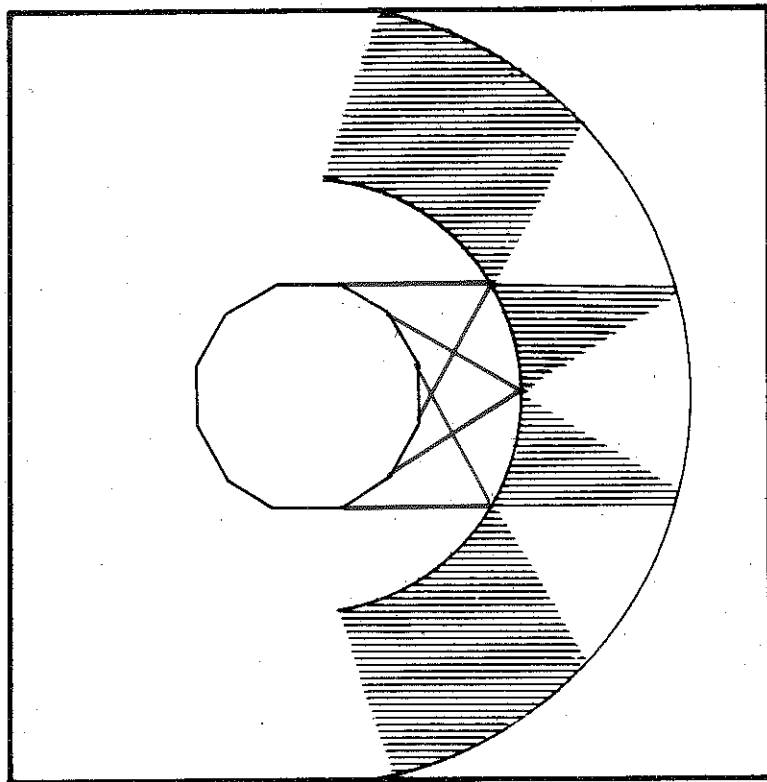


La formazione psico - sociale dell'operatore sanitario

a cura di
Giuseppe Galli
Giovanni Renga



Micheloni Editore

GIANNI SELLERI

SANITÀ E SICUREZZA SOCIALE

Il 22 giugno 1978 la Camera ha approvato il disegno di legge sulla « Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale ». Il provvedimento è ora all'esame del Senato con l'impegno dei partiti della maggioranza di approvarlo entro l'anno.

Si tratta della tappa quasi conclusiva di un discorso politico e culturale iniziato nel dopoguerra, puntualizzato nelle sue linee generali alla fine degli anni 60 e sviluppatosi poi lentamente fino ad attingere un impulso decisivo con gli accordi dei governi dell'emergenza.

Prima di illustrare, sia pure in termini tematici, il progetto di riforma nella sua attuale stesura (che è frutto del coordinamento di un progetto governativo e di 5 proposte di iniziativa parlamentare), riteniamo opportuno precisare brevemente il significato della sanità nel contesto della Sicurezza Sociale e ripercorrere sinteticamente il processo che ha portato alla definizione del provvedimento.

I. IL CONTESTO STORICO

L'assistenza sanitaria storicamente si è realizzata in quattro forme: 1) come espressione del *mutuo soccorso* fra persone accumulate da motivi religiosi o dalla professione (confraternite e corporazioni) con lo scopo di aiuto reciproco e di soccorso nei confronti dell'aderente colpito da qualche evento dannoso; 2) come *assicurazione contrattuale* che rappresenta un meccanismo di risarcimento del rischio e dei danni, fondato sul contratto fra il lavoratore e una società assicuratrice con scopi di lucro;

3) come assicurazione sociale obbligatoria che consiste nell'obbligo per i lavoratori di assicurarsi contro i principali rischi e in particolare la malattia; 4) come *sicurezza sociale*, sintesi di un complesso di attività volte a tutelare sia i diritti della persona, sia l'efficienza e l'organizzazione dello stato. Tale forma ebbe origine in Germania nel 1893 e costituisce la prima fase della moderna previdenza sociale.

Poichè quest'ultima fase è quella che si sta realizzando anche nel nostro paese, riteniamo opportuno qualche approfondimento.

1. Il Sistema di Sicurezza Sociale.

L'espressione « Sicurezza Sociale », che designa un ordinamento costituito dai sistemi della sanità, dell'assistenza e della previdenza, risale al 1933 quando, negli Stati Uniti, dopo la grande depressione, fu costituito un Comitato Economico per un programma di assicurazioni (che si contrapponeva al sistema bismarkiano per la partecipazione dello Stato e per l'estensione dei soggetti aventi diritto), che concluse la propria attività con il « *Social Security Act* » del 1935.

La locuzione ebbe ampia diffusione in tutto il mondo occidentale durante e dopo la seconda guerra mondiale in numerose dichiarazioni internazionali: Carta Atlantica del 1941, la Dichiarazione di Santiago del 1942, la Dichiarazione di Filadelfia del 1944, la Dichiarazione dei principi sociali dell'America del 1945, la Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo del 1948, la Carta Sociale Europea del 1950, cui fecero seguito diverse convenzioni e la costituzione di organismi e comitati internazionali di coordinamento e di promozione, fra cui l'Organizzazione Mondiale di Sanità (OMS).

Nel gennaio del 1941 Roosevelt indirizzò al Congresso degli Stati Uniti il messaggio con cui si fondava l'ordinamento del mondo futuro su quattro principi: libertà di parola, libertà di religione, libertà dalla paura, libertà dal bisogno (*freedom from want*, che alcuni autori traducono in senso attivo « liberazione degli effetti del bisogno »).

Ma contemporaneamente alle enunciazioni politiche si

definivano i principi della Sicurezza Sociale e le sue prime realizzazioni: nel 1937, in Russia, il Servizio Sanitario veniva posto a carico dello Stato, nel 1938, in Nuova Zelanda si attuava il primo sistema compiuto di Sicurezza Sociale, nel 1942 in Inghilterra, William Beveridge presentava il suo piano per la Sicurezza Sociale che ottenne vastissimi consensi e che trovò applicazione in cinque leggi, nell'immediato dopoguerra, costituendo la massima espressione realizzata dei principi di Sicurezza Sociale.

Circa i significati ed i contenuti della Sicurezza Sociale si può anzitutto osservare che lo scopo è quello di liberare gli individui e le comunità dalle preoccupazioni, dalle cause e dagli effetti del bisogno. Da ciò consegue che la Sicurezza Sociale è un *fine*, piuttosto che uno *strumento* come l'assistenza pubblica e l'assicurazione sociale, che presuppone una azione indirizzata alle persone, anche se coordinata con tutto il complesso delle politiche economiche e sociali. La Sicurezza Sociale non è quindi una riforma sociale, ma definisce il dovere ed il diritto della società di intervenire a favore di chi sopporti le conseguenze di eventi o circostanze che alterano l'equilibrio fra i bisogni ed i mezzi per soddisfarli. I casi in cui si verifica tale circostanza sono sostanzialmente due: la cessazione o la riduzione del reddito per il minimo vitale, la presenza di bisogni o difficoltà per far fronte alle quali non è sufficiente il reddito normale. Nel primo caso la Sicurezza Sociale dovrebbe garantire la stabilità del reddito, mediante prestazioni economiche, nel secondo caso dovrebbe inoltre assicurare la soddisfazione del bisogno attraverso servizi affidati allo Stato.

Per raggiungere questi scopi è possibile seguire due vie: o intervenire per la prevenzione indiretta dei rischi (piena occupazione, sviluppo dell'istruzione, sanità pubblica, etc.) o agire per la prevenzione individuale del rischio, per la riduzione e riparazione delle sue conseguenze come attività specifica dello Stato a fornire prestazioni di diritto soggettivo nei confronti di cittadini che si trovino in difficoltà. È questo secondo significato più ristretto che individuierebbe il concetto di Sicurezza Sociale.

Circa le caratteristiche strumentali attraverso le quali la Sicurezza Sociale persegue il suo scopo, si è cercato di teorizzare prima un coordinamento e poi una fusione fra assistenza pubblica e assicurazione sociale. In realtà la Sicurezza Sociale

costituisce una obbligazione universale di tutela dei cittadini indipendentemente dalle condizioni e dai principi dell'assistenza e della previdenza.

Mentre l'assistenza pubblica è un atto amministrativo e discrezionale, rivolto a posteriori nei confronti di persone indigenti o asociali (al quale non può corrispondere un diritto definito da parte dell'utente), il sistema preventivo e riparativo costituisce una obbligazione giuridica dello Stato di cui il cittadino può legalmente pretendere la realizzazione.

Per l'assicurazione sociale lo Stato interviene soltanto per obbligare i soggetti interessati (lavoratori e datori di lavoro) a garantire prestazioni riparatrici prima che si verifichino gli effetti di un qualsiasi evento dannoso (e in ciò adotta lo stesso procedimento della Sicurezza Sociale), e ne controlla gli organismi di finanziamento; in un sistema di Sicurezza lo Stato diventa responsabile diretto e non cogestore dell'ordinamento e assume una diversa funzione di responsabilità sociale nei confronti dell'intera collettività (e quindi non soltanto dei lavoratori dipendenti).

Benchè i sistemi di Sicurezza Sociale finora realizzati risentano di condizioni culturali e legislative diversificate, è tuttavia possibile definire comparativamente alcuni principi ispiratori comuni.

La Sicurezza Sociale prevede:

- a) in relazione all'oggetto, il principio della comprensività in quanto non fa distinzione circa le cause e la natura dei fatti che alterano l'equilibrio fra il reddito ed i bisogni;
- b) in relazione al campo di applicazione, il principio dell'universalità, poichè si rivolge all'intera popolazione riconoscendo a ciascuno uguali diritti;
- c) in relazione alle prestazioni, il criterio dell'uguaglianza per dare a tutti le stesse opportunità di prevenzione e di reintegrazione (uguali prestazioni per uguali bisogni);
- d) in relazione al finanziamento, il principio della solidarietà generale, mediante il prelievo fiscale proporzionato alla capacità contributiva di ciascuno, la distribuzione verticale ed orizzontale del reddito fra gli attivi e fra gli attivi e i non attivi;
- e) in relazione agli organi vige il principio di unità poichè fa riferimento alla responsabilità diretta dello Stato e dei suoi

organi di decentramento territoriale istituzionali, come espressione dell'intera collettività.

Il sistema che più si avvicina ai principi generali della Sicurezza Sociale è quello neozelandese (1938) che si è poi riprodotto in Australia. Si tratta di un ordinamento giuridico atto ad erogare servizi destinati a proteggere la popolazione contro le inabilità e necessità risultanti dalla vecchiaia, dalla malattia, dalla morte del capo famiglia, dalla disoccupazione e da altre circostanze; « sistema atto a stabilire un'organizzazione che assicuri cure mediche ed ospedaliere a chi ne abbia bisogno e ad attribuire le altre prestazioni necessarie alla conservazione ed al miglioramento della salute pubblica e del benessere generale ».

La tutela della salute, preventiva, curativa e riabilitativa, comprese le prestazioni suppletive (protesi, assistenza domestica, fisioterapia, etc.) è garantito a tutti, secondo i principi dell'uguaglianza, dell'universalità e della solidarietà.

I sistemi più diffusi sia in Europa sia nei paesi socialisti sono di tipo misto e prevedono criteri distinti per gli ordinamenti della sanità, della previdenza e dell'assistenza. In generale i principi fondamentali della sicurezza sociale sono stati attuati soltanto per il settore sanitario, mentre la legislazione previdenziale-assicurativa e assistenziale si ispira ancora a parametri e a valutazioni differenziati con riferimento a distinzioni fra soggetti (lavoratori, anziani, invalidi) e agli scopi che possono essere di carattere preventivo o riparativo, obbligatorio o discrezionale, sia per quanto riguarda le prestazioni pecuniarie sia per quanto riguarda i servizi.

2. Sicurezza Sociale e Welfare State.

La Sicurezza Sociale che si è venuta configurando come una funzione propria dello stato nei paesi industrializzati e tecnologicamente avanzati, tende a definirsi nelle sue ultime espressioni come *Welfare State*.

Uno dei principi fondamentali dello « stato del benessere » è costituito dall'importanza del rapporto fra i servizi sociali e lo sviluppo civile secondo il quale la comunità deve organizzare prestazioni per tutta la popolazione, affinché tutti i cittadini

abbiano *uguaglianza di opportunità*, mediante i mezzi forniti dal prelievo fiscale. Si tratta, come abbiamo visto, di una erogazione uniforme in ragione dei bisogni, redistributiva del reddito e coordinata a livello statale e pubblico, ciò che la distingue dalle forme selettive della tradizionale assistenza ai poveri e dagli interventi assicurativi forniti in base ai premi ed ai versamenti.

Dopo la seconda guerra mondiale si è cominciato quindi ad appoggiare il *Welfare State* come soluzione adatta a regolare l'economia ed a proteggere le società capitalistiche della minaccia del comunismo. Ciò ha comportato, fra l'altro, un diverso rapporto fra potere e morale, l'accrescimento degli apparati burocratici e della sociologia applicata. Infatti non ci si affida più alla autoregolazione spontanea del sistema e si richiede l'intervento del governo per modificare gli squilibri sociali mediante la programmazione, di cui i servizi sociali sono parte integrante.

* Ma gli obiettivi e le motivazioni sono complessi ed ambigui. Dalla definizione dei servizi sociali come prestazioni « fornite dalla comunità per nessun'altra ragione che il mantenimento ed il miglioramento del benessere individuale » ed altre simili, si passa a motivazioni, forse più fondate, secondo le quali i servizi sociali concorrono al mantenimento dell'ordine nel sistema ed al controllo delle tensioni provocate dai « non attivi » (disoccupati, handicappati, inabili, etc.).

In questo contesto di considerazioni generali si definisce la duplicità e l'ambivalenza dello stato del benessere teso da una parte all'eliminazione delle ingiustizie sociali, sia di posizione, sia di reddito, volto dall'altra parte a risolvere ed a reprimere (in modo sofisticato) le situazioni generatrici di conflitti morali e sociali. È una ambivalenza che consente, fra l'altro, all'economia di mercato, di scaricare sui programmi e gli obiettivi assistenziali le pressioni, gli ostacoli alla pianificazione privata ed all'aumento della produttività. In questo senso lo stato del benessere è al servizio della razionalizzazione produttiva e la politica di sicurezza sociale è considerata funzionale al mantenimento e alla sopravvivenza della società capitalistica e democratica.

Il *Welfare State* è stato dunque indicato come lo strumento più efficace per una politica di riequilibrio economico ed insieme di controllo dei processi rivoluzionari di tipo evolutivo o regressivo,

per il mantenimento del sistema politico rappresentativo. La realizzazione di questo equilibrio, è fondata sulle teorie di Keynes e Beveridge, secondo i quali una forte redistribuzione delle risorse, avrebbe garantito l'assorbimento di tutta la produzione, alzato il livello di occupazione, con il recupero degli inattivi secondo la politica del pieno impiego.

Tale concezione traeva origine dalla fiducia sulla omogeneità della razionalità economica con la razionalità politica e sociale, secondo un modello di crescita armonica di progresso nell'ordine.

Con riferimento al quadro che abbiamo delineato sembra evidente che il nostro paese si trova per quanto riguarda l'ordinamento dei servizi sociali, nella fase conclusiva della transizione fra il sistema dell'assicurazione obbligatoria e l'attuazione dei principi della Sicurezza Sociale.

II. IL PROGETTO ITALIANO DI RIFORMA SANITARIA

Al fine di comprendere meglio i contenuti e i principi dell'istituendo servizio sanitario nazionale, sembra utile una sintesi della sua evoluzione.

I motivi che hanno ispirato le prime critiche al nostro ordinamento sanitario e la proposizione di una nuova organizzazione sono molteplici. Si possono tuttavia individuare alcuni parametri interpretativi di ordine: a) *giuridico*; b) *tecnico*; c) *istituzionale*; d) *culturale*.

Tali criteri si sono spesso sovrapposti e confusi nel dibattito politico e alla definizione attuale si è giunti per successive approssimazioni che sarebbe troppo lungo decodificare.

1. *Motivazioni giuridiche.*

La prima posizione si richiama alla Costituzione (e più mediamente ad enunciazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità). L'impegno a promuovere il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica, e sociale del paese (art. 3) risulta più

incisivo nella sua proposizione programmatica e trova un diverso risalto, anche perchè finalmente collegato alla tutela della salute, come diritto del cittadino e interesse della collettività (art. 32), alla particolare tutela e protezione della maternità, dell'infanzia e della gioventù (art. 31), alla tutela del lavoro con garanzie specifiche per le donne lavoratrici e per i minori (artt. 35 e 37), alla tutela del livello di vita dei lavoratori specie di fronte ai casi di infortunio, malattia, invalidità (artt. 36 e 38), al mantenimento e all'assistenza sociale per i cittadini inabili al lavoro ed al recupero sociale dei soggetti minorati.

Il primo provvedimento legislativo sulla riforma sanitaria è costituito dal Cap. VII del *Piano di sviluppo economico 1965 - 1969* (legge 27 luglio 1967, n. 685); nella parte riferita alla sicurezza sociale si tratta in modo articolato di una « legge quadro per la sanità » e sono già presenti indicazioni relative alle modalità di intervento sanitario (prevenzione, cura, riabilitazione), alla arretratezza delle strutture del paese, all'esigenza di estendere la protezione sanitaria a tutti i cittadini, all'urgenza di intervenire nel settore ospedaliero e alla prospettiva di istituire presidi di base, individuati nella unità sanitaria locale con funzioni, eminentemente preventive, di medicina sociale e di educazione sanitaria.

Dalla approvazione del « libro dei sogni » alla presentazione del primo disegno di legge governativo di riforma passa quasi un decennio, riempito dalla attività di numerosissime commissioni di studio, governative e no, dalle ripetute enunciazioni dei programmi elettorali, dai documenti dei sindacati e dei partiti, dalle sollecitazioni delle costituite Regioni a statuto ordinario e infine, agli inizi degli anni '70, dai primi accordi fra governo e parti sociali.

In questo periodo tuttavia si attua la nuova legislazione ospedaliera (legge 12 febbraio 1968, n. 132) e negli ultimi anni alcune leggi stralcio che, si dice, « anticipano la riforma », ma che sono sostanzialmente volte a tamponare i debiti degli enti mutualistici e a finanziare la spesa ospedaliera (legge 17 agosto 1974, n. 386 e la recente legge 4 agosto 1978, n. 461).

2. Motivazioni tecnico - istituzionali.

Le valutazioni di ordine *tecnico ed istituzionale* sono state

spesso contestuali e interdipendenti. Vi è anzitutto un esame relativo al quadro sanitario del paese secondo il quale si evidenziano degli indici medi dello stato igienico che pongono l'Italia fra i paesi più arretrati. Vengono evidenziati altissimi tassi di mortalità prenatale e perinatale, una forte diffusione delle malattie infettive (soprattutto nel mezzogiorno), un grande squilibrio territoriale dei servizi, etc. A questi dati si aggiungono quelli relativi alla cosiddetta « patologia dello sviluppo » per cui si manifesta un'alta incidenza delle malattie professionali e degli infortuni sul lavoro, degli incidenti stradali, la diffusione delle malattie degenerative e croniche (affezioni cardiocircolatorie, tumori, malattie nervose, etc.) e in diversi territori il degradamento delle condizioni dello ambiente naturale di vita e di lavoro (urbanizzazione, inquinamento, ambienti nocivi, etc.).

Si constata ad esempio:

mortalità infantile	1941 - 1945	110 per mille
	1973	25,7 per mille
quoziente di mortalità	1941	13,6 per mille
	1971	9,6 per mille
durata media della vita	prima della guerra	60 anni
	1971	74 anni
infortuni sul lavoro	1971	1.500.000
	1972	1.603.000

La comparazione con gli altri paesi europei è decisamente negativa e pone l'Italia al penultimo posto, addirittura dopo il Portogallo; per la mortalità infantile, in particolare si registrano indici più alti di Hong Kong (21,9 per mille) e di poco inferiori a quelli della Thailandia (26,2 per mille).

A queste constatazioni era logico collegare una critica della organizzazione sanitaria del paese.

L'organizzazione sanitaria costituisce una realtà estremamente varia e complessa a causa delle stratificazioni di norme intervenute in momenti storici differenti, della diversa natura degli istituti giuridici che operano nel settore e della ripartizione delle competenze, sia di carattere tecnico sia di carattere decisionale, a vari livelli, non soltanto istituzionali ma anche territoriali.

Le disfunzioni inerenti alla stessa complessità del sistema sono state aggravate dalla profonda crisi di carattere strutturale e funzionale del sistema previdenziale, che sin dalle sue origini ha costituito una componente fondamentale delle strutture sanitarie del nostro paese. Infatti, la smisurata crescita del sistema previdenziale ha determinato numerosi inconvenienti quali ad esempio la creazione di numerosi organismi burocratici, l'insorgenza di conflitti di competenza fra i predetti organismi con conseguente lacuna nella protezione di alcuni soggetti, una notevole sperequazione nei doveri contributivi degli assicurati, una profonda diversità per quanto concerne la entità e la qualità delle prestazioni, le notevoli possibilità di dispersione e di abusi. Inoltre il sistema previdenziale, ancorato al finanziamento su base contributiva, principio ormai non più idoneo a sostenere il peso dell'assistenza sanitaria intesa come servizio pubblico, è stata travolto da una profonda crisi finanziaria sotto la spinta di una incontrollata lievitazione dei costi di gestione, di un abnorme ricorso alle prestazioni e di un mancato adeguamento delle fonti di contribuzioni.

Agli squilibri e alle carenze della struttura sanitaria si cercò di rimediare con l'istituzione del Ministero della Sanità (avvenuta nel 1958), al fine di riportare unità di indirizzi e di interventi, ma restarono intatte le competenze di politica sanitaria del Ministero del Lavoro (organizzazione mutualistica), del Ministero dell'Interno (IPAB ospedaliera), le competenze dei Comuni (per l'igiene e la profilassi territoriale).

Alle conseguenze negative derivate dalle molteplicità dei centri decisionali e operativi si aggiungeva la grave situazione di inefficienza degli ospedali e l'inadeguatezza dei presidi sanitari extraospedalieri costituiti dai poliambulatori mutualistici, dalle condotte mediche, ostetriche e veterinarie, dai consorzi provinciali antitubercolari, dai consultori dell'ONMI, etc., ciò che comportava frammentarietà, sovrapposizioni, duplicazioni, ma soprattutto deficienze complessive nell'ambito della prevenzione nosologica e ambientale.

Il confronto e la discussione a livello politico e tecnico di tale situazione evidenziò due esigenze:

1.- *razionalizzazione*, mediante il superamento del sistema mutualistico, (con la soppressione dei numerosi Enti mutualistici, Casse,

ONMI, etc.), l'ipotesi di un servizio sanitario unitario, la fiscalizzazione degli oneri (fondo sanitario nazionale) e soprattutto l'espansione delle prestazioni di carattere preventivo;

2 - *decentramento* delle funzioni amministrative statali in materia sanitaria (anche in conseguenza dell'istituzione delle regioni) e la prefirgurazione di una territorialità dei servizi, che con l'istituzione dell'unità locale sanitaria, avrebbero attinto efficienza, unitarietà e democraticità a livello delle comunità di base.

Un altro importante filone di indagini è costituito dai problemi della spesa, sia sanitaria sia farmaceutica, da cui risulta la necessità della pianificazione e della programmazione come strumento tecnico e come metodo politico e gestionale.

Il passaggio delle competenze statali alle Regioni in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera (DPR. 14/1/72 n. 42 e DPR 24/7/77 n. 616) ha impresso un forte impulso alle richieste di riforma e nello stesso tempo ha determinato (fenomeno tipicamente italiano) una straordinaria enfattizzazione degli aspetti istituzionali (rapporto fra Stato, Regioni e Autonomie Locali e gli Enti di gestione) che ha finito per prevalere su quelli sociali.

3. *Motivazioni culturali.*

Il dibattito culturale, per altro strettamente collegato a quello tecnico - politico (o addirittura derivato da questo), è sostanzialmente volto ad illustrare la possibilità di calare i principi della Sicurezza Sociale nel progetto di riforma. E tuttavia vi sono alcuni aspetti caratteristici su cui vale la pena soffermarsi, in quanto ci sembrano specifici alla situazione del paese.

Anzitutto, dal riconoscimento dell'interesse pubblico del problema sanitario, si deduce la necessità della *programmazione* come strumento organizzativo e tuttavia si aggiunge subito che la programmazione può significare collettivizzazione dei bisogni e delle risposte a scapito della libertà. Non si può, si dice, accettare una interpretazione puramente tecnologica e meccanicistica dell'organizzazione sanitaria e dello stesso processo scientifico in medicina in quanto condurrebbe ad un affievolimento dei valori etici e morali e ad una decadenza della tensione ideale.

Queste affermazioni da una parte si concretizzano nella richiesta della salvaguardia dell'iniziativa privata e della libera professionalità, dall'altro finiscono per sfociare in una visione più ricca del problema della tutela della salute.

La posizione razionale, condivisa da tutte le forze politiche, è che occorre passare da un sistema di copertura del rischio ad un sistema di protezione del bisogno che non sia basato soltanto sul contributo dei lavoratori e dei datori di lavoro, ma che sia espressione della solidarietà sociale, che l'intervento sanitario non si rivolga soltanto ai lavoratori, ma a tutti i cittadini senza alcuna distinzione. Questo convincimento, che i partiti di sinistra traducono con la formula della «fiscalizzazione degli oneri sociali», per il partito di maggioranza relativa è una questione di «valori».

Da tale interpretazione ideologica derivano, per la traduzione in termini di diritto positivo, una prospettiva di *personalizzazione* e di *socializzazione* dell'azione in campo sanitario: la prima si realizza rimuovendo gli ostacoli economico-sociali e patogeni che condizionano negativamente la salute del cittadino e quelli di ordine specifico che incidono su particolari categorie (handicappati, anziani, etc.); la seconda si attua promuovendo la partecipazione personale e della società, nelle sue articolazioni organizzate, alla esplicazione dell'azione di tutela sanitaria intesa nel senso più vasto e cioè non solo come difesa dalla malattia ma anche agendo complessivamente sulle condizioni di vita e di ambiente. Difesa quindi che non si esaurisce nello schema «prevenzione - cura e riabilitazione», di cui il cittadino usufruisce passivamente, ma che si caratterizza anche come situazione attiva, mediante partecipazione e diviene quindi il risultato di un impiego individuale, sociale e istituzionale.

L'enunciazione di tali principi comporta comunque due conseguenze applicative (che sarà possibile però verificare soltanto a posteriori): 1) che l'organizzazione dei presidi sanitari deve essere attuata secondo il sistema democratico pluralistico e decentrato; 2) che l'intervento sanitario non può essere settorializzato, ma deve essere coordinato e collegato con tutte le politiche sociali (scuola, lavoro, ambiente, etc.).

Anche se resta irrisolto il problema della diversa ispirazione ideologica, alla fine comunque si definisce una convergenza

molto vasta attorno ai contenuti del dibattito che abbiamo riassunto, anzi il tema della partecipazione e del pluralismo, proposto originariamente come difesa dell'individuo e delle iniziative private di carattere religioso, diventa il paradigma della politica dei servizi sociali nelle regioni amministrate dalle forze di sinistra.

Un ultimo tema che ha determinato innumerevoli convegni e pubblicazioni (e che ci sembra decisamente « nostro »), è costituito dalla « territorializzazione ».

L'organizzazione sul territorio di una rete di strutture sanitarie decentrate deve corrispondere alle esigenze della funzionalità tecnica, della economia di gestione e di parametri spaziali e demografici tali da consentire l'accessibilità più facile ai servizi e il controllo democratico degli stessi (partecipazione).

È particolarmente tormentata l'evoluzione teorica e tecnica di questo sforzo per l'individuazione del modello ottimale dell'unità sanitaria locale; ormai restano soltanto dei termini - simbolo che gli stessi esperti interpretano nel modo più eterogeneo: primo livello, secondo livello, struttura unitaria, struttura decentrata, dimensione topologica, dimensione giuridica, competenze primarie, competenze secondarie, organi amministrativi, organi di gestione, etc. Si tratta di un groviglio di multipli e di sottomultipli, di frammentazione e di ricomposizione veramente sconcertante.

I risultati di questa faticosissima elaborazione non sembrano ancora definiti, le cause del fenomeno consistono soprattutto nell'incerto equilibrio tra potere politico e potere amministrativo, fra stato e autonomie locali, fra queste (ancora regolate da una legge del 1934) e le loro articolazioni.

Il problema della territorializzazione dei servizi socio-sanitari, che sono ormai stati realizzati in molte regioni (come anticipazioni delle riforme), ha finito per confondersi inestricabilmente con quello istituzionale.

Al di là di ogni giudizio sul funzionamento di questi organismi (che per altro è molto diversificato da regione a regione) e senza mettere in discussione la loro opportunità intesa come affermazione della dimensione territoriale della sicurezza sociale, una valutazione è unanime: la debolezza e l'ambiguità dei rapporti fra consorzi socio-sanitari ed enti consorziati (comuni) che si è tradotta in una progressiva autonomia e burocratizzazione del

consorzio, cui ha fatto riscontro il disimpegno delle assemblee elettive degli organi comunali rispetto ai compiti delegati e il fallimento della partecipazione, che viene esaurita dalla dialettica fra l'apparato tecnico (operatori) e la struttura politica, costituita da pletoriche assemblee elettive di secondo grado.

Ecco come la discussione sugli ambiti territoriali dei servizi finisce per coincidere con la loro entità giuridica e pone complesse questioni in relazione alla responsabilità politica.

Secondo le ultime formulazioni sembra che si sia costituito un ampio consenso sul superamento della concezione dei consorzi socio - sanitari come enti autonomi a vantaggio della loro identificazione quali strumenti per la gestione dei servizi del comune.

Le caratteristiche di tale « strumento » sono: una dimensione territoriale definita; un organo di gestione strutturato con due distinti livelli di responsabilità politica e tecnica; una dotazione e organizzazione di servizi.

III. IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Il disegno di legge sul servizio sanitario nazionale, approvato dalla Camera il 22 giugno 1978, dà attuazione a quel complesso di norme costituzionali che individuano nella tutela della salute un compito istituzionale della repubblica e un diritto soggettivo perfetto di tutti i cittadini.

Il progetto definisce i principi, le competenze e le strutture, le prestazioni, le norme finanziarie e le procedure di programmazione della nuova organizzazione sanitaria.

Ne rendiamo conto sinteticamente, rimandando per approfondimenti al testo.

I primi articoli contengono la « filosofia » della riforma: la repubblica tutela la salute, come diritto dell'individuo e interesse della collettività nel rispetto della dignità e della libertà della persona. Il servizio sanitario attua la promozione, il mantenimento e il recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzioni, individuali o sociali (quindi c'è il superamento dei diritti derivati dalla assicurazione da un lato e dall'altro del criterio di povertà), il collegamento con tutti gli interventi che si

svolgono nel settore sociale e che influiscono sulla salute degli individui e delle loro attività. L'attuazione del servizio compete allo Stato, alle Regioni e agli Enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.

Gli obiettivi non si riferiscono soltanto alle situazioni patologiche, ma anche alle condizioni che possono determinarle. Infatti ci si propone le seguenti finalità: 1) educazione sanitaria; 2) prevenzione delle malattie e degli infortuni in tutte le circostanze di vita e di lavoro; 3) diagnosi e cura di qualunque fatto morboso; 4) riabilitazione degli stati di invalidità; 5) promozione dell'igiene dell'ambiente naturale; 6) igiene degli alimenti; 7) disciplina dei farmaci e dell'informazione scientifica; 8) formazione del personale. Inoltre ci si prefigge il superamento degli squilibri territoriali delle condizioni socio-sanitarie, la sicurezza del lavoro, la prevenzione delle malattie neo-natali, la garanzia della salute nell'età evolutiva, l'assistenza sanitaria agli anziani, agli handicappati e ai malati mentali, nella prospettiva della loro integrazione sociale e infine di intervenire per l'eliminazione dei danni ecologici.

Il servizio sanitario nazionale è quindi costituito dalle funzioni, strutture, servizi e attività destinate alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute (intesa non solo come assenza di malattia ma anche come stato di benessere fisico e psichico) ed è caratterizzato da quattro principi: globalità delle prestazioni, universalità dei destinatari, uguaglianza di trattamento, rispetto della persona. Si tratta sostanzialmente dei principi della Sicurezza Sociale che abbiamo prima illustrato.

Per quanto concerne l'aspetto istituzionale, il servizio è articolato a livello statale, regionale e comunale, ciò che corrisponde al disegno e alle indicazioni della Costituzione.

Allo Stato sono attribuite le seguenti competenze di *interesse generale* (in quanto rivolte a tutti i cittadini e adottate per evitare sperequazioni di qualsiasi natura): a) indirizzo e coordinamento delle attività amministrative delle regioni con riferimento alla programmazione economica nazionale per esigenze di uguaglianza degli *standards* dei servizi; b) efficienza e rigore della spesa; c) assolvimento degli impegni derivanti da obblighi internazionali e comunitari; d) organizzazione sanitaria militare. Tali compiti sono assolti dal Consiglio dei Ministri, d'intesa col

Ministro della Sanità e sentito l'istituendo Consiglio Sanitario Nazionale (per una parte delle funzioni statali è prevista la delega amministrativa alle regioni).

Alla *Regione* è attribuita potestà legislativa secondaria o concorrente, rivolta alla programmazione per la predisposizione di piani sanitari regionali pluriennali, previa consultazione degli enti locali, delle forze sociali e degli operatori sanitari al fine di attuare a livello regionale gli obiettivi del servizio sanitario nazionale. Compete in particolare alle regioni determinare gli ambiti territoriali delle unità sanitarie locali (che devono coincidere con quelle degli altri servizi) e la disciplina della costituzione dell'organizzazione e dei compiti delle medesime.

Infine, a *livello locale*, le finalità del servizio sanitario nazionale sono realizzate dalle unità sanitarie locali, articolate funzionalmente, se necessario, in distretti sanitari di base, per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento e gestite da un apposito organo collegiale che sia espressione del consiglio comunale o dei consigli circoscrizionali ovvero dagli organi della comunità montana. Le unità sanitarie locali provvedono alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, di cura, di riabilitazione e di medicina legale, ed alle funzioni di igiene e sanità pubblica loro attribuite dalla legge regionale.

In questa prospettiva le unità sanitarie locali sono tipicamente *comunali*.

Per quanto riguarda le prestazioni che devono essere assicurate a tutti i cittadini (ai quali è riconosciuta la libertà della scelta del medico e del luogo di cura) si tratta di attività di prevenzione, di cura, di riabilitazione, di informazione (libretto sanitario personale), di assistenza farmaceutica, di disciplina dei farmaci, di sanità pubblica e di polizia veterinaria.

Nell'ambito della prevenzione ampio spazio ha trovato il problema della sicurezza nel lavoro al fine di prevenire infortuni e malattie professionali, causate dagli ambienti, dalle malattie e dai processi di produzione; a tal fine si fissano criteri per la omologazione degli impianti e dei mezzi personali di protezione e viene creato l'Istituto Superiore della prevenzione e la sicurezza del lavoro. Definite le procedure relative alle convenzioni, alla vigilanza, ai rapporti con le cliniche universitarie e con la istituzione di carattere scientifico, si afferma l'utilità delle associazioni di

volontariato (IPAB) e la libertà della mutualità per prestazioni integrative.

Al capo quarto la legge affronta i problemi relativi al personale dipendente e convenzionato, definendo la procedura d'impiego, lo stato giuridico, i compiti, etc.

L'ultima parte del provvedimento riguarda i problemi economici e finanziari per corrispondere a tre esigenze: 1) attivare la programmazione al fine di contenere la spesa entro i limiti delle risorse disponibili e consentire di raggiungere: a) gli obiettivi del servizio, b) la determinazione di standards minimi, c) la perequazione territoriale; 2) garantire la regolarità e la tempestività dei finanziamenti per eliminare la possibilità che si ricrei il cosiddetto «debito sommerso»; 3) mettere le regioni e i comuni in una situazione finanziaria tale da poter assumere piena responsabilità circa la programmazione e la gestione del servizio.

Nell'ottica brevemente descritta, il piano nazionale sanitario deve prevedere l'ammontare di risorse che si intendono stanziare nel triennio, le fasi di unificazione delle prestazioni, il conseguente adeguamento dei contributi assicurativi (nell'attesa della loro completa fiscalizzazione) ed infine gli indirizzi per la formulazione dei piani regionali. L'articolo dedicato al piano sanitario nazionale, inoltre, prevede precisi vincoli all'espansione della spesa - che comunque non deve superare il 6,5 per cento del prodotto interno lordo, il primo anno e percentuali decrescenti gli anni successivi - e sottolinea la esigenza di adeguare costantemente il flusso delle entrate a quello delle spese. Ad analoghi criteri si devono uniformare i piani sanitari triennali delle regioni.

* * *

Per gli scopi prevalentemente illustrativi di questa esposizione delle origini e dell'evoluzione della riforma sanitaria, non riteniamo di dover formulare osservazioni di sintesi o indicazioni di prospettiva.

È certo comunque che la riforma sanitaria non è un fatto acquisito, bensì qualcosa da costruire sul piano operativo e politico.

1978

Micheloni Editore
Recanati