

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori BERTHET e DALVIT

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 13 AGOSTO 1970

Costituzione in ogni provincia di un Consorzio di medicina sociale preventiva

ONOREVOLI SENATORI. — Recepire il concetto di medicina sociale preventiva, intesa come « momento proprio dell'opera clinica che mira alla ricerca e al riconoscimento di situazioni premorbigena o di stati subclinici di malattie aventi un definito substrato patogeno, e come fonte promotrice nel tempo di queste attività mediante disponibilità di organismi sanitari qualificati ed a ciò addestrati » è premessa indispensabile alla comprensione dei motivi ispiratori del presente disegno di legge. Nella sua formulazione, infatti, si è tenuto conto, nello spirito del concetto suesposto di medicina sociale preventiva, della realtà concreta dell'attuale struttura sanitaria del Paese, delle norme della legislazione vigente in materia di sanità e della prospettiva degli sviluppi futuri illustrata nel progetto di riforma sanitaria, nonché nel programma economico di sviluppo del Governo.

I Consorzi provinciali antitubercolari sono stati costituiti nel 1927 (legge 23 giugno 1927, n. 1276) con caratteristiche strutturali tali da consentire, mediante una rete di servizi capillari, la ricerca del malato di tubercolosi in ogni settore della popolazione: alle dipendenze dei CPA operano oggi nel Paese 630 dispensari periferici (dati

del 1967), pari in media a uno per ogni 80.000 abitanti, integrati nei dispensari centrali dei capoluoghi di provincia, attrezzati per l'indagine clinico-strumentale e di laboratorio degli stati morbosi dell'apparato respiratorio. Ai CPA fanno capo: l'organizzazione delle assistenti sanitarie visitatrici destinate alle visite domiciliari, alle inchieste ambientali e all'opera di educazione igienico-sanitaria: gli archivi clinico-statistici con dati individuali ed epidemiologici; inoltre, da quindici anni a questa parte, i CPA impiegano su vasta scala stazioni schermografiche fisse e mobili.

Dalle fonti ufficiali di rilevazione statistica si ricavano i dati che testimoniano dei buoni frutti di questa complessa attività: caduta della mortalità dallo 0,9 per mille del 1935 allo 0,1 per mille del 1966 e del numero dei casi di tubercolosi di primo accertamento dall'1,89 per mille del 1951 allo 0,7 per mille del 1966.

Ma, a testimonianza di variazioni non solo quantitative ma anche qualitative della epidemiologia tubercolare, sono affiorati anche aspetti nuovi della malattia ricchi di implicazioni cliniche ed epidemiologiche.

Si tratta di aspetti che devono essere conosciuti dal legislatore per una efficace

e razionale opera di rinnovamento che non perda aderenza con la realtà delle cose: alla flessione della mortalità e della neomorbosità fa riscontro oggi da un lato uno spostamento dei casi di malattia di nuovo accertamento in età più avanzata della vita (fenomeno connesso in parte a quello del prolungamento della durata media della vita), dall'altro un incremento del numero di malati cronici (sono i malati per i quali la terapia è riuscita ad arrestare l'evoluzione fatale della malattia senza portarla a guarigione) e la comparsa di una patologia toraco-polmonare, di sempre più frequente rilievo, di natura non tubercolare, legata in parte al fenomeno dell'invecchiamento della popolazione e dall'altra a particolari modalità di guarigione della tubercolosi che comportano alterazioni strutturali e funzionali dei polmoni: sono le bronchiti croniche, l'enfisema, le deformazioni acquisite dell'albero respiratorio, la cardiopatia polmonare, le deformazioni della gabbia toracica. A questi aspetti altri se ne affiancano: l'aver portato l'indagine clinico-radiologica su vasti strati della popolazione ha reso sempre più frequente il riscontro di stati patologici ignorati dal portatore e di pertinenza di ampi settori della patologia toracica.

In dati numerici ecco quanto è risultato da una rilevazione statistica compiuta nel 1965 (Bollettino UNSCA, n. 28, 349, 1967): su un totale di oltre tre milioni e mezzo di individui sottoposti alle indagini schermografiche di massa nello stesso 1965 in tutta Italia, sono state rilevate, per opera dei CPA, oltre ai casi di tubercolosi attiva e dei suoi esiti, 18.698 cardiopatie, 1.564 tumori al polmone, 17.435 broncopneumopatie. Questi dati non contemplano i casi patologici rilevati in sede ambulatoriale ed indipendentemente, quindi, dalla preventiva indagine schermografica.

Dalla relazione ministeriale al Consiglio superiore della sanità — 1968 — (in *Am. San. Pubbl.*, fasc. 3, pag. 726, 1968) si apprende ancora che nel 1966 sono state eseguite per opera delle 119 unità schermografiche mobili e delle 87 stazioni schermografiche fisse dei CPA 3.654.695 esami

radiografici del torace. « A tal punto — prosegue la relazione ministeriale — corre l'obbligo di osservare che le indagini schermografiche hanno assunto negli anni recenti un'importanza ed un valore sempre maggiori in quanto esse hanno un carattere che viene giustamente definito polivalente, giacchè l'impiego della schermografia non consente solo di accertare l'esistenza della malattia tubercolare ma, pur limitando l'indagine al solo torace, dà la possibilità di accertare la presenza di tumori polmonari, cardiopatie congenite ed acquisite, affezioni dell'apparato respiratorio a carattere invalidante, alterazioni scheletriche del torace di qualsiasi genere ».

L'adozione poi da parte di molti Consorzi di mezzi diagnostici strumentali quali i laboratori di fisiopatologia respiratoria, di servizi di cardiologia e di broncologia, di apparecchi radiologici idonei alla ricerca del cancro della mammella, ha elevato in molte province questi stessi enti al rango di centri diagnostici ad alto livello specialistico.

La realtà odierna dei CPA è pertanto quella di sezioni sanitarie operanti in senso preventivo nell'ambito delle malattie sociali a localizzazione toracica in stretta collaborazione con centri diagnostici e terapeutici a più alto livello, rappresentati di regola dagli ospedali e dagli istituti clinici, ai quali i soggetti ammalati vengono tempestivamente indirizzati: ne derivano evidenti vantaggi quali il minimo disagio per i pazienti, soppressione di inutili ripetizioni di esami, minor esposizione della popolazione alle radiazioni, risparmio di tempo e di pubblico denaro. Di tale attività e delle modalità di attuazione, della tecnica e della organizzazione sono larga testimonianza le numerosissime pubblicazioni che nell'arco di un ventennio hanno occupato molte pagine delle maggiori riviste specializzate di pneumotisiologia e di radiologia del torace e costituito materia di relazioni e interventi nei congressi della categoria.

Quanto precede ha suggerito l'opportunità di valorizzare strutture sanitarie di questo genere che ad una quarantennale prova dei fatti hanno dimostrato la propria efficienza, aggiornarne le funzioni alla luce dei

risultati conseguiti nell'ambito delle malattie sociali a localizzazione toracica, piegarle ai fini del nuovo sistema di sicurezza sociale con razionali provvedimenti legislativi fondati su solide basi e non su mere astrazioni dialettiche. E rappresenta, a questo proposito, un indubbio vantaggio la strutturazione attuale dei CPA su base provinciale.

La Provincia rappresenta il grado di estensione ottimale per una unità sanitaria che debba ottemperare all'esigenza di indagini di massa e a quella di servizi diagnostici a qualificazione specialistica; il costo di esercizio e delle attrezzature sarebbe eccessivo per estensioni di grado inferiore (comunale o intercomunale) e, per contro, carente per estensioni superiori. La legge d'altro canto già prevedeva in passato la istituzione di servizi di medicina sociale come si desume dal disposto dell'articolo 92 del testo unico sulle leggi sanitarie del 1934 in cui si ammette che « le province abbiano facoltà di integrare i servizi sanitari istituendo o sussidiando dispensari specializzati ed altre forme di provvidenza per la prevenzione e cura delle malattie sociali ». La legislazione più recente è certamente più esplicita; giova riportarne in sintesi di seguito il disposto degli articoli che interessano il problema in discussione:

a) gli articoli 4 e 6 del decreto del Presidente della Repubblica n. 249 del 1961, che prevedono l'istituzione di appositi centri relativi alle malattie sociali per la tutela sanitaria delle popolazioni le cui finalità, indicate all'articolo 6, consistono nella ricerca, nell'accertamento dei casi di malattia e degli stati di predisposizione alla stessa, nelle misure di profilassi e prevenzione, nell'erogazione di prestazioni ambulatoriali a favore dei malati, nel promuovere, quando si rende opportuno, il ricovero dei malati in ospedale e quello dei bambini in colonie apposite, nell'effettuare il controllo sanitario nei guariti e negli stabilizzati, nell'eseguire studi e ricerche sull'origine delle malattie sociali e sui mezzi per prevenirle e combatterle, nel curare, per la difesa contro le malattie sociali, la pro-

paganda e l'educazione sanitaria, nel provvedere all'esecuzione dei programmi sanitari contro le malattie sociali predisposte dal Ministero della sanità;

b) articolo 5 dello stesso decreto del Presidente della Repubblica che prevede che l'istituzione e la gestione dei centri può essere affidata agli enti ospedalieri, ai consorzi provinciali antitubercolari, ed a qualsiasi altro ente idoneo a svolgere azione di prevenzione e di assistenza di malattia;

c) decreto ministeriale del 20 dicembre 1961 e decreto ministeriale del 20 marzo 1963 che forniscono l'elenco delle malattie sociali: tumori, malattie reumatiche, malattie cardiovascolari, stati disendocrini e dismetabolici, microcitemia, morbo di Cooley, anemia microsferocitica, tossicosi da stupefacenti e da sostanze psicoattive, traumi conseguenti a incidenti del traffico.

Essi rappresentano gli elementi sui quali è costruito l'articolo 1 del disegno di legge. Esso si propone di riconoscere, in sostanza, un'opera di fatto già svolta, di codificarla, consentendo ai CPA di assumere le vesti di centri per quelle malattie sociali, fra quante sono elencate nel decreto ministeriale di cui sopra, che, per la loro localizzazione toracica, entrano nell'area naturale di indagine dei CPA.

A questo punto torna in acconcio considerare il problema anche di fronte alle alternative proposte dalla legge e alla difficoltà che altre soluzioni, diverse da quella proposta, susciterebbero.

Si osserva a tal proposito:

a) precisando il decreto del Presidente della Repubblica n. 249 del 1961, all'articolo 5, che l'istituzione dei centri per le malattie sociali possa essere affidata a enti della più diversa estrazione, è da presumere che questi centri non possano assumere la figura di ente autonomo; infatti la circolare ministeriale n. 81 del 20 maggio 1963, al punto 5), dispone che « l'istituzione di un centro per le malattie sociali deve essere deliberata dall'ente che ne assume

la gestione e la responsabilità del funzionamento »;

b) i CPA sono gli unici organi sanitari del Paese in grado di svolgere compiti di medicina preventiva, in senso proprio, grazie alle peculiarità della loro struttura. Uno sguardo infatti agli altri enti che operano nel settore sanitario del Paese (ospedali, cliniche, mutue, servizi specialistici come quelli per la cardioreumatologia, per il diabete, eccetera, operanti presso cliniche ed ospedali, istituti per la diagnosi e cura dei tumori, eccetera) dimostra che essi operano pressochè esclusivamente in campo diagnostico e terapeutico proprio perchè, pur essendo spesso ad alto livello di qualificazione, mancano di quelle idonee strutture che consentono la vera ricerca del malato: essi si limitano a svolgere i compiti di centri diagnostici qualificati. D'altra parte, per quelli, fra essi, istituiti nell'ambito di ospedali e cliniche, non è neppure ragionevolmente prevedibile, allo stato attuale, una ristrutturazione ed una riorganizzazione tecnica nel senso previsto dal decreto del Presidente della Repubblica n. 249 del 1961; per altri, quali mutue ed enti assistenziali in genere, vige il criterio di prestazioni erogate a settori di popolazione obbligatoriamente assicurate contro un rischio di malattie e, pertanto, la loro opera è per definizione insita nei compiti d'istituto, condizionata al verificarsi di uno stato di malattia conclamata, venendone esclusi gli stati morbosi in fase preclinica. In casi particolari, quali i centri diabetici istituiti presso le mutue, la ricerca dello stato morboso latente, pur rientrando nei compiti del centro, è tuttavia limitata alla popolazione assicurata e, in ogni caso, sempre e soltanto a chi richiede la prestazione, mancando l'organizzazione per una ricerca sistematica di massa. Questi aspetti, che possono efficacemente riassumersi nel concetto di « carenza di profilassi », sono stati più volte sottolineati da autorevoli clinici (Bufano, Puddu) e da igienisti (Del Vecchio, Labranca).

Per quanto attiene alla struttura amministrativa del Consorzio di medicina sociale preventiva si propone di costituire l'Assem-

blea dei rappresentanti degli enti consorziati, che attualmente sono rappresentati solo da tre membri nominati dal prefetto sentito il parere del medico provinciale a norma del decreto del Presidente della Repubblica n. 249 del 1961, articolo 1.

Lo scopo è quello di realizzare una più ampia partecipazione degli enti consorziati alla vita dell'Ente, di offrire agli stessi un più diretto controllo amministrativo e di sensibilizzarli, infine, ai problemi che il Centro deve risolvere a vantaggio della comunità.

L'attuale formula del consiglio di amministrazione (comitato amministrativo) rimane inalterata quanto a composizione, ma i rappresentanti degli enti consorziati, per essa previsti dal succitato decreto vengono eletti dall'assemblea.

Nell'articolo 3 si è inteso limitare l'entità dei contributi integrativi del Ministero della sanità a quei servizi effettivamente programmati e svolti dai consorzi in aggiunta a quelli antitubercolari. Ciò permette di contenere le spese nei limiti fissati dagli stanziamenti di bilancio del Ministero.

La modifica dello statuto prevista dall'articolo 4 del disegno di legge, infine, potrà essere predisposta in linea generale dagli organi direttivi del Consorzio in relazione al tipo di servizi di nuova istituzione in ogni provincia, fermi restando tutti quei compiti e quelle norme statutarie oggi vigenti nell'ambito della lotta contro la tubercolosi, e sottoposta infine al parere e al voto dell'organo amministrativo.

La trasformazione dei consorzi provinciali antitubercolari vista nell'ambito dei progetti di riforma sanitaria.

Nel capitolo VII della legge 27 luglio 1967, n. 685, relativa al programma economico per il quinquennio 1966-1970 si legge, all'articolo 73, che la più periferica struttura sanitaria del previsto sistema di sicurezza sociale sarà l'Unità sanitaria locale (USL) che « assicurerà la tutela della salute del cittadino a livello di intervento sanitario di base, con funzioni eminentemente pre-

ventive, di medicina sociale e di educazione sanitaria, e riassumerà in un'unica struttura tutte le competenze e tutte le funzioni sanitarie che attualmente si ripartiscono, a livello locale, tra un numero notevole di organismi diversi. Le USL dovranno realizzare, in coordinamento con l'attività degli altri presidi sanitari, il più diretto contatto con la popolazione da servire: il loro numero sarà stabilito in funzione delle caratteristiche geografiche e demografiche delle singole regioni... (omissis) ...».

In attesa che vengano definite dalla legge le strutture tecnico-amministrative delle USL, la commissione nominata dall'Ufficio centrale enti locali della DC ha approvato un progetto di riforma dettagliata che, in armonia con gli enunciati della legge succitata, sviluppa e precisa, sotto il profilo della pratica realizzazione, i concetti in essa contenuti.

Nell'ambito di questo progetto l'USL, intesa come organismo di primo livello, è vista consistere in più sezioni:

- a) sezione dei servizi per la tutela della salute;
- b) sezione dei servizi per assistenza per malattia;
- c) sezione dei servizi di medicina sociale;
- d) sezione dei servizi di igiene mentale.

Mentre la prima sezione è deputata allo espletamento di attività generali di controllo igienico-sanitario ed educativo e la seconda ad assolvere localmente i compiti di organizzazione dei servizi medici di primo livello (medico condotto, eccetera), nonchè l'espletamento diretto di prestazioni diagnostiche e curative d'urgenza e le prestazioni specialistiche ambulatoriali non urgenti, la sezione di medicina sociale, per disponibilità di mezzi e personale sarà impegnata nelle seguenti attività:

- 1) indagini diagnostiche di massa per la rilevazione delle malattie sociali in fase preclinica;
- 2) rilevazioni diagnostiche di base per l'accertamento delle malattie sociali in fase conclamata;

3) prestazioni assistenziali e riabilitative per le malattie sociali che non siano realizzabili a domicilio e che non necessitino di ricovero ospedaliero.

Tutte queste attività, concretatesi così in interventi testè definiti di primo livello, saranno integrati in organismi di secondo livello ad estensione provinciale (mentre la unità sanitaria locale ha un'estensione comunale o intercomunale) anch'essi articolati in sezioni come quelli dianzi elencate: in particolare per quanto attiene al punto c) (servizi di medicina sociale) in una direzione provinciale ed in un centro provinciale di medicina sociale.

Si intende facilmente, anche alla luce di questo progetto, come il disegno di legge per la trasformazione dei consorzi provinciali antitubercolari, attribuendo ai consorzi stessi compiti propri ai centri di medicina sociale ed investendone per ciò stesso sia le strutture dispensariali periferiche sia quelle dispensariali centrali (capoluogo di provincia), ben si accorda con l'ipotesi di identificare in futuro i dispensari periferici in quelle sezioni di medicina sociale di primo livello delle unità sanitarie locali, come previsto nel succitato progetto della commissione DC, e i dispensari centrali (provinciali) e le direzioni provinciali dei consorzi, in quei servizi di medicina sociale definiti di secondo livello.

Del resto nel paragrafo ottavo, n. 4), del capitolo VIII del progetto di riforma DC è esplicitamente affermato che « tale struttura direzionale ed esecutiva potrà essere acquisita attraverso l'integrazione e la trasformazione delle attuali direzioni dei consorzi provinciali antitubercolari e degli annessi dispensari provinciali ».

In questo senso si è pronunciata l'Unione province d'Italia con un ordine del giorno nel congresso di Roma del 1962.

A fianco del programma di sviluppo economico, di cui alla citata legge 27 luglio 1967, n. 685, si deve considerare la legge costitutiva dell'ente ospedaliero (legge n. 132 del 12 febbraio 1968) che prevede la possibilità di costituire centri per le malattie sociali negli ospedali o come servizi *extra moenia* degli ospedali stessi. Tuttavia, per

esplicito disposto della suddetta legge, la costituzione in ambito ospedaliero dei centri è subordinata alla futura emanazione di apposita « legge di approvazione del piano quinquennale degli interventi relativi alle materie in cui la Regione stessa ha potestà legislative » (articolo 29 della legge n. 132 del 12 febbraio 1968).

L'attribuzione ai consorzi provinciali antitubercolari di compiti di medicina sociale preventiva non preclude la possibilità futura di aggregarli all'ente ospedaliero.

Se ne può dedurre che il disegno di legge sulla trasformazione dei CPA in consorzi di medicina sociale preventiva non si pone fuori dalla realtà odierna come provvedimento isolato e non suscettibile di ulteriori sviluppi nè come soluzione in potenziale contrasto con lo spirito della progettata riforma in campo sanitario; esso per contro prepara servizi sanitari operanti e pienamente predisposti all'inserimento armonico nelle future strutture sanitarie del Paese.

ALLEGATO

LEGGI E RIFERIMENTI

Testo unico sulle leggi sanitarie del 1934, articolo 92.

Legge 23 giugno 1927, n. 1276: istituzione dei centri provinciali antitubercolari.

Decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 249: istituzione dei centri di medicina sociale e attribuzione dei compiti.

Decreto ministeriale 20 dicembre 1961 e decreto ministeriale 20 febbraio 1963: elenco delle malattie sociali.

Circolare ministeriale n. 81 del 20 maggio 1963, punto 5), sull'istituzione dei centri di medicina sociale.

Legge 27 luglio 1967, n. 685, capitolo VII: programma economico per il quinquennio 1966-1970 per la sanità.

Commissione Ufficio centrale enti locali della DC: progetto di riforma in rapporto alla legge 27 luglio 1967, n. 685.

Bollettino UNSCA n. 28, pagine 349, 1967: sui servizi dei consorzi provinciali antitubercolari.

Legge 12 febbraio 1968, n. 132: sull'ente ospedaliero.

Annuario sanità pubblica, fascicolo n. 3, pagine 706-726, 1968: relazione del Ministro della sanità al Consiglio superiore della sanità.

DISEGNO DI LEGGE
—

Art. 1.

I Consorzi provinciali antitubercolari, istituiti con legge 23 giugno 1927, n. 1276, assolvono anche i compiti di lotta contro le malattie sociali che, fra quelle elencate nei decreti ministeriali del 20 dicembre 1961 e del 20 febbraio 1963, comportano localizzazioni toraciche e per le quali non siano già stati formalmente istituiti nella provincia centri a ciò esplicitamente deputati, ed operanti, a norma del decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 249.

Art. 2.

Ogni Consorzio provinciale antitubercolare, pertanto, assume la nuova denominazione di Consorzio di medicina sociale preventiva ed istituisce formalmente nel proprio ambito i servizi secondo quanto previsto dall'articolo precedente.

Art. 3.

Il funzionamento del Consorzio di medicina sociale preventiva viene assicurato per mezzo dei contributi capitari dei comuni e della provincia attualmente devoluti ai Consorzi provinciali antitubercolari per la attività antitubercolare e dei contributi integrativi erogati dal Ministero della sanità in rapporto ai compiti aggiuntivi effettivamente programmati e svolti in ciascuna provincia. Tali integrazioni da parte del Ministero della sanità sono ricavate dal bilancio del Ministero stesso negli articoli relativi alla lotta contro le malattie sociali.

Art. 4.

Entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente legge, gli statuti dei Consorzi provinciali antitubercolari saranno modificati dal comitato amministrativo di ogni Consorzio in armonia con i disposti degli articoli precedenti.