

**DALLA L. 833/78,
ISTITUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE,
AL D.LGS. 229/99, DI RAZIONALIZZAZIONE
DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

Dall'assistenza ai diritti delle persone

La nostra Costituzione, in analogia con altri paesi a cultura solidaristica, fa dello stato sociale il modello a cui tendere, a partire dall'incontro tra diritti e doveri sociali. La strategia è quella di rimuovere gli ostacoli che impediscono il pieno sviluppo di ogni persona, anche di quelle più deboli, promuovendone le potenzialità sociali. Lo ha fatto in un momento in cui tutto era da ricostruire: le infrastrutture, il sistema produttivo, il sistema delle responsabilità istituzionali e sociali ai diversi livelli, il sistema di fiducia nella convivenza civile, in un momento cioè dove era necessario garantire linfa vitale alla crescita sociale e democratica.

Poteva sembrare una scelta utopistica, quantomeno perché le risorse non erano adeguate per un simile progetto. L'inclusione dei diritti sociali (oltre a quelli civili e politici) tra i fattori costitutivi del patto sociale aveva i caratteri tipici delle opzioni necessarie anche se irrealistiche e per certi aspetti velleitarie. Come garantire il diritto alla salute, all'istruzione, all'assistenza sociale in una società che aveva molte altre emergenze da affrontare? Non era più opportuno procedere con una logica graduale, riproponendo, in tema di bisogni sociali, la cultura assistenzialistica di matrice ottocentesca, ben collaudata anche nel nostro secolo dai regimi totalitari, dove le ragioni della beneficenza pubblica mascheravano e si confondevano con quelle del controllo e dell'acquisizione del consenso?

Per capire la natura dei diritti sociali è opportuno entrare nel merito della loro specificità: alcuni di essi sono diritti incondizionati, cioè possono essere fatti valere in ogni caso. Non sempre è così, perché spesso sono diritti condizionati dal fatto che prima devono essere predisposte le condizioni necessarie per renderli operanti e quindi esigibili.

Si potrebbe parlare di diritto alla salute senza un sistema di risposte sanitarie accessibili? Di diritto all'istruzione senza la presenza di un sistema scolastico distribuito nel territorio e aperto a tutti? Di tutela sociale senza un sistema di servizi sociali adeguato? Evidentemente no. L'alternativa è quella di non avere risposte o, per chi può, di cercarle nel mercato. Le risposte universalistiche, infatti, sono tali se sono effettivamente disponibili per ogni persona, anche per chi non è in grado di acquistarle per sé o per la propria famiglia.

I diritti incondizionati sono di natura prescrittiva mentre quelli condizionati (e

questo vale per buona parte dei diritti sociali) sono di natura programmatica, hanno cioè bisogno di programmi (nazionali, regionali e locali) e della loro effettiva attuazione per diventare operanti.

Con la L. 833/78 si avvia, dopo trent'anni dall'art. 32 della Costituzione, il passaggio dai principi dichiarati alla loro concretizzazione. È un passaggio di civiltà: ha significato investire concretamente andando oltre l'uguaglianza formale e verso quella sostanziale, operando per il passaggio dallo stato liberale, impegnato nella tutela delle libertà individuali, allo stato sociale, che insieme con la tutela delle singole libertà, si attribuisce anche compiti di promozione umana e di giustizia sociale.

Chi ha interpretato la L. 833/78 come l'attuazione dei principi costituzionali non ha tenuto conto che il diritto alla salute è un diritto condizionato, che ha quindi bisogno di una solida base programmatica nazionale e regionale, basata su responsabilizzazioni gestionali, su livelli di assistenza, su standard di accessibilità, cioè su un sistema di risposte capaci di renderlo pienamente operante, garantito da amministrazioni pubbliche capaci di interpretare al meglio la loro missione sociale, garantito da radici solidaristiche che trovano espressione nella solidarietà fiscale, nell'iniziativa pubblica e privata, nell'apporto del volontariato e nelle altre forme di impegno solidale.

Altri paesi, insieme con il nostro, hanno condiviso quest'impegno ad esempio con il Patto sui diritti economici, sociali e culturali del 1986. Gran parte della riflessione internazionale in tema di diritti umani si è mossa in questa prospettiva, con una considerevole produzione culturale, nel tempo diventata riferimento per quanti operano nell'area dei servizi alle persone.

La L. 833/78 è stata in un certo senso l'apertura del cantiere dei diritti di cittadinanza per quanto riguarda la tutela e la promozione della salute. La sua attuazione avrebbe dovuto essere vista e interpretata come processo di lungo periodo, che richiedeva sforzi congiunti e responsabilizzazioni di diversa natura: istituzionali, gestionali, professionali, sociali.

In questa mancata consapevolezza possono essere colte alcune ragioni delle critiche, spesso strumentali, che sono state fatte all'attuazione della L. 833/78, in buona misura segnate dal rifiuto della prospettiva costituzionale di investire nella costruzione di uno stato sociale di tipo solidaristico.

La salute come diritto universalistico

Sono quattro i principi informatori della L. 833/78: la globalità delle prestazioni, l'universalità dei destinatari, l'eguaglianza di trattamento e il rispetto della dignità e della libertà della persona, come emerge anche dalla discussione riportata dagli Atti Parlamentari.

Tra i principi citati merita rilievo quello del rispetto della dignità e della libertà della persona umana, che attiene non al contenuto, ma agli scopi dell'attività di protezione della salute; protezione che rientra tra quei diritti fondamentali dell'individuo che sono strettamente connessi alla finalità del pieno sviluppo della personalità umana sanciti dagli articoli 2 e 3 della Costituzione. Ne consegue che la protezione della salute non può essere considerata come fine a se stessa, ma come mezzo per la completa realizzazione dello sviluppo individuale e personale, nel più ampio quadro della tutela della dignità e della libertà della persona umana, il cui concetto non costituisce un limite, ma piuttosto un obiettivo che il servizio sanitario nazionale deve concretizzare¹.

Queste ragioni politiche ed etiche erano e sono alla base di scelte che ancora oggi rappresentano una sfida per tutti: istituzioni, soggetti sociali, imprenditoriali, volontariato organizzato e ogni persona che crede nell'incontro tra diritti e doveri sociali. È quanto impegnava a fare l'art. 1 della L. 833/78:

Art. 1 (I principi)

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale.

La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana.

Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle Regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.

Nel Servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività.

Le associazioni di volontariato possono concorrere ai fini istituzionali del servizio sanitario nazionale nei modi e nelle forme stabiliti dalla presente legge.

¹ Atti parlamentari Camera dei deputati, p 13298 VII legislatura - discussioni - seduta 14 dicembre 1977

Queste scelte e le loro motivazioni sono tuttora il riferimento per le politiche per la salute. Le troviamo anche nel dibattito che ha accompagnato l'approvazione dei decreti legislativi n. 502/92 e 517/93, che ha ispirato l'approvazione della Delega al Governo per la revisione del Servizio sanitario nazionale e la successiva emanazione del D.Lgs. n. 229/99, "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419".

Non sono stati, infatti, messi in discussione i fini e i principi ispiratori della L. 833/78 ma i mezzi e le strategie per raggiungerli, facendo tesoro delle molte esperienze regionali e locali, oltre che dei risultati delle verifiche che nel tempo sono state fatte usando come criterio l'idea della salute come diritto sociale, cioè da attuare su base universalistica, a vantaggio di ogni persona, anche di quelle più deboli. Questa impostazione è sintetizzata nel Piano sanitario nazionale 1998-2000 nei tre principi generali:

1) universalità di accesso.

L'accesso ai servizi sanitari non deve essere subordinato alla verifica di criteri di eleggibilità sociale né di disponibilità finanziaria, ma soltanto alla valutazione professionale della necessità di interventi sanitari.

2) eguaglianza nella accessibilità ad un ampio spettro di servizi uniformemente distribuiti.

L'eliminazione di barriere geografiche all'accesso deve essere garantita dalla programmazione territoriale dei servizi, mentre la gratuità al momento del consumo deve assicurare la rimozione di eventuali barriere economiche alla utilizzazione dei servizi.

3) condivisione del rischio finanziario.

Il sistema di finanziamento deve garantire che il contributo individuale sia indipendente dal rischio di malattia e dai servizi ricevuti, ma determinato esclusivamente dalla capacità contributiva.

Questi principi ispiratori possono trovare soluzioni concrete a partire dalle strategie qualificanti del Psn 1998-2000:

- 1) rafforzare l'autonomia decisionale degli utenti
- 2) promuovere l'uso appropriato dei servizi sanitari
- 3) diminuire le diseguaglianze nei confronti della salute
- 4) favorire comportamenti e stili di vita per la salute
- 5) contrastare le patologie più importanti
- 6) aiutare a convivere attivamente con la cronicità
- 7) percorrere le strade dell'integrazione socio sanitaria
- 8) rilanciare la ricerca
- 9) investire nelle risorse umane e nella qualità del sistema

Sono criteri che consentono di verificare l'affidabilità e la qualità delle esperienze realizzate nel corso degli ultimi 20 anni.

Il D. Lgs. n. 502/92, "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"

Le ragioni che hanno portato alla proposta di modificare la L. 833/78 e all'approvazione dei successivi Decreti Legislativi n. 502/92 e n. 517/93 sono sostanzialmente quattro:

- la mancata attuazione di altre riforme, strutturalmente necessarie per la costruzione di un moderno stato sociale, quali ad esempio la riforma delle autonomie locali, la trasformazione regionalistica dello Stato, la riforma fiscale e della finanza locale, la riforma dei servizi sociali;
- la difficoltà di promuovere la coesistenza dei diritti e dei doveri sociali: paradossalmente una società di diritti senza doveri alimenta e amplifica gli egoismi corporativi creando dinamiche perverse, dove l'organizzazione settoriale degli interessi finisce per far prevalere i più forti sui più deboli, anche nella fruizione delle risposte *universalistiche* per la salute;
- la insufficiente capacità dei quadri politici, amministrativi e professionali di interpretare i cambiamenti necessari, anzi talora impegnati ad ostacolarli, facendo prevalere logiche burocratiche o inadeguate per la promozione del cambiamento;
- la sostenibilità del modello di welfare (di tipo solidaristico e universalistico), visto l'incremento della spesa, le difficoltà di controllarne l'evoluzione, l'espansione della domanda sociale, il consolidamento di nicchie di privilegio e di rendite di posizione tutelate per legge.

— A queste condizioni generali si sono aggiunte ragioni specifiche che hanno animato il dibattito, in particolare il cambiamento di prospettiva costituzionale rappresentato dal passaggio di titolarità amministrativa dai comuni alle Regioni in materia sanitaria.

La cosa è piuttosto singolare se si pensa che esso non avviene in un quadro di promozione delle autonomie regionali, ma anzi mantenendo un sostanziale accentramento di poteri a livello nazionale, mentre il Dpr 616/77 aveva dato una chiara direzione alle riforme in materia di titolarità delle Regioni e degli enti locali.

Alla luce di queste contraddizioni si è parlato di commissariamento regionale del servizio sanitario nazionale, vista la sostanziale incapacità degli enti locali

di interpretare efficacemente i loro compiti di buona amministrazione delle unità sanitarie locali.

L'insufficiente governo della spesa e le diffuse confusioni tra titolarità politica e gestionale hanno generato contraddizioni nel governo delle unità sanitarie locali. Ad esempi di eccellenza si sono contrapposte molte esperienze di sostanziale fallimento nel governo degli obiettivi della riforma.

Gli ospedali hanno continuato a svolgere un ruolo centrale nel servizio. È mancato un forte investimento nell'assistenza sanitaria primaria. La prevenzione e la promozione della salute sono rimaste nell'ombra. Il medico di medicina generale non è entrato attivamente nei processi di trasformazione voluti dalla riforma. La spesa sanitaria ha continuato a lievitare. La politica dei ripiani non ha incentivato scelte gestionali responsabili. Il prevalere delle logiche burocratiche ha soffocato lo sviluppo della managerialità necessaria per promuovere i cambiamenti. Il corporativismo prevalente nelle categorie professionali, ha ostacolato l'evoluzione dei profili professionali premiando le specializzazioni settoriali a scapito dell'integrazione operativa. Le mancate emanazioni dei Piani sanitari nazionali e regionali, dei progetti obiettivo hanno fatto mancare i riferimenti necessari per dare attuazione ai processi di riforma.

Le proposte a suo tempo formulate in sede nazionale (ad esempio con il Ddl n. 1942/87, Modifiche all'ordinamento sanitario nazionale) per affrontare questi problemi hanno suscitato forti perplessità per i rischi che presentavano: di accentramento regionale, di separazione interna al sistema, in particolare tra ospedale e territorio, di concentrazione monocratica dei processi decisionali, di scarsa chiarezza nella definizione imprenditoriale della nuova azienda, di enfaticizzazione della cura (ospedaliera) a scapito delle funzioni di prevenzione e di riabilitazione, di una declamazione dei processi manageriali senza, di fatto, intaccare la diffusa burocratizzazione dei percorsi decisionali e di separazione tra sanitario e sociale, di confusione tra mezzi e fini assimilando il pareggio di bilancio al raggiungimento di obiettivi di salute.

I nodi che il legislatore avrebbe dovuto sciogliere sono sostanzialmente legati ai rapporti: tra accentramento e decentramento, tra responsabilità politiche e ruoli gestionali, tra efficienza ed efficacia, tra funzioni manageriali e professionali, tra riconversioni delle strutture (ad es. riduzione dei posti letto) e governo della spesa, tra qualificazione tecnica e umanizzazione dei servizi.

A distanza è più facile vedere che l'enfasi sulla managerialità dei vertici aziendali era velleitaria e metteva in ombra l'esigenza e l'urgenza di estenderla all'intera struttura, con una dirigenza di tipo nuovo, in grado di condividere il rischio di impresa, capace di promuovere responsabilizzazioni non solo sugli atti ma anche e soprattutto sui risultati. Serviva un riassetto complessivo delle risorse professionali e umane svincolato dalle rigidità tipiche della pubblica amministrazione.

Sempre l'analisi a distanza rende più evidente che la confluenza in capo alle Regioni di responsabilità programmatiche e di compiti gestionali non era giustificabile oltre il breve periodo, perché metteva in evidenza la sostanziale esautorazione degli enti locali nei confronti dei cittadini che essi rappresentavano.

Molte Regioni hanno giustamente operato nella direzione del risanamento della spesa sanitaria. Ma in molti casi ai pareggi di bilancio non hanno fatto seguito scelte qualificanti. Al contrario si è assistito al procrastinarsi nel tempo di decisioni da prendere in materia di ristrutturazioni, di riconversioni che hanno penalizzato lo sviluppo dell'assistenza territoriale.

In certi casi è stata assecondata la propensione delle aziende sanitarie a scaricare sulla spesa sociale dei comuni i costi dell'assistenza sanitaria per gli anziani non autosufficienti, i malati mentali, i disabili, mettendo cioè in discussione la garanzia dei livelli di assistenza e l'esigibilità del diritto alla salute di soggetti in condizioni di debolezza e con scarsa capacità di far valere i propri diritti.

Andavano quindi cercati nuovi equilibri per superare queste contraddizioni, visto che con l'attuazione del D.Lgs. n. 502/92 e, soprattutto con i vincoli finanziari, si sono ricreate condizioni per fare politica per la salute. L'effetto congiunto del controllo dell'andamento della spesa e le nuove competenze degli enti locali ha creato condizioni per ridefinire gli equilibri tra responsabilità istituzionali e sociali in materia di diritto alla salute.

Chi pensava ad un nuovo modello di welfare meno universalistico ha trovato una riconferma dell'impegno costituzionale di solidarietà, nel Psn 1998-2000 con il "patto di solidarietà per la salute".

Queste ed altre ragioni sono alla base della L. 419/98 di Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale.

La Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale

Le scelte recenti per descrivere i cambiamenti in atto nel servizio sanitario nazionale si muovono lungo alcune linee di azione: il Piano sanitario nazionale 1998-2000 (il patto di solidarietà per la salute), il federalismo fiscale, il patto di stabilità, la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale e l'approvazione del D.Lgs. n. 229/99.

La delega al Governo per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale prevedeva modificazioni e integrazioni ai decreti n. 502/92 e n. 517/93, il rior-

dino della medicina penitenziaria, la ridefinizione dei rapporti tra servizio sanitario nazionale e università, la successiva emanazione di un testo unico delle leggi che disciplinano il funzionamento del servizio sanitario nazionale.

Si pone in sostanziale continuità con la riforma sanitaria del 1978 e i successivi decreti legislativi n. 502/92 e n. 517/93, perché fa propria la logica di un processo di trasformazione per gradi del servizio sanitario nazionale, radicato sui principi e sui valori della L. 833/78. Li interpreta alla luce delle mutate condizioni sociali e istituzionali, in un quadro di maggiore responsabilizzazione delle Regioni e degli enti locali, avendo a disposizione nuove soluzioni gestionali che consentono di utilizzare meglio le risorse disponibili.

Punti qualificanti della delega sono: la conferma del ruolo del servizio sanitario nazionale, la centralità della programmazione sanitaria per la definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza, la valorizzazione del processo di regionalizzazione e di aziendalizzazione, il potenziamento del ruolo dei comuni nella programmazione sanitaria, il rapporto tra autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e il sistema di accreditamento, il potenziamento dei distretti, la promozione dell'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale, l'esclusività del rapporto di lavoro, la nuova disciplina della dirigenza, la valorizzazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, la costituzione dei fondi integrativi, la qualificazione del dipartimento di prevenzione, la promozione della ricerca.

L'integrazione delle politiche per la salute, nel senso globale del termine, è una chiave interpretativa per valutare le diverse soluzioni proposte. L'integrazione valorizza i diversi centri di responsabilità, nasce da uno stretto rapporto tra prevenzione, cura e riabilitazione, privilegia la continuità assistenziale tra ospedale e distretto, qualifica i rapporti tra soggetti pubblici e privati, promuove investimenti solidaristici nelle comunità locali.

All'interno di questo quadro può essere compreso il decreto e il metodo di lavoro con cui è stato formulato: coinvolgendo i diversi centri di responsabilità istituzionale e professionale, verificando la praticabilità delle soluzioni, facendo propria la logica di un processo di lungo periodo che ha bisogno di tempo e di esperienze positive per capitalizzare i risultati e renderli fruibili su più vasta scala.

L'unità di misura è costituita dalla attuazione dei livelli essenziali, uniformi e appropriati di assistenza sull'intero territorio nazionale, a garanzia dell'esigibilità del diritto alla salute. Questo significa vedere nel tempo realizzate le condizioni per passare dalla sfera dei diritti condizionati a quella dei diritti sempre meno condizionati da carenze strutturali e professionali e quindi in grado di affrontare la sfida delle disuguaglianze che ancora caratterizza l'accesso ai servizi per tutti.

Il D.Lgs. n. 229/99: norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419

Con l'approvazione del D.Lgs. 229/99 si apre una nuova stagione per il servizio sanitario nazionale che vede messi in gioco diversi livelli di responsabilità: le Regioni insieme con gli enti locali, le nuove aziende, la dirigenza, il sistema dei produttori pubblici e privati non profit e profit, il volontariato.

Ne esce un sistema più aperto, più impegnato nella costruzione di una rete di garanzie, nella ricerca della qualità, più trasparente nell'esercizio delle responsabilità. Già il Psn 1998-2000 aveva anticipato l'orientamento delle scelte: definendo in modo nuovo le priorità, gli obiettivi (di salute e di sistema), la caratterizzazione dei livelli essenziali di assistenza, il sistema di erogazione e di finanziamento, le questioni strategiche rappresentate, dalla tutela dei soggetti deboli, dai traguardi europei, dall'innovazione tecnologica, dalla sicurezza, dallo sviluppo delle risorse umane, dall'integrazione sociosanitaria, dallo sviluppo dell'assistenza distrettuale, dall'appropriatezza, dalla ricerca e dalla sperimentazione in area clinica e gestionale.

La struttura del decreto ripercorre buona parte di queste questioni dando ad esse certezza di riferimenti e chiarezza di indirizzi. In particolare i primi due commi dell'art. 1 sono un punto di equilibrio tra principi e valori della L. 833/78 e spinta verso nuove soluzioni che li rendano operanti:

Articolo 1 - (Modificazioni all'articolo 1 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502)

- 1. L'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è sostituito dal seguente:**

Art. 1 - (Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza)

1. La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale, quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti ed istituzioni di rilievo nazionale, nell'ambito dei conferimenti previsti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nonché delle funzioni conservate allo Stato dal medesimo decreto.
2. Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso risorse pubbliche e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli

1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse.

Ad esempio, nel primo comma, i fattori di continuità e di innovazione sono rappresentati dal rapporto tra universalismo del sistema e sviluppo di servizi sanitari regionali, in un quadro di trasformazione federalista dello stato sociale.

Nel secondo comma il principio di dignità è associato alla necessità di valutazione del bisogno in una logica di equità, quello di qualità a quello di appropriatezza e di economicità nell'impiego delle risorse.

Possono essere colte nuove soluzioni: per integrare le responsabilità regionali con quelle degli enti locali, per dare impulso ai processi di aziendalizzazione, per promuovere l'integrazione sociosanitaria, per qualificare il sistema dei produttori, per dare maggiori garanzie alle persone utenti, per promuovere responsabilizzazioni a tutti i livelli.

Sul fronte dei mezzi si punta a incrementare la capacità delle aziende unità sanitarie locali di coniugare le finalità pubbliche di utilità sociale con criteri privatistici, che ne potenzino le capacità di risposta ai bisogni: tramite flessibilità operativa, autonomia imprenditoriale, condivisione del rischio e responsabilizzazione della dirigenza ai diversi livelli. Il sistema di remunerazione, articolato per tariffe e per funzioni assistenziali è pensato per superare le disfunzioni da più parti segnalate su questa materia e incentivare l'uso appropriato delle risorse.

La selezione dei produttori basata su un nuovo modello di accreditamento potrà consentire una selezione qualitativa per livelli, passando dall'autorizzazione all'accreditamento e agli accordi contrattuali, mettendo sullo stesso piano strutture pubbliche e private, coinvolgendo anche i cittadini e le associazioni di utenti nei processi di valutazione.

Ulteriori garanzie vengono dal versante professionale, soggetto a verifiche periodiche sulla qualità dei risultati prodotti e sugli investimenti in formazione, e dal posizionamento professionale: nella formula dell'esclusività del rapporto di lavoro e nei percorsi di accesso alle funzioni direzionali.

Sul fronte delle scelte di politica per la salute, viene rimesso equilibrio tra responsabilità regionali e comunali, con apporti specifici dei comuni alla programmazione regionale (nella Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale) e locale (con il Piano attuativo locale, il Programma delle attività territoriali e le verifiche del Comitato dei sindaci di distretto).

Nello stesso tempo vengono evidenziate le connessioni tra politiche ambientali, dell'alimentazione, della sicurezza nei luoghi di vita e di lavoro..., e il loro impatto sulla salute, a cui il dipartimento di prevenzione e le diverse amministrazioni interessate devono congiuntamente dare risposte.

L'Integrazione delle politiche per la salute su scala locale

Chi sostiene che i Comuni, anche se obbligati per legge ad agire unitariamente entro ambiti territoriali omogenei, non saranno in grado di superare i particolarismi che da sempre li contraddistinguono, ha molte buone ragioni, visto che dal Dpr 616/77 e dalla L. 833/78, ma anche con il D.Lgs. 502/92, la L. 142/90 fino al D.Lgs. 112/98 il legislatore ha indicato la necessità che le Regioni individuassero gli ambiti adeguati per la gestione unitaria dei servizi alle persone e per realizzare l'integrazione sociosanitaria, senza che questo avvenisse in modo efficace.

Anche il D.Lgs. n. 229/99 lo ribadisce all'art. 3 septies, comma 6: "Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei comuni che provvedono al loro finanziamento negli ambiti previsti dalla legge regionale ai sensi dell'articolo 3 comma 2 del D.Lgs. 31 marzo 1998, n. 112. La Regione determina, sulla base dei criteri posti dall'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, il finanziamento per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, sulla base di quote capitarie correlate ai livelli essenziali di assistenza".

La soluzione a questo problema dovrebbe essere l'indicatore che qualcosa sta cambiando nella scena istituzionale e che il sistema delle autonomie locali si sta dando le condizioni necessarie per esercitare efficacemente le proprie funzioni politiche, senza confonderle con quelle gestionali.

Già su altri settori i comuni, insieme con le amministrazioni interessate, lo stanno facendo, ad esempio gestendo su scala intercomunale servizi, che per la loro particolare natura richiedono scelte unitarie entro ambiti territoriali omogenei. L'esperienza dei piani di zona dei servizi alle persone va in questa direzione, come pure la realizzazione di progetti integrati nei settori delle politiche giovanili, degli anziani, della disabilità, della valorizzazione delle risorse culturali e ambientali.

Le scelte che il D.Lgs. n. 229/99 fa a proposito dell'assistenza distrettuale vanno chiaramente in questa direzione e hanno uno strumento di sintesi unitaria nel Programma delle attività territoriali (art. 3 quater comma 3). In esso viene organizzata la localizzazione dei servizi e il loro funzionamento in modo da garantire l'assistenza sanitaria e sociosanitaria su base progettuale, avendo definito gli obiettivi di salute e le risorse per perseguirli, in modo integrato tra diversi centri di responsabilità, interni al distretto, tra distretti e dipartimenti e nei

rapporti tra ospedale e territorio.

Ci sono cioè le premesse per affrontare organicamente i problemi dell'assistenza specialistica ambulatoriale, delle attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze, delle attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia, delle attività o servizi rivolti a disabili ed anziani, delle attività o servizi di assistenza domiciliare integrata, delle attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale (art. 3 quinquies, comma 2).

Nel decreto le prestazioni sociosanitarie vengono caratterizzate come processo assistenziale unitario. In ragione della diversa intensità delle risorse impiegate esse sono differenziate per la loro rilevanza sociale o sanitaria. Si collocano prevalentemente nelle aree che il Psn 1998-2000 aveva ricondotto ai problemi propri della tutela dei soggetti deboli e cioè materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche, dipendenza da droga alcol e farmaci, patologie derivate da HIV, patologie oncologiche, particolarmente per la fase terminale, inabilità o disabilità derivanti da patologie cronico-degenerative. Un dato rilevante: all'interno delle prestazioni sociosanitarie, quelle ad elevata integrazione sanitaria sono assicurate e gestite dalle aziende sanitarie e sono ricomprese nei livelli essenziali di assistenza.

Punto cardinale della riforma è l'ancoramento ai livelli essenziali di assistenza, intesi quale base unitaria e universalistica di risposta ai bisogni per la tutela del diritto alla salute. Sono interpretati in modo dinamico e comprendono tipologie di assistenza, servizi e prestazioni relativi ad aree di offerta individuate dal Piano sanitario nazionale, escludendo quanto non risponde al principio di efficacia e di appropriatezza, sulla base delle conoscenze scientifiche disponibili. Se quindi i livelli di assistenza sono la base di garanzia per le persone e le comunità locali, nel decreto si aprono spazi ulteriori per la tutela della salute, a valenza mutualistica e solidaristica, basati su fondi integrativi. Possono essere promossi da contratti e accordi collettivi, da sindacati, Regioni, enti locali, organizzazioni non lucrative, società di mutuo soccorso, altri soggetti pubblici o privati, con esplicita assunzione dell'obbligo di non adottare strategie e comportamenti di selezione dei rischi o di discriminazione nei confronti di particolari gruppi di soggetti, (art. 9 comma 3, lettera f).

Si creano quindi nuove prospettive per il servizio sanitario nazionale: mentre è impegnato sul fronte dell'equità, del superamento delle disuguaglianze, della tutela del diritto alla salute garantito con i livelli essenziali, finanziati con il fondo sanitario nazionale, vengono create al suo interno condizioni per sviluppare ulteriori risposte a partire dai fondi integrativi, prefigurando la possibilità di livelli aggiuntivi di assistenza che Regioni ed enti locali vorranno finanziare con scelte autonome.

Solidarietà e sussidiarietà potranno cioè produrre differenze qualitative a van-

taggio delle comunità locali. I livelli essenziali sotto questa luce diventano parametri di convergenza basilari e vincolanti su base interregionale. Oltre questa soglia, solidarietà e sussidiarietà potranno ulteriormente investire per elevare la esigibilità del diritto alla salute, con patti locali di solidarietà, condividendo e finanziando ulteriori gradi di tutela della salute su scala comunitaria.

PAROLE-CHIAVE CHE GUIDANO IL PROCESSO DI CAMBIAMENTO

È possibile identificare un filo rosso di queste scelte, rappresentato da concetti e parole chiave comuni e ricorrenti, che attraversa i contenuti programmatici e trova conferma nell'oggettiva essenzialità delle serie statistiche.

Parole-chiave che richiamano una pluralità di messaggi, indicazioni, tratti di realtà, rappresentazioni statistiche, proposte e soluzioni, variamente rintracciabili all'interno del Piano sanitario nazionale, e nella fenomenologia descritta da questa RssP.

Dunque, identifichiamo — per costruire plurime correlazioni fra Psn e RssP — le seguenti parole chiave: *programmazione, responsabilità, appropriatezza, eguaglianza/equità, integrazione, qualità.*

Ciascuna di queste parole ha una sua storia all'interno del Sistema Sanitario italiano ed evoca strategie che devono svilupparsi consolidando progressivamente livelli più consistenti di razionalità gestionale e di efficace affronto dei problemi di salute, nel mentre si dedicano crescenti attenzioni ad aspetti che rispondono alle giuste attese dei cittadini.

Queste parole-chiave si prestano in modo del tutto peculiare a rappresentare i temi di fondo che connotano il dibattito in corso e attraversano tutte le produzioni scientifiche e normative riguardanti il presente ed il futuro del Sistema Sanitario italiano.

In relazione alle parole-chiave, si possono identificare, all'interno del Piano sanitario nazionale e della RssP, quei riferimenti che in modo particolare fanno emergere il valore aggiunto derivante dai contenuti concettuali e dalle prospettazioni operative sottese a ciascuna di esse.

Nel fare ciò si è tenuto presente che:

- il Piano sanitario nazionale è elaborazione programmatica la cui attuazione, *in fieri*, discende da una nutrita serie di azioni concorrenti (normative e gestionali) che devono essere prevalentemente realizzate da Regioni e Aziende USL. I riferimenti selezionati riguardano soprattutto queste azioni dal cui manifestarsi deriva la possibilità di conseguire gli obiettivi di Piano e il cui monitoraggio è, in buona parte, affidato alle informazioni ed ai dati che

le Relazioni sullo stato sanitario del Paese, sapranno raccogliere, interpretare e valutare.

- Questa RssP è orientata a fornire un primo riscontro di questo tipo. I punti estrapolati dal testo complessivo sono pertanto quelli che già, oggi, consentono un primo giudizio di merito sulle condizioni attuative di alcuni obiettivi di salute e di aspetti organizzativi e gestionali da cui dipende lo stato (recente o attuale) della offerta dei servizi sanitari.

A) PROGRAMMAZIONE

A.1) Il Piano sanitario nazionale

La concezione stessa del Piano indica una forte discontinuità con la sistematica progettuale espressa dai precedenti Piani sanitari nazionali.

In questa RssP si qualifica il Psn come un “documento profondamente innovativo, rispetto a precedenti documenti programmatici, per la molteplicità di obiettivi che assume; per le relazioni che stabilisce tra i vari livelli programmatici e che intende promuovere tra i vari soggetti che concorrono alla tutela della salute”.

Il patto che si propone alle istituzioni, al personale del Ssn e ai cittadini/utenti vive, dunque, di una progettualità diffusa e coinvolgente volta ad indirizzare gli sforzi comuni verso mete, generali e particolari, che richiamano stili di vita e azioni collettive; trattamenti sanitari per le patologie più gravi e diffuse e forme di tutela mirate alla fasce deboli della popolazione; ridefinizione di assetti organizzativi e rimozione di talune delle cause che provocano maggiore insoddisfazione nell'utenza.

All'interno dei capitoli che qualificano i contenuti programmatici (promuovere comportamenti e stili di vita per la salute; contrastare le principali patologie; migliorare il contesto ambientale; rafforzare la tutela dei soggetti deboli; portare la sanità italiana in Europa; troviamo — nella parte in cui si delineano le strategie per il cambiamento — la previsione di affrontare alcune, specifiche aree di programmazione e di attivare i corrispondenti processi elaborativi. Così, ad esempio, per quanto concerne l'implicita, complessa, opera di definizione dei “livelli essenziali d'assistenza” e l'esplicito richiamo sia all'elaborazione di programmi per l'abbattimento delle liste d'attesa, sia al “programma nazionale per le linee guida”. Si esplicitano ancora, inoltre: la previsione di predisporre norme d'indirizzo affinché le Aziende USL definiscano piani preventivi d'attività (volti a stabilire «volume e tipologia delle prestazioni, negozia-