato al 30.6.1981) anziché quella, poco praticabile di un termine unico e istantaneo per operare il passaggio dal vecchio al nuovo sistema. Tale soluzione si è resa necessaria per tener conto del diverso grado di possibilità delle Regioni di compiere i necessari adempimenti legislativi. Inoltre, anche nelle Regioni che per prime hanno ottemperato all'istituzione delle USL si è reso necessario, all'atto pratico, trasferire ad esse le attribuzioni degli enti disciolti in tempi successivi e per gruppi distinti di competenze (assistenza primaria e farmaceutica; assistenza ospedaliera; competenze degli enti locali e dei consorzi) per non provocare crisi di funzionamento.

Queste modalità non sincrone di passaggio delle competenze hanno comportato molte difficoltà nella raccolta delle informazioni e nell'attivazione di un sistema unitario di codificazione dei dati fisici ed economici.

Il periodo di transizione ha coinciso con una caduta del livello di informazione da parte delle strutture in via di smobilitazione e con la difficoltà, per quelle sostitutive ancora in fase di organizzazione, di attendere alla raccolta di dati statistici ed economici, stante la prevalenza degli impegni connessi con l'erogazione dell'assistenza ai cittadini.

Il rimescolamento del personale trasferito dagli enti di provenienza alle USL ha comportato la dissoluzione degli uffici che in precedenza alimentavano i flussi informativi.

Di tutto ciò bisogna tener conto per comprendere la modestia delle informazioni che compaiono in questo primo rapporto separato sull'assistenza sanitaria. Tuttavia nel corso dell'anno le esigenze informative del sistema sanitario e quelle particolarmente connesse con il governo della spesa sanitaria sono state oggetto di notevole approfondimento, come sarà meglio precisato in appresso.

Pertanto è ragionevole ritenere che già dal prossimo Rapporto sull'assistenza sanitaria il livello di informazione migliorerà sensibilmente, sia per la maggiore quantità dei dati, sia soprattutto per la migliore qualità e significatività delle informazioni che saranno fornite.

6. - Gli eventi che hanno caratterizzato l'anno 1980 ai fini del presente Rapporto sono i seguenti:

- l'assistenza sanitaria è stata estesa a tutti i cittadini italiani a decorrere dal 1° gennaio 1980 (art. 5 della legge 33/80). Per conseguenza oltre 2 milioni e mezzo di nuovi soggetti sono entrati a fruire delle prestazioni.

Di ciò va tenuto conto nel comparare il livello complessivo della spesa sanitaria del 1980 con quello degli anni precedenti;

- il medesimo diritto è stato esteso, con la stessa legge, ai cittadini stranieri residenti in Italia che ne facciano esplicita richiesta;

- i cittadini e gli stranieri sopra indicati — se tenuti all'obbligo di presentare la denuncia dei redditi ai fini dell'IRPEF — sono stati contemporaneamente assoggettati al versamento di un contributo annuo obbligatorio di malattia nella misura e con le modalità che saranno

indicate in appositi decreti del Ministero della Sanità di concerto con i Ministeri del Tesoro, delle Finanze e del Lavoro;

– la competenza a riscuotere i contributi di malattia e a corrispondere ai lavoratori l'indennità economica in caso di assenza per motivi di salute è stata trasferita all'INPS (art. 3 legge 33/80). I contributi, per la parte afferente l'assicurazione di malattia, sono successivamente versati dall'INPS allo Stato. Con lo stesso provvedimento di legge il pagamento effettivo delle indennità economiche di malattia è stato affidato ai datori di lavoro, in acconto sul versamento dei contributi all'INPS, con lo stesso meccanismo già in atto per gli assegni familiari;

– il personale degli enti disciolti è stato trasferito, in base a contingenti numerici determinati dal CSN, in piccola parte al Ministero della Sanità, ad altre amministrazioni centrali pubbliche e alle Regioni e, per la restante parte, alle USL e all'INPS, tenendo conto sia della natura del lavoro in precedenza svolto, sia, per quanto possibile, delle richieste del personale interessato;

– come si è già ricordato, per la prima volta il FSN è stato determinato non più soltanto secondo la spesa storica, ma in base a criteri di programmazione dello sviluppo del sistema e secondo esigenze — sia pure ancora iniziali e tendenziali — di riequilibrio territoriale e di mutamento qualitativo del tipo di tutela della salute da assicurare ai cittadini.

Infatti il FSN per il 1980 è stato determinato a inizio esercizio ed aggiornato in corso d'anno, sulla base:

– delle indicazioni della proposta di piano sanitario nazionale per il triennio 1980–82 approvato dal Governo nell'ottobre del 1979;

– delle indicazioni del CSN che nell'ottobre del 1980 ha riesaminato e aggiornato, in termini monetari rispetto al tasso effettivo di inflazione, e in termini reali rispetto a nuovi provvedimenti di legge e a più puntuali accertamenti di spesa, il Fondo sanitario in questione.

Sia nell'uno che nell'altro caso è stato abbandonato il criterio esclusivo del finanziamento sulla base della spesa storica per adottare in parte criteri legati al parametro demografico (medicina di base, assistenza farmaceutica, spese generali, finanziamento delle attività innovative a destinazione vincolata), in parte a fattori di riequilibrio legati a indicatori differenziali di rischio (mortalità infantile, mortalità degli ultrasessantenni, numero degli infortuni e delle malattie professionali, per regione) o alla consistenza delle strutture sanitarie fisse (posti letto ospedalieri, poliambulatori);

– nel corso dell'anno il Governo ha presentato al Parlamento una seconda versione del PSN aggiornata al triennio 1981–83 e contenente una più finalizzata programmazione dell'uso delle risorse rispetto a obiettivi del triennio meglio specificati e la rideterminazione dell'entità del FSN in ciascun anno del triennio, in base a nuovi indirizzi di politica sanitaria, specie in materia di investimenti, e al rinnovo di alcuni importanti contratti di lavoro (ospedalieri) e alla scadenza di tutte le convenzioni con le categorie mediche;

– è stato emanato il D.P.R. 595/80 contenente lo schema del piano dei conti da adottare obbligatoriamente nelle legislazioni regionali concernenti la contabilità delle USL.

Si tratta di un provvedimento di particolare rilievo per la disciplina uniforme della spesa sanitaria e per la raccolta delle informazioni relative. Il piano dei conti è strutturato in termini economici, secondo le classificazioni fondamentali della contabilità pubblica, e in base a otto funzioni fondamentali, che riflettono le grandi branche di azione del settore sanitario:

- 1) Amministrazione e servizi generali;
- 2) Obiettivi particolari del Piano sanitario nazionale;

- 3) Tutela igienico-sanitaria dell'ambiente naturale e di lavoro, di collettività e di vita e vigilanza sugli alimenti non di origine animale;
- 4) Profilassi e vigilanza veterinaria;
- 5) Assistenza medico generica, pediatrica ed infermieristica di base ambulatoriale e domiciliare;
- 6) Assistenza medica ed infermieristica e specialistica, ambulatoriale e domiciliare;
- 7) Assistenza ospedaliera;
- 8) Assistenza farmaceutica convenzionata.

Il provvedimento detta, altresì, norme per la codificazione economica e funzionale uniforme sul territorio nazionale delle singole poste contabili, per fini di raccolta e di trasmissione delle informazioni finanziarie concernenti le USL.

Con tali informazioni viene attivato un flusso trimestrale di notizie dalle USL alle Regioni e ai Ministeri della Sanità e del Tesoro.

Contemporaneamente è stato predisposto un secondo decreto (in via di emanazione) contenente i criteri per la stipula delle convenzioni di tesoreria tra le USL e gli istituti bancari. Di particolare rilievo è la parte del decreto che prevede la codificazione economica e funzionale dei mandati e delle reversali secondo le norme del piano dei conti delle USL e l'attuazione, con tali codici, di un flusso informativo trimestrale « di cassa » da parte degli istituti tesorieri alle Regioni e alle Tesorerie provinciali e, attraverso queste, ai Ministeri del Tesoro e della Sanità, parallelo e di controllo rispetto al flusso trimestrale « di competenza » delle USL.

7. - Al momento dell'avvio del SSN e in coincidenza con gli eventi descritti al punto precedente, la situazione sanitaria del paese appare caratterizzata dai seguenti elementi:

- un quadro demografico dove fanno spicco il rallentamento del tasso di crescita, ormai prossimo allo zero, la diminuzione del tasso di nuzialità e l'invecchiamento della popolazione (Allegato S.1);

- il perdurante rilievo delle patologie degenerative, dei disturbi da stress e degli infortuni stradali, domestici e sul lavoro, nonché dalla reviviscenza di forme infettive;

- l'esistenza di fenomeni di una certa ampiezza e intrinsecamente gravi, come la mortalità infantile e perinatale, le tossicomanie e gli handicaps fisici, psichici e sensoriali non adeguatamente contrastati ed assistiti (Allegati S.2, S.3, S.4);

- un disomogeneo stato di attuazione della legge n. 833 istitutiva del Servizio sanitario nazionale (SSN), in termini di legislazione esecutiva e di organizzazione delle Unità sanitarie locali (USL), di effettivo trapasso ad esse di poteri, di contributi di malattia pagati dai datori di lavoro e dai lavoratori (Allegato S.5);

- l'esistenza di squilibri territoriali nella dotazione di presidi, attrezzature e personale sia tra le regioni centro-settentrionali e le regioni meridionali e insulari, sia in senso intra-regionale, tra zone urbane e zone extraurbane (Allegati S.6, S.7, S.8, S.9);

- il prevalere delle attività di assistenza sanitaria diagnostica e curativa, in una linea di sostanziale continuità, e talvolta di peggioramento, dell'operato degli enti mutualistici, non essendo ancora avvertibili i cambiamenti innovativi nell'area della prevenzione, dell'educazione sanitaria, dell'integrazione con l'assistenza sociale, della riabilitazione, che la riforma sanitaria ha assunto come propri caratteri distintivi;

- il permanere, nelle persone, di stili di vita pregiudizievoli tanto alla tutela della propria salute, quanto al rinnovamento qualitativo delle condizioni di vita e di organizzazione della società, come le errate abitudini alimentari, la sedentarietà, l'attaccamento ai farmaci, il disimpegno o la passività nei confronti dell'organizzazione dei servizi, alternata a momenti di criticismo meramente protestatario.

Per dare risposte coerenti e organiche a tale situazione, in una linea di sviluppo coordinato, secondo priorità e tempi prestabiliti e in un quadro di compatibilità economiche con la situazione generale del paese, la politica di programmazione scelta dal Governo si rivela quanto mai adeguata. L'approvazione del PSN 1981-83, in avanzata fase di esame presso un ramo del Parlamento, permetterà di imprimere una svolta decisiva in questo campo.

8. - Il vivace dibattito sulla spesa sanitaria, svoltosi nell'anno 1980 in relazione alle vicende del FSN e del PSN, ha portato a sfatare il pregiudizio, piuttosto corrente, di una spesa sanitaria continuamente crescente e senza controllo.

I dati storici dell'ultimo quinquennio dimostrano il contrario.

Nel quinquennio 1976-1980, vale a dire dal momento in cui la riforma sanitaria ha cominciato a produrre i suoi effetti in forza della presentazione alle Camere del primo disegno di legge sulla istituzione del SSN e a seguito del trasferimento alla Regioni delle competenze in materia ospedaliera, la spesa sanitaria al netto della vendita di beni e servizi a privati paganti e comprendente, altresì, l'eliminazione di debiti pregressi degli enti mutualistici verso gli ospedali (tabella S. 1), si è attestata su valori medi di incidenza sul prodotto intero lordo (PIL), oscillanti attorno al 5,8 per cento.

Tale invarianza si è mantenuta costante anche per le singole voci che compongono la assistenza sanitaria, come è verificabile esaminando i dati analitici della citata tabella.

Dai dati citati, che sono gli stessi utilizzati per il consolidamento dei conti nazionali nei rispettivi anni, risulta che le variazioni nella spesa sanitaria rappresentano solo l'adeguamento, a moneta corrente, del prezzo dei servizi erogati. Il risalto che tali variazioni apparenti hanno avuto sulla stampa è dipeso in parte dalla tecnica usata per finanziare la spesa nel comparto ospedaliero, attraverso il fondo nazionale assistenza ospedaliera (FNAO), e in parte dalla mancata rivalutazione dei contributi di malattia in questo periodo.

Per quanto riguarda il FNAO, la pratica è stata quella di sottostimare il fabbisogno e di erogare con ritardo le quote del fondo, determinando così ogni anno indebitamenti e disfunzioni che, al momento di essere definiti attraverso « stanziamenti aggiuntivi » hanno indotto a parlare di « dilatazione della spesa sanitaria ospedaliera ». Sembra chiaro, invece, che si è trattato solo di riconoscere l'esatto e immutato (a prezzi costanti) livello di spesa precedente. Lo stesso vale per i debiti delle mutue. L'insufficienza contributiva, dovuta alla inadeguatezza delle aliquote di contributo e ai vari provvedimenti di fiscalizzazione adottati nel quinquennio a sostegno della produzione, hanno ingenerato indebitamenti e disfunzioni anche su questo versante, con la necessità di un identico meccanismo di ripiano « a posteriori », che ha rafforzato l'immagine di una spesa sanitaria che cresce senza limiti e senza possibilità di controllo.

9. - Quanto a quest'ultimo aspetto, il controllo della spesa sanitaria è realizzata attraverso un complesso di atti e di procedure, previsti dalla legge 833/78 e dalla legislazione successiva di integrazione, che configurano nel loro insieme un « sistema » vero e proprio, di tipo ciclico.

TABELLA S-1. - Spesa sanitaria dal 1976 al 1980

	Valori assoluti in miliardi di lire					Incidenza percentuale sul P.I.L.				
	1976	1977	1978	1979	1980	1976	1977	1978	1979	1980
	Servizi sanitari erogati dalle Amministrazioni pubbliche	7.585	8.961	11.040	13.488	16.794	4,8	4,7	5,0	5,0
- Resi in forma di protezione sociale	7.307	8.627	10.645	13.026	16.259	4,7	4,5	4,8	4,8	4,8
Prevenzione, profilassi e igiene	236	291	396	505	610	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2
Assistenza farmaceutica	1.206	1.501	1.795	1.860	2.455	0,8	0,8	0,8	0,7	0,7
Assistenza medico-generica e specialistica	1.222	1.303	1.721	1.975	2.423	0,8	0,7	0,8	0,7	0,7
Assistenza in ospedali generali e specializzati:										
- pubblici (a)	3.381	4.019	4.752	6.155	7.884	2,2	2,1	2,1	2,3	2,3
- convenzionati	380	470	624	763	940	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3
Assistenza in ospedali psichiatrici:										
- pubblici	330	379	429	496	581	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2
- convenzionati	134	150	200	171	203	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Altra assistenza sanitaria (b)	418	514	728	1.101	1.163	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3
- Resi in forma privatistica (c)	278	334	395	462	535	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2
Servizi di amministrazione generale (d)	605	779	834	993	1.202	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3
TOTALE (e)	8.190	9.740	11.874	14.481	17.996	5,2	5,1	5,4	5,4	5,3
Altre spese sanitarie (f)	879	1.168	1.147	2.319	1.608	0,6	0,6	0,5	0,8	0,5
TOTALE GENERALE	9.069	10.908	13.021	16.800	19.604	5,8	5,7	5,9	6,2	5,8

(a) Comprende: gli Enti ospedalieri, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e le Cliniche universitarie.
 (b) Comprende: l'assistenza medico-oculistica, l'assistenza di guardia medica, il trasporto malati, l'assistenza sanitaria extra-ospedaliera erogata agli affetti da handicap fisico, psichico e motorio, agli handicappati, agli stranieri indigenti ecc.
 (c) Comprende: le prestazioni (ad es. visite ambulatoriali) effettuate negli Ospedali pubblici che per l'istituzione erogatrice determinano proventi che dovrebbero essere trasferiti al FSN.
 (d) Comprende le spese di gestione (salari, stipendi e acquisto di beni e servizi) sostenute dalle Amministrazioni pubbliche per l'erogazione dei servizi sanitari.
 (e) Tale spesa nel 1980, ai sensi della Legge 813/77, è senza finanziaria quasi completamente dal FSN.
 (f) Comprende: gli interessi passivi, le imposte e le tasse, i premi di assicurazione, le perdite patrimoniali ed i trasferimenti; tra questi ultimi di particolare rilievo sono quelli effettuati allo Stato degli Enti mutualistici per il pagamento degli oneri derivanti dall'indebitamento contratto per il pagamento dei debiti degli Enti mutualistici nei confronti degli Ospedali pubblici. Tali trasferimenti risultano pari a 43 miliardi nel 1976, 601 nel 1977, 545 nel 1978, 1.644 nel 1979 e 823 nel 1980.

In questo sistema:

a) *Nella fase di determinazione annuale del FSN:*

- il PSN indica gli obiettivi da raggiungere nel triennio e le azioni raccomandate o vincolate per conseguirli e fissa l'entità del FSN e gli indici e gli standards per la sua ripartizione alle Regioni, nonché i criteri per la successiva ripartizione alle USL;
- la legge annuale di approvazione del bilancio dello Stato stanziava il FSN in distinti capitoli dello stato di previsione del Ministero del Tesoro (per la parte corrente) e del Ministero del Bilancio (per la parte in conto capitale),

b) *Nella fase della ripartizione del FSN e di fissazione dei vincoli:*

- il Ministero della Sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale (CSN), propone la ripartizione del FSN alle Regioni e il CIPE delibera in merito;
- il PSN fissa i vincoli che le Regioni debbono rispettare nella utilizzazione dei fondi.

c) *Nella fase di utilizzazione del FSN e della relativa contabilizzazione da parte delle USL:*

- i piani regionali, nel rispetto degli indirizzi dettati dal PSN, stabiliscono gli obiettivi che le USL debbono realizzare con le rispettive risorse;
- le leggi regionali, in corrispondenza ai principi della contabilità pubblica, fissano la disciplina amministrativa e contabile della gestione delle USL;
- il D.P.R. n. 595/80 definisce la classificazione economica e funzionale e la relativa codificazione, per fini di uniformità di rilevazione, che debbono essere obbligatoriamente adottate nei bilanci delle USL.

d) *Nella fase del controllo di gestione delle USL:*

- i Comuni e le Comunità montane presentano annualmente, in allegato al bilancio delle USL, una relazione sui livelli assistenziali raggiunti e sulle esigenze manifestatesi. Almeno bimestralmente, inoltre, effettuano il controllo di cassa delle USL per verificare tempestivamente l'insorgenza di eventuali disavanzi e adottare per tempo provvedimenti riparatori;
- il presidente della giunta regionale presenta annualmente al Consiglio regionale una relazione sulla gestione e sulla efficienza dei servizi delle USL, con la situazione, per ciascuna USL, degli impegni assunti e non soddisfatti (indebitamento residuo);
- le USL trasmettono trimestralmente alle Regioni, e queste ai Ministeri della Sanità e del Tesoro, il rendiconto di « competenza », in termini economici e funzionali;
- gli istituti bancari tesoreri delle USL sono, a loro volta, tenuti, in forza di un decreto interministeriale in corso di emanazione, a fornire alle Regioni e alle tesorerie provinciali del Tesoro, con la stessa cadenza trimestrale, il rendiconto economico e funzionale « di cassa » delle USL.
- in caso di disavanzo non collegabile a fattori straordinari di mortalità, finanziabili con la quota di riserva, gli amministratori e i responsabili dell'ufficio di direzione delle USL sono chiamati a rispondere in solido delle spese disposte o autorizzate in eccedenza, mentre i Comuni e le Comunità montane sono tenuti ad adottare i provvedimenti necessari per riportare in equilibrio il conto di gestione delle USL.

e) *In fase di elaborazione del PSN:*

– il PSN fissa i programmi per la rilevazione e la gestione dei flussi informativi che costituiscono il « Sistema informativo sanitario » (SIS);

– le informazioni del SIS consentono di verificare il processo di attuazione del PSN, il grado di conseguimento degli obiettivi fissati, le attività svolte dal SSN per conseguirli e l'entità delle risorse all'uopo utilizzate. Sulla base di queste informazioni sono elaborati annualmente gli aggiornamenti al PSN e ogni 3 anni i suoi rifacimenti.

Il sistema è in fase di avvio e soffre ancora di ritardi e inadempienze. Tuttavia, l'attuazione delle 670 USL, in cui è ripartito il territorio nazionale, offre una base di rilevazione più circoscritta e meglio disciplinabile che non le migliaia di enti locali, mutualistici e ospedalieri che hanno costituito finora i centri indipendenti di spesa. Inoltre, se sarà approvato e portato al rapido compimento il programma speciale di formazione manageriale dei quadri direttivi delle USL contenuto in un emendamento al PSN, è da ritenere che il sistema descritto possa assicurare un soddisfacente governo della spesa sanitaria già dal 1982.

10. – Il sistema descritto presenta tuttavia un punto debole: così come è stato impostato dalla legge e come lo si viene realizzando esso presuppone che le USL abbiano la completa disponibilità delle risorse del fondo sanitario che vengono ad esse affidate e di cui rispondono amministrativamente e politicamente.

Viceversa una parte consistente di queste risorse è legata a decisioni di spesa assunte dai medici convenzionati. Questi, peraltro, sono dei liberi professionisti che non fanno parte della struttura formale delle USL.

A questa anomalia, che rende atipica la spesa sanitaria pubblica, si è cercato di porre rimedio negoziando con i medici nel corso del 1980 nuove convenzioni uniche che, in cambio di una diversa politica retributiva, comportino un triplice ordine di impegni per i medici stessi: .

– ad erogare prestazioni sanitarie più qualificate (prevenzione, educazione sanitaria, aggiornamento professionale);

– a corresponsabilizzarsi sulle spese sanitarie indotte (analisi, ricoveri, farmaci, cure termali), mediante l'adozione di standards medi di comportamento e di protocolli diagnostici e terapeutici preconcordati;

– a fornire le informazioni epidemiologiche e statistiche necessarie per programmare l'attività dei servizi a livello di base e per controllare la spesa sanitaria nel suo complesso e nelle sue interrelazioni.

La scadenza delle convenzioni al 31.12.1980 è stata colta dal Governo e dalla parte pubblica contraente (Regioni, ANCI) come occasione per impostare in termini nuovi il rapporto con i medici libero-professionisti in coerenza con le indicazioni della riforma sanitaria e del PSN.

La stipula del contratto unico del personale del SSN, prevista per il 1981, consentirà di completare il rinnovo dei rapporti di lavoro con la restante parte degli operatori del settore sanitario, anche in questo caso offrendo l'occasione per rideterminare in modo nuovo ruoli e funzioni.

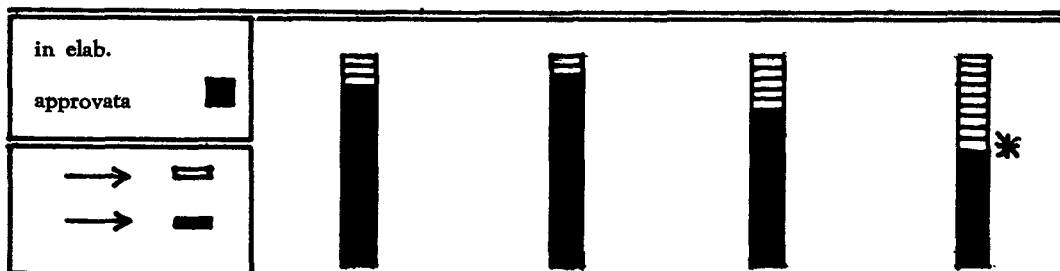
Nel corso del 1980, infine, è stato firmato il contratto unico del personale ospedaliero avente valore dall'1 luglio 1979 e al 30 giugno 1982, salva la possibilità di una anticipata risoluzione per confluenza nel contratto generale del comparto sanitario, sopra ricordato.

GRAFICO 1. - *Unità Sanitarie Locali: Stato di attuazione della legge n. 833 del 1978*

Legislazione Regionale

(al dicembre 1980)

REGIONI	Ambiti	Organizzazione	Personale	Contabilità
PIEMONTE	■	■	■	
VAL D'AOSTA	■	■	■	■
LOMBARDIA	■	■	■	
PROVINCIA BOLZANO			■	
PROVINCIA TRENTO	■	■		
VENETO	■	■	■	■
FRIULI VENEZIA GIULIA		■	■	■
LIGURIA	■	■	■	■
EMILIA ROMAGNA	■	■	■	■
TOSCANA	■	■	■	■
UMBRIA	■	■	■	■
MARCHE	■	■		□ *
LAZIO	■	■	■	■
ABRUZZI	■	■	■	■
MOLISE	■	■	■	■
CAMPANIA	■	■	■	■
PUGLIA	■	■		
BASILICATA	■	■	■	■
CALABRIA	■	■	■	
SICILIA	■	■		
SARDEGNA				

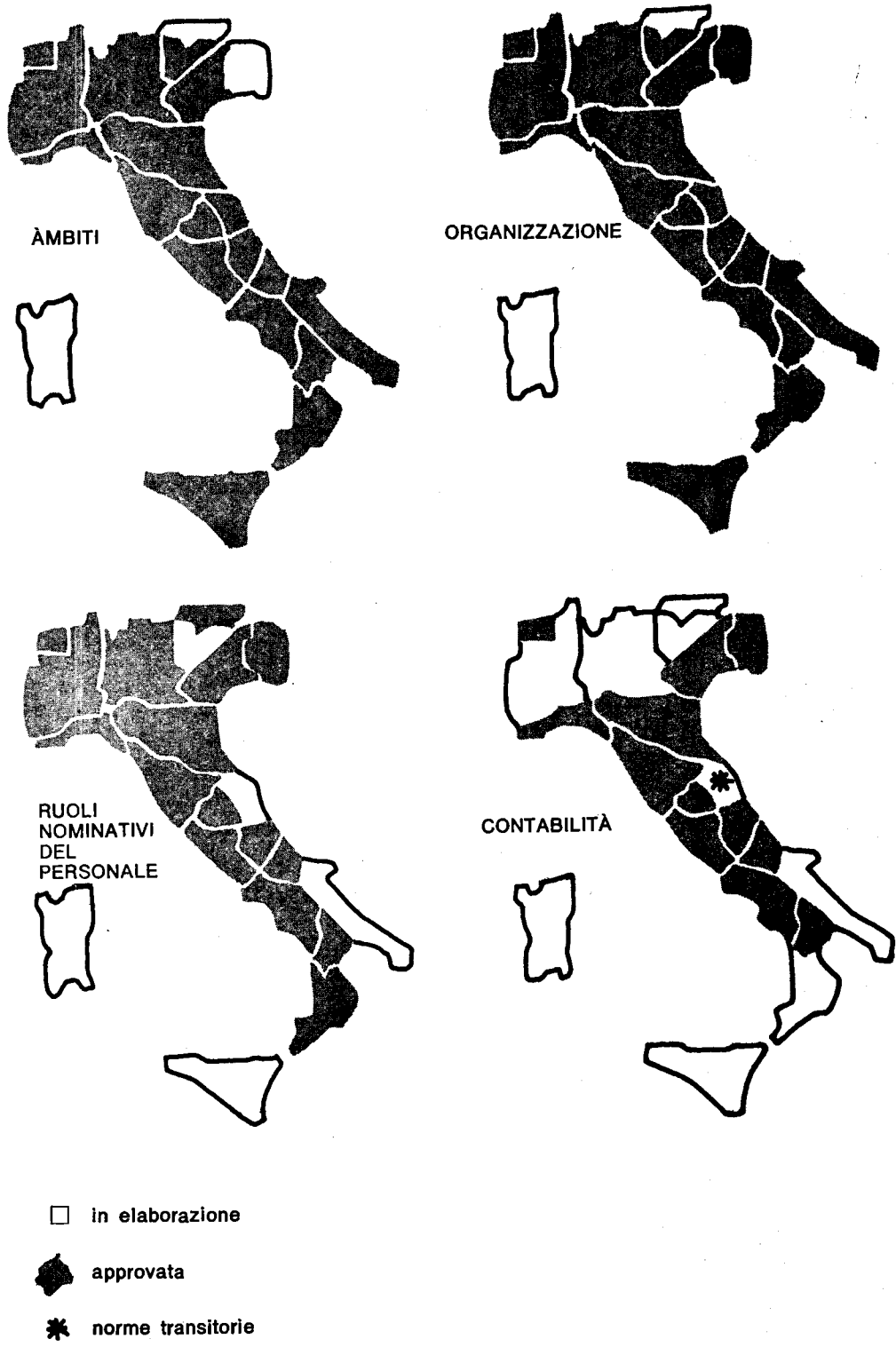


*) norme transitorie

GRAFICO 2. - Unità Sanitarie Locali: Stato di attuazione della legge n. 833 del 1978

Legislazione Regionale

(al dicembre 1980)



Il prospetto che segue indica le scadenze e la durata delle convenzioni e dei contratti di lavoro del settore:

Principali convenzioni uniche nazionali, accordi, contratti collettivi e integrativi relativi a: ^(a)	Data di scadenza degli atti in vigore al 31-12-1980
Medici generici e pediatri	31.12.1980
Medici specialisti ambulatoriali	31.12.1980
Medici specialisti convenzionati	31.12.1980
Personale degli Enti locali	31.12.1981
Personale degli ospedali pubblici	30. 6.1982
Personale degli ospedali convenzionati	30. 6.1982
Personale del parastato	10.10.1982

Le tabelle n. S. 3 e S. 4 indicano, invece, l'entità del personale coinvolto nei rinnovi convenzionali o contrattuali, che è stato considerato ai fini delle valutazioni del FSN.

Si tratta di dati in larga misura stimati in quanto mancano rilevazioni dirette. Inoltre, si tratta di dati non definitivi e fluttuanti per effetto del completamento delle operazioni di scelta del medico di famiglia da parte dei cittadini immessi nel sistema dall'1 gennaio 1980 e delle operazioni di trasferimento alle USL e all'INPS attuate a più riprese nel corso del 1980 in base alle ricordate decisioni del CSN e alle opzioni degli interessati.

Una rilevazione diretta di tutto il personale dipendente e convenzionato sarà comunque effettuata nel corso del 1981. Il prossimo rapporto ne esporrà i risultati.

11. - Quest'ultimo a argomento pone all'evidenza un tema di grande rilievo.

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

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

Il piano sanitario triennale è ampiamente condizionato dalla capacità di riuscire a far funzionare il sistema informativo ed acquisire, attraverso esso, le notizie occorrenti; da questa riuscita dipende, infatti, il coerente ed armonico dispiegarsi dei programmi di azione previsti dal piano.

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

^(a) Altri accordi riguardano i farmacisti, i biologi, le ostetriche, le aziende termali, ecc.

TABELLA S-2. - I soggetti implicati

Numero	Lavocatori contratto e lavoratori convenzionati	Generico	Condotto	Pediatri	Specialità ambulatoriali	Prelevatori	Generici ambulatoriali	Convenz. esterni	Osped. c. pieno	Osped. t. definito	Medici SSN	Altri medici pubblici
62.500	Generici	34.500	10.000	(1)	(1) 500	—	—	(1) 1.000	(1)	(L) 15.000	(L) 1.500	(1)
10.000	Condotti	10.000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1.500	Pediatri	—	—	900	—	—	—	—	—	(L) 600	—	—
15.200	Specialità ambulatoriali ..	(1) 500	—	—	2.300	—	—	3.800	(1)	(L) 4.900	1.400	2.300
450	Prelevatori	—	—	—	—	450	—	—	—	—	—	—
600	Generici ambulatoriali ...	—	—	—	—	—	600	—	—	—	—	—
15.000	Convenzionati esterni	(1) 1.000	—	—	3.800	—	—	5.000	(1)	(L) 4.600	100	500
31.000	Ospedali a tempo pieno	(1)	—	—	—	—	—	—	31.000	—	—	—
25.000	Osp.ri a tempo definito ..	(L) 15.000	—	(L) 600	(L) 4.900	—	—	(L) 4.600	—	(2) 2.500	—	—
3.000	Medici SSN	(L) 1.500	—	—	(L) 1.400	—	—	100	—	—	—	—
(1)	Altri medici pubblici	(1)	—	—	2.300	—	—	500	—	—	—	(1)
	TOTALE	62.500	10.000	1.500	15.200	450	600	15.000	31.000	25.100	3.000	—

(1) Dati non rilevati.
(2) 10 % tripli lavori.
L = incompatibilità
I = lavoro compatibile ma limitato.
00000 = Medici con attività esclusiva.

TABELLA S-3 - Personale confluito nel Servizio Sanitario Nazionale

ENTI DI PROVENIENZA	Numero unità
Parastato	35.000
Enti locali	85.000
Ospedali pubblici	440.000 (a)

(a) Compresi: medici ospedalieri a tempo pieno e a tempo definito di cui alla tabella precedente.

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

È intenzione del Governo riservare la massima attenzione a questo aspetto del funzionamento del SSN.

Il piano sanitario nazionale ha dunque assunto tra i suoi obiettivi irrinunciabili per il triennio 1981-83 quello di attivare in tempi brevi i due principali strumenti conoscitivi indicati dalla legge: il sistema informativo sanitario e la programmazione di bilancio come sistema integrato di pianificazione e controllo.

D) IL SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO (SIS).

12. - Secondo le indicazioni del PSN il SIS è costituito dall'insieme delle strutture e delle procedure aventi per scopo la rilevazione, l'elaborazione e la discussione dei dati informativi riguardanti:

- la condizione di salute della popolazione e i fattori che determinano gli stati di malattia o di rischio;
- la consistenza delle strutture sanitarie e gli aspetti di funzionalità attinenti ai carichi di lavoro e alla domanda sanitaria soddisfatta;
- gli aspetti economico-finanziari del funzionamento del sistema;
- gli aspetti del tipo redazionale tra i soggetti e il sistema sanitario.

Il sistema di rilevazione e di trattamento delle informazioni sopra enunciato dovrà assolvere alle seguenti funzioni elementari, ai vari livelli territoriali:

- la sorveglianza esterna, cioè il controllo dello stato di salute della popolazione attraverso informazioni a carattere generale e continuativo (statistiche bio-sanitarie) o su particolari fenomeni patologici (informazioni epidemiologiche);
- il monitoraggio interno, cioè il controllo delle attività che si svolgono nell'ambito del sistema sanitario (statistiche di organizzazione e dati finanziari);
- la valutazione, cioè i controlli sulla rispondenza delle attività agli scopi prefissati e all'uso ottimale delle risorse (misure di efficacia e di efficienza);
- la ricerca, cioè le attività rivolte ad approfondire la conoscenza dei fenomeni di interesse sanitario e al continuo miglioramento degli interventi.

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

Questo carattere esclude che il SIS possa essere definito in tutti i suoi aspetti dall'alto. Esso va piuttosto concepito come un sistema di « informazione distribuita », dove ogni livello di responsabilità politica e gestionale, e quindi anche il livello periferico delle USL, ha il diritto — e il dovere, — di rivelare e di utilizzare, mediante aggregazioni autodecise, i dati del proprio ambito territoriale, ritenuti necessari alla propria iniziativa sanitaria.

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

Nel 1980 hanno attivamente lavorato alla messa a punto del SIS tre diversi gruppi di studio: la Commissione Epidemiologica e Informatica del Centro Studi del Ministero della Sanità, il gruppo di lavoro « Spesa, controlli e informatica » del Comitato Tecnico Scientifico per la programmazione sanitaria e il gruppo istituzionale formato dall'Ufficio centrale della programmazione, dall'Istituto Superiore di Sanità, dall'ISTAT e dalle Regioni. Il lavoro congiunto dei tre gruppi ha permesso di definire lo schema di struttura del SIS e di chiarire meglio i rapporti funzionali tra organi del livello centrale e tra questi e le Regioni.

Comunque, per assicurare unitarietà alla funzione informativa centrale e sistematico collegamento con le Regioni e, tramite queste, con le USL è prevista la istituzione, su iniziativa del Ministro della Sanità, di una Commissione di raccordo tra le amministrazioni centrali di governo, gli altri enti pubblici interessati al SIS, l'ISTAT e le Regioni. All'ISTAT resta, in questo concerto, attribuita la funzione di validare i dati statistici che affluiscono a livello centrale, mentre per le proprie esigenze gestionali e per far fronte alle proprie attribuzioni, ciascun organismo del livello centrale utilizzerà i dati unitari pervenuti al centro in autonomia e secondo proprie specifiche metodologie d'analisi.

E) LA PROGRAMMAZIONE DI BILANCIO COME SISTEMA INTEGRATO DI PIANIFICAZIONE E CONTROLLO.

13. — Il secondo elemento di novità, previsto dal PSN in termini di attivazione di strumenti conoscitivi, è la programmazione di bilancio, intesa come sistema integrato di pianificazione e di controllo dell'uso delle risorse.

La « programmazione di bilancio » è indicata dal PSN come un sistema integrato di documenti e di procedure atti a rappresentare con completezza i fatti gestionali sia singoli che correlati, tanto negli aspetti finanziari ed economici quanto negli aspetti fisici di attività e di risultato, in relazione ai programmi di azione scelti come prioritari in ciascun triennio.

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

Un ulteriore importante elemento di controllo e di informazione previsto dalla legge 833/78 è la relazione di fine anno che i Comuni debbono allegare ai bilanci delle USL. Al riguardo l'ANCI ha preso l'iniziativa di delineare uno schema di struttura per tale tipo di relazione, onde rendere compatibili e assommabili le indicazioni e i giudizi degli enti locali.

14. — Strettamente connesso con l'attivazione del SIS e l'adozione della programmazione di bilancio è il programma di azione rivolto alla costruzione di un sistema di indicatori sociali per la verifica del PSN.

L'azione di verifica costituisce parte integrante di qualsiasi processo di programmazione. Essa è infatti necessaria per almeno tre ordini di motivi:

- 1) per accertare il grado di raggiungimento degli obiettivi programmatici;
- 2) per rendersi conto delle modalità secondo cui tali obiettivi sono stati perseguiti o dei programmi di azione che, di fatto, sono stati promossi per il loro perseguimento;
- 3) per rendere disponibili le conoscenze della realtà sanitaria e delle sue modalità di funzionamento, necessarie per l'aggiornamento del piano stesso o per la formulazione di un nuovo piano.

La complessità delle indicazioni del PSN presuppone l'adozione di strumenti di verifica estremamente compositi ed articolati. Tali strumenti, pertanto, saranno ricercati, non in singoli parametri o indicatori, bensì in *famiglie di indicatori* tra di loro connessi; famiglie che a loro volta dovranno essere organizzate in « sistema ».

Per la costruzione di un sistema di indicatori sociali, appare utile far riferimento a un modello nel quale il Servizio sanitario viene assimilato ad un sistema produttivo, interagente con il più ampio sistema socio-economico di cui esso rappresenta un segmento. I collegamenti tra il sistema sanitario ed il sistema sociale ed economico nel suo complesso, sono rappresentati da un lato dalle risorse (o fattori produttivi) di cui il settore sanitario si avvale, risorse che vengono attinte dal più ampio sistema sociale ed economico, e dall'altro dal « prodotto » delle attività sanitarie che in ultima analisi consiste nel miglioramento delle condizioni di salute degli individui e della popolazione. Tale « prodotto » è ciò che il sottosistema sanitario offre al sistema socio-economico in cambio delle risorse ad esso sottratte. All'interno del sottosistema sanitario il « processo di produzione » consiste nella trasformazione delle risorse (fattori di produzione) in miglioramento delle condizioni sanitarie, tramite la fornitura di servizi. Il rapporto tra risorse impiegate e servizi resi darà la misura dell'efficienza del sistema, quello tra servizi resi e miglioramento delle condizioni di salute fornirà la misura della sua efficacia.

Il sistema dovrà, quindi, contemplare almeno tre famiglie di indicatori; la prima atto a rappresentare le risorse impiegate, contenente « indicatori strumentali o di inputs »; la seconda atto a rappresentare i servizi forniti, contenente « indicatori di attività »; la terza atto a fornire informazioni sui risultati ottenuti in termini di miglioramento nella salute, cioè « indicatori finali o di outputs ». Tuttavia, siccome sulla indicazione di salute della popolazione e più in genere sul suo stato di benessere fisico e psichico, influiscono elementi esterni al sistema sanitario, quali le indicazioni dell'ambiente di vita e di lavoro, il grado di cultura il livello del reddito pro-capite e così via, accanto alle tre famiglie appena esposte, se ne dovrà aggiungere una quarta, capace di riflettere tutte quelle variabili che, pur non concernendo direttamente il sistema sanitario, sono rilevanti in quanto interagiscono con le variabili « strumentali », di « attività » o « finali » sopra descritte. Gli indicatori che comporranno tale famiglia saranno denominati « concomitanti ».

Infine, visto che il primo piano sanitario nazionale si prefigge di dar vita ad un nuovo sistema sanitario che presuppone modifiche sostanziali sia alle istituzioni preposte all'esercizio di funzioni sanitarie sia all'organizzazione entro cui tali funzioni si svolgono, sarà necessario individuare una quinta famiglia di indicatori atti ad accertare l'avvenuto compimento degli adempimenti previsti a questo proposito e la loro aderenza ai principi contenuti nella legge 833/78 istitutiva del Servizio sanitario nazionale. Tali indicatori, data la natura del fenomeno che sono chiamati a riflettere, saranno denominati « istituzionali ed organizzativi ».

15. - La maggior parte delle informazioni previste ai punti precedenti servirà, oltre che per finalità di gestione, per la « relazione sullo stato sanitario del Paese » che il CSN è tenuto a rassegnare al Parlamento entro il mese di marzo di ciascun anno.

Tale relazione costituirà il principale complemento al « Rapporto sull'assistenza sanitaria » che sarà annualmente presentato all'interno della Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese.

L'intendimento è quello di articolare sin dal primo anno le informazioni secondo uno schema del seguente tipo:

a) *Informazioni sui contributi:*

- aliquote contributive per categoria (finché differenziate), numero dei soggetti imponibili, ammontare dei contributi dovuti e dei contributi effettivamente incassati;
- aliquota contributiva a carico degli iscritti obbligatoriamente ai sensi dell'art. 63 della legge 833/78, numero dei soggetti imponibili, ammontare dei contributi dovuti e dei contributi effettivamente incassati;
- aliquota contributiva a carico degli stranieri residenti che hanno chiesto l'iscrizione al SSN, numero dei soggetti imponibili, ammontare dei contributi dovuti e dei contributi effettivamente incassati;
- oneri sociali fiscalizzati nel quadro delle misure di sostegno alla produzione;
- forme e misure di compartecipazione a carico dei cittadini (tickets) ed ammontare degli introiti;
- ammontare delle rinvase assicurative aventi natura di poste correttive di spese sostenute dal SSN.

Quali misuratori della « produttività » nel settore delle entrate contributive saranno usati:

- il rapporto tra contributi dovuti e contributi effettivamente incassati;
- le misure promosse o adottate per realizzare la perequazione contributiva;
- gli accertamenti compiuti;
- le evasioni accertate;
- le sanzioni comminate;
- le iniziative adottate per razionalizzare e razionare il sistema dal versante della domanda;
- le iniziative adottate per ridurre il divario tra contributi e costo effettivo dei servizi, in attesa della completa fiscalizzazione del settore.

b) *Informazioni concernenti la « domanda sanitaria e il fabbisogno di tutela della popolazione »:*

- cenni sulla struttura della popolazione;
- cenni sulla popolazione animale;
- cenni sulla situazione ambientale;
- cenni sulle relazioni ambiente-popolazione e popolazione-ambiente (rischi ambientali, inquinamento, ecc.);
- cenni sulla situazione epidemiologica, sulla mortalità per cause e sulle patologie prevalenti.

La Relazione sullo stato sanitario del paese svilupperà più estesamente le notizie di sintesi che saranno fornite con il Rapporto sull'assistenza sanitaria.

c) *Informazioni concernenti la « risposta sanitaria »:*

- lo stato del SSN:
 - organizzazione territoriale;
 - personale;
 - presidi e attrezzature;
- l'attività del SSN, con riferimento alle prestazioni erogate, ai progetti-obiettivo, agli interventi programmatici prioritari, alla formazione e aggiornamento degli operatori, agli investimenti realizzati;
- l'attività nel settore della ricerca;
- il tutto espresso sia in dati assoluti, sia attraverso indicatori e rapporti di stato e di outputs.

d) *Informazioni concernenti la spesa sanitaria:*

- le spese del SSN per voci economiche e per funzioni;
- le spese a rilievo sanitario presenti nel bilancio di altre amministrazioni pubbliche (Ministeri, Cassa del Mezzogiorno, Istituto Zooprofilattici);
- spese per attività delegate alle Regioni ma finanziate a carico del Ministero della Sanità;
- spese per l'assistenza agli italiani all'estero e al personale navigante;
- finanziamenti alle attività di ricerca sanitaria concessi dal Ministero della Sanità, dal CNR e dal Ministero della P.I., dalle Regioni;
- spesa sanitaria privata;
- incidenza sul PIL;
- utilizzazione di indicatori indiretti di compatibilità e per fini di verifica come la produzione globale dei farmaci al lordo delle importazioni e al netto delle esportazioni raffrontata ai consumi nel SSN o il gettito fiscale della categoria dei medici raffrontato al totale complessivo degli onorari e delle retribuzioni corrisposte.

L'esperienza permetterà di affinare sempre meglio il campo delle indicazioni da comprendere nel rapporto sull'assistenza sanitaria. Parimenti verranno studiati accorgimenti per raccordare le nuove indicazioni con i dati precedentemente raccolti dall'ISTAT, in modo da fare salve le serie storiche o quanto meno di consentire il raccordo tra vecchi e nuovi dati.

APPENDICE LEGISLATIVA AL RAPPORTO SANITÀ 1980.

A) QUADRO ISTITUZIONALE DELLA RIFORMA SANITARIA.

Legge 12 febbraio 1968, n. 132.

Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera.

D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128.

Ordinamento interno dei servizi ospedalieri.

D.P.R. 27 marzo 1969, n. 129.

Ordinamento intreno dei servizi di assistenza delle cliniche e degli Istituti univesitari di ricovero e cura.

Legge 26 ottobre 1971, n. 1099.

Tutela sanitaria delle attività sportive.

Legge 7 agosto 1973, n. 519.

Modifiche ai compiti, all'ordinamento ed alle strutture dell'Istituto Superiore di Sanità.

Legge 17 agosto 1974, n. 386.

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, recante norme per l'estinzione dei debiti degli Enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento della spesa e l'avvio della riforma sanitaria.

Legge 20 marzo 1975, n. 70.

Disposizioni sul riordinamento degli Enti pubblici e del rapporto di lavoro del personale dipendente.

Legge 22 luglio 1975, n. 382.

Norme sull'ordinamento regionale e sull'organizzazione della Pubblica amministrazione.

Legge 5 dicembre 1975, n. 704.

Mantenimento dell'assistenza sanitaria ai familiari a carico dei lavoratori chiamati.

Legge 8 aprile 1976, n. 278.

Norme sul decentramento e sulla partecipazione dei cittadini nell'amministrazione del Comune.

Legge 5 maggio 1976, n. 208.

Interpretazione autentica dell'art. 14 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264 convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386, e recante norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria.

D.M. 8 novembre 1976.

Orientamenti per l'attuazione delle strutture dipartimentali previste dall'art. 55 della legge 18 aprile 1975, n. 148, che prevede l'attuazione delle predette strutture in collegamento con altre istituzioni sanitarie della zona servita dall'ospedale.

D.P.R. 29 aprile 1977.

Individuazione degli enti e delle gestioni di assistenza di malattia da sopprimere. Nomina di Commissari straordinari.

Legge 29 giugno 1977, n. 349.

Norme transitorie per il trasferimento alle Regioni delle funzioni già esercitate dagli enti mutualistici e per la stipulazione delle convenzioni uniche per il personale sanitario in relazione alla riforma sanitaria.

D.P.R. 24 luglio 1977, n. 616.

Attuazione della delega di cui all'art. 1 della legge 22 luglio 1975, n. 382.

D.P.R. 24 luglio 1977, n. 618.

Istituzione, presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, di ruoli unici di impiegati e operai.

D.M. 5 agosto 1977.

Determinazione dei requisiti tecnici sulle case di cura private.

D.P.C.M. 9 agosto 1977.

Costituzione del comitato centrale per la liquidazione degli enti e gestioni autonome preposti alla erogazione dell'assistenza sanitaria in regime mutualistico.

Legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Istituzione del servizio sanitario nazionale.

D.L. 30 dicembre 1979, n. 663.

Finanziamento del S.S.N. nonché la proroga dei contratti stipulati dalla pubblica amministrazione in base alla legge 1 giugno 1977, n. 285 sulla occupazione giovanile.

Legge 29 febbraio 1980, n. 33.

Conversione in legge con modificazioni del Decreto legge 30 dicembre 1979, n. 663, concernente il finanziamento del S.S.N. nonché la proroga dei contratti stipulati dalla pubblica amministrazione in base alla legge 1 giugno 1977, n. 285 sulla occupazione giovanile.

D.L. 1 luglio 1980, n. 285.

Disciplina transitoria delle funzioni di assistenza sanitaria delle U.S.L.

D.P.R. 31 luglio 1980, n. 613.

Riordinamento della Croce rossa italiana (art. 70 della legge n. 833 del 1978).

D.P.R. 31 luglio 1980, n. 614.

Ristrutturazione e potenziamento degli Uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera e degli uffici veterinari di confine, di porto, di aeroporto e di dogana interna (art. 7 della legge n. 833 del 1978).

D.P.R. 31 luglio 1980, n. 616.

Assistenza sanitaria ai cittadini del comune di Campione d'Italia (art. 37, primo comma, lettera c), della legge n. 833 del 1978).

D.P.R. 31 luglio 1980, n. 617.

Ordinamento, controllo e finanziamento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (art. 42, settimo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833).

D.P.R. 31 luglio 1980, n. 618.

Assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero (art. 37, primo comma, lettera a) e b), della legge n. 833 del 1978).

D.P.R. 31 luglio 1980, n. 619.

Istituzione dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (art. 23 della legge n. 833 del 1978).

D.P.R. 31 luglio 1980, n. 620.

Disciplina dell'assistenza sanitaria al personale navigante marittimo e dell'aviazione civile (art. 37, ultimo comma, della legge n. 833 del 1978).

Legge 8 agosto 1980, n. 441.

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 1 luglio 1980, n. 285, concernente la disciplina transitoria delle funzioni di assistenza sanitaria delle Unità Sanitarie Locali.

D.L. 22 dicembre 1980, n. 900.

Misure urgenti in materia di assistenza sanitaria e di occupazione giovanile.

B) PERSONALE DIPENDENTE E CONVENZIONATO.

D.P.R. 27 marzo 1969, n. 130.

Stato giuridico dei dipendenti degli Enti ospedalieri.

Legge 3 maggio 1973, n. 213.

Disposizioni per gli aiuti-dirigenti ospedalieri.

Legge 18 aprile 1975, n. 148.

Disciplina sull'assunzione del personale sanitario ospedaliero e tirocinio pratico-Servizio del personale medico-Dipartimento-Modifica ed integrazione dei decreti del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, nn. 128 e 130.

D.M. 6 gennaio 1978.

Integrazione al decreto ministeriale 27 gennaio 1976 concernente equiparazione dei servizi e delle qualifiche del personale sanitario in servizio presso organismi diversi dagli enti ospedalieri.

Legge 22 maggio 1978, n. 217.

Diritto di stabilimento e libera prestazione dei servizi da parte dei medici cittadini di Stati membri delle Comunità europee.

D.M. 21 giugno 1978.

Adeguamento della tariffa professionale dei chimici.

Legge 21 dicembre 1978, n. 845.

Legge - quadro in materia di formazione professionale.

Legge 7 febbraio 1979, n. 46.

Norme integrative ed interpretative della Legge 18 aprile 1975, n. 148.

Legge 7 febbraio 1979, n. 47.

Interpretazione autentica dell'ultimo comma dell'art. 133, D.P.R. 31 maggio 1975, n. 417, concernente il voto della prova scritta di cultura generale di concorso a posti di direttore sanitario.

D.P.R. 15 settembre 1979.

Accordo nazionale triennale recante la disciplina dei rapporti con le farmacie per l'assistenza farmaceutica nell'ambito del Servizio Sanitario nazionale, stipulato ai sensi dell'art. 48 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833.

D.P.R. 30 ottobre 1979.

Accordo collettivo nazionale recante la disciplina per il convenzionamento dei biologi ambulatoriali nell'ambito del Servizio Sanitario nazionale, ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

D.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761.

Stato giuridico del personale delle USL.

D.P.R. 31 luglio 1980, n. 615.

Istituzione del ruolo speciale previsto dall'art. 24 della legge 29 febbraio 1980, n. 33, presso il Ministero della sanità.

C) CONTABILITÀ E FINANZA.

Legge 8 agosto 1977, n. 565.

Finanziamento del Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera.

Legge 4 agosto 1978, n. 461.

Finanziamento del Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera per gli anni 1977 e 1978.

Legge 5 agosto 1978, n. 468.

Riforma di alcune norme di contabilità generale dello Stato in materia di bilancio.

Legge 21 dicembre 1978, n. 843.

Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria).

D.L. 26 maggio 1979, n. 154.

Disposizioni urgenti relative al finanziamento della spesa degli enti locali per il Servizio Sanitario.

D.L. 7 maggio 1980, n. 153.

Norme per l'attività gestionale e finanziaria degli enti locali per l'anno 1980.

Legge 7 luglio 1980, n. 299.

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 maggio 1980, n. 153, concernente norme per l'attività gestionale e finanziaria degli enti locali per l'anno 1980.

D.P.R. 14 luglio 1980, n. 595.

Attuazione dell'art. 9 del decreto legge 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con modificazioni, nella legge 29 febbraio 1980, n. 33 recante norme sulla classificazione economica e funzionale della spesa, sulla denominazione dei capitoli delle entrate e delle spese, nonché sui relativi codici, delle unità sanitarie locali.

D.L. 30 dicembre 1980, n. 901.

Provvedimenti finanziari per gli enti locali per l'anno 1981.

D) ASSETTO DEL TERRITORIO E IGIENE AMBIENTALE.

Legge 13 luglio 1966, n. 615.

Provvedimenti contro l'inquinamento atmosferico.

Legge 16 aprile 1976, n. 126.

Disciplina degli scarichi nelle acque marittime.

Legge 10 maggio 1976, n. 319.

Norme per la tutela delle acque dall'inquinamento.

D.L. 10 agosto 1976, n. 544.

Proroga dei termini di cui agli articoli 15, 17 e 18 della legge 10 maggio 1976, n. 319, recante norme per la tutela delle acque dall'inquinamento.

Legge 8 ottobre 1976, n. 690.

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 10 agosto 1976, n. 544, concernente proroga dei termini di cui agli articoli 15, 17 e 18 della legge 10 maggio 1976, n. 319, recante norme per la tutela delle acque dall'inquinamento.

D.L. 23 maggio 1979, n. 148.

Proroga dei termini in materia di risanamento delle acque e di scarichi inquinanti, stabiliti dalle leggi 16 aprile 1973, n. 171 e 10 maggio 1976, n. 319.

Legge 24 dicembre 1979, n. 650.

Integrazioni e modifiche delle leggi 16 aprile 1973, n. 171 e 10 maggio 1976, n. 319, in materia di tutela delle acque dall'inquinamento.

E) ASSISTENZA MATERNO-INFANTILE.

Legge 29 luglio 1975, n. 405.

Istituzione dei consultori familiari.

D.M. 19 aprile 1978.

Nuovo modello di certificato di assistenza al parto.

Legge 22 maggio 1978, n. 194.

Norme per la tutela sociale della maternità e sulla interruzione volontaria della gravidanza.

D.M. 20 ottobre 1978.

Determinazione delle percentuali degli interventi di interruzione volontaria della gravidanza che possono essere praticati dalle case di cura autorizzate.

Legge 5 dicembre 1978, n. 785.

Modifica all'art. 5 della legge 29 luglio 1975, n. 405: istituzione dei consultori familiari.

F) ASSISTENZA AI TOSSICODIPENDENTI.

Legge 22 dicembre 1975, n. 685.

Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossico-dipendenza.

D.M. 18 novembre 1977.

Determinazione delle modalità di raccolta ed elaborazione dei dati statistici relativi agli interventi terapeutici e riabilitativi in materia di tossicodipendenze da sostanze stupefacenti e psicotrope.

D.M. 5 luglio 1978.

Modificazioni alle modalità di raccolta ed elaborazione dei dati statistici relativi agli interventi terapeutici e riabilitativi in materia di tossicodipendenza da sostanze stupefacenti e psicotrope.

D.M. 6 giugno 1978.

Limitazioni di uso del metadone e sue preparazioni.

D.M. 29 novembre 1978.

Determinazione delle qualità delle sostanze stupefacenti e delle sostanze psicotrope che possono essere fabbricate e messe in vendita in Italia o all'estero nel corso del 1979.

D.M. 7 agosto 1980.

Regolamentazione dell'impiego di farmaci ad azione analgesico-narcotica nel trattamento de tossicodipendenti.

D.M. 10 ottobre 1980.

Impiego di preparati a base di metadone e morfina per il trattamento dei tossicodipendenti.

G) ASSISTENZA PSICHIATRICA.

Legge 18 marzo 1968, n. 431.

Provvidenze per l'assistenza psichiatrica.

Legge 21 giugno 1971, n. 515.

Modifica all'art. 5 della legge 431/68, relativa a provvidenze per l'assistenza psichiatrica.

Legge 15 dicembre 1975, n. 779.

Consolidamento dei fondi stanziati per l'assistenza psichiatrica ai sensi dell'art. 5 della legge 18 marzo 1968, n. 431.

Legge 13 maggio 1978, n. 180.

Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori.

D.M. 15 giugno 1978.

Approvazione degli schemi tipo di convenzione tra province e enti ospedalieri e tra provine ed istituzioni private di ricovero e cura, in conformità quanto previsto dall'art. 7 della legge 13 maggio 1978, n. 180, concernente accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori.

H) ASSISTENZA AGLI HANDICAPPATI.

Legge 2 aprile 1968, n. 482.

Disciplina generale delle assunzioni obbligatorie presso le pubbliche amministrazioni ed aziende private.

D.L. 30 gennaio 1971, n. 5.

Provvidenze in favore dei mutilati ed invalidi civili.

Legge 30 marzo 1971, n. 118.

Conversione in legge del D.L. 30 gennaio 1971, n. 5 e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili.

D.P.R. 27 aprile 1978, n. 384.

Regolamento di attuazione dell'art. 27 della legge 30 marzo 1971, n. 118 a favore dei mutilati ed invalidi civili, in materia di barriere architettoniche e trasporti pubblici.

Legge 11 febbraio 1980, n. 18.

Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili.

I) ASSISTENZA FARMACEUTICA.

Legge 22 ottobre 1973, n. 752.

Ratifica ed esecuzione della Convenzione europea relativa alla elaborazione di una farmacoepa europea, adottata a Strasburgo il 22 luglio 1964.

D.L. 4 maggio 1977, n. 187.

Revisione generale dei prezzi dei medicinali.

Legge 5 agosto 1978, n. 484.

Disciplina della informazione scientifica e della pubblicità dei farmaci ed istituzione della partecipazione degli assistiti alla spesa per l'assistenza farmaceutica.

D.M. 12 luglio 1978.

Norme per la vendita al pubblico di specialità medicinali contenenti estrogeni, progestinici, soli ed associati, con indicazione di carattere ginecologico.

D.M. 29 settembre 1978.

Proroga al 30 ottobre 1978 degli adempimenti prescritti dal D.M. 12 luglio 1978 contenente norme per la vendita al pubblico di specialità medicinali contenenti estrogeni, progestinici, soli e associati, con indicazioni di carattere ginecologico.

D.P.R. 15 settembre 1979.

Accordo nazionale triennale recante la disciplina dei rapporti con le farmacie per l'assistenza farmaceutica nell'ambito del Servizio Sanitario nazionale, stipulato ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

D.M. 18 dicembre 1979.

Procedure per la revisione generale delle specialità medicinali.

Stato di avanzamento della Legislazione Regionale al 31 dicembre 1980

A) REGIONI A STATUTO ORDINARIO

REGIONI	Leggi sugli ambiti territoriali delle U.S.L.	Leggi sulla istituzione e la organizzazione delle U.S.L.	Leggi sui ruoli regionali del personale del servizio sanitario	Leggi di contabilità delle U.S.L.
Abruzzo	L. R. 15 febbraio 1980, n. 10 (15 USL)	1) L. R. 15 febbraio 1980, n. 10 2) L. R. 4 giugno 1980, n. 52 3) L. R. 4 dicembre 1980, n. 83	L. R. 4 giugno 1980, n. 51	L. R. 16 giugno 1980, n. 53
Basilicata	L. R. 4 marzo 1976, n. 13 (7 USL) L. R. 5 aprile 1979, n. 15 (7 USL) L. R. 3 gennaio 1980, n. 1	1) L. R. 3 gennaio 1980, nn. 1-2	L. R. 23 gennaio 1980, n. 10	L. R. 29 marzo 1980, n. 17
Calabria	L. R. 2 giugno 1980, n. 18 (31 USL)	1) L. R. 2 giugno 1980, n. 18 2) D. G. R. 30 ottobre 1980, n. 4244 3) D. P. G. R. 8 novembre 1980, n. 2415	L. R. 2 giugno 1980, n. 19	
Campania	L. R. 8 agosto 1979, n. 34 (61 USL) L. R. 11 novembre 1980, n. 66	1) L. R. 9 giugno 1980, n. 57 2) L. R. 11 dicembre 1980, n. 76 3) L. R. 2 giugno 1980, n. 1	L. R. 11 novembre 1980, n. 64 L. R. 11 novembre 1980, n. 68 L. R. 22 novembre 1980, n. 73	L. R. 11 novembre 1980, n. 63
Emilia Romagna	L. R. 29 agosto 1979, n. 28 (41 USL)	1) L. R. 3 gennaio 1980, n. 1 2) L. R. 19 maggio 1980, n. 35	L. R. 12 dicembre 1980, n. 57	L. R. 29 marzo 1980, n. 22
Lazio	L. R. 18 settembre 1979, n. 75 L. R. 12 giugno 1975, n. 71 L. R. 12 gennaio 1976, n. 2 D. C. R. 18 novembre 1976, n. 154 (59 USL) L. R. 9 aprile 1976, n. 14 D. C. R. 23 aprile 1980, n. 913	1) L. R. 6 dicembre 1979, n. 93 2) L. R. 6 dicembre 1979, n. 94 3) L. R. 2 giugno 1980, n. 46	L. R. 27 dicembre 1979, n. 100	L. R. 28 gennaio 1980, n. 10 L. R. 14 giugno 1980, n. 58
Liguria	L. R. 20 dicembre 1978, n. 60 (20 USL)	1) L. R. 5 dicembre 1979, n. 45	L. R. 5 maggio 1980, n. 22	L. R. 7 gennaio 1980, n. 7

Segue: Stato di avanzamento della Legislazione Regionale al 31 dicembre 1980

A) REGIONI A STATUTO ORDINARIO

REGIONI	Leggi sugli ambiti territoriali delle U.S.L.	Leggi sulla istituzione e la organizzazione delle U.S.L.	Leggi sui ruoli regionali del personale del servizio sanitario	Leggi di contabilità delle U.S.L.
Lombardia	L. R. 23 luglio 1979, n. 38 L. R. 5 aprile 1980, n. 35 (80 USL)	1) L. R. 5 aprile 1980, nn. 35-36 2) L. R. 11 aprile 1980, n. 39 3) L. R. 19 maggio 1980, n. 62	L. R. 7 giugno 1980, n. 75	
Marche	L. R. 3 novembre 1978, n. 21 (24 USL)	1) L. R. 12 marzo 1980, n. 10 2) L. R. 24 aprile 1980, n. 24 3) L. R. 23 maggio 1980, n. 38		L. R. 30 aprile 1980, n. 25
Molise	L. R. 6 aprile 1979, n. 12 (7 USL)	1) L. R. 16 maggio 1980, n. 75 2) L. R. 7 dicembre 1979, n. 35	L. R. 2 settembre 1980, n. 32	L. R. 2 settembre 1980, n. 33
Piemonte	L. R. 9 luglio 1976, n. 41 (76 USL)	1) L. R. 21 gennaio 1980, n. 3 2) L. R. 22 maggio 1980, n. 60 3) L. R. 27 ottobre 1980, n. 75	L. R. 20 maggio 1980, n. 52	
Puglia	L. R. 14 aprile 1980, n. 23 (55 USL)	1) L. R. 26 maggio 1980, n. 51		
Toscana	L. R. 17 agosto 1979, n. 37 (40 USL)	1) L. R. 17 agosto 1979, n. 37 2) L. R. 19 dicembre 1979, n. 63 3) L. R. 24 maggio 1980, n. 70 4) L. R. 24 maggio 1980, n. 71	L. R. 26 novembre 1979, n. 59 L. R. 15 maggio 1980, n. 53 L. R. 24 maggio 1980, n. 69	L. R. 24 maggio 1980, n. 68
Umbria	L. R. 19 dicembre 1979, n. 65 (12 USL)	1) L. R. 19 dicembre 1979, n. 65	L. R. 28 dicembre 1979, n. 72	L. R. 18 marzo 1980, n. 18
Veneto	L. R. 25 ottobre 1979, n. 78 (31 USL)	1) L. R. 25 ottobre 1979, n. 78 2) L. R. 7 marzo 1980, n. 13	L. R. 26 maggio 1980, n. 65	L. R. 20 marzo 1980, n. 18 L. R. 8 maggio 1980, n. 48

Stato di avanzamento della Legislazione Regionale al 31 dicembre 1980

B) REGIONI A STATUTO SPECIALE

REGIONI.	Leggi sugli ambiti territoriali delle U.S.L.	Leggi sulla istituzione e la organizzazione delle U.S.L.	Leggi sui ruoli regionali del personale del servizio sanitario	Leggi di contabilità delle U.S.L.
Friuli Venezia Giulia ..	D. P. G. 5 dicembre 1980, n. 0606 (12)	1) L. R. 23 giugno 1980, n. 14 2) L. R. 23 giugno 1980, n. 15	L. R. 8 settembre 1980, n. 50	L. R. 24 giugno 1980, n. 19
Sardegna	(22 USL)			
Sicilia	D. C. R. 24 aprile 1979 (62 SAUB)	L. R. 12 agosto 1980, n. 87		
Trentino Alto Adige..		1) L. R. 30 aprile 1980, n. 6		
Bolzano	(3 USL)		L. R. 16 maggio 1980, n. 11	
Trento	D. P. G. 19 dicembre 1980, n. 13465 (11 USL)	L. P. 6 dicembre 1980, n. 33		
Valle d'Aosta	L. R. 29 novembre 1978, n. 60 L. R. 5 febbraio 1979, n. 8 (1 USL)	1) L. R. 22 gennaio 1980, n. 2	L. R. 22 dicembre 1980, n. 59	L. R. 22 dicembre 1980, n. 61